

Lunde, Elin Skretting; Ramm, Jorun

Book

Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester - 2 : udekket behov for helsetjenester og forebyggende helseatferd

Provided in Cooperation with:

Statistics Norway, Oslo

Reference: Lunde, Elin Skretting/Ramm, Jorun (2021). Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester - 2 : udekket behov for helsetjenester og forebyggende helseatferd. [Oslo] : Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler-og-publikasjoner/sosial-ulikhet-i-bruk-av-helsetjenester--2/_/attachment/inline/000f4984-ed11-42d3-b5cb-ba9f3ce43847:29074da6c77dc56a92e1780ded59ccb2a973ff19/RAPP2021-23_web.pdf.

This Version is available at:

<http://hdl.handle.net/11159/6035>

Kontakt/Contact

ZBW – Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft/Leibniz Information Centre for Economics
Düsternbrooker Weg 120
24105 Kiel (Germany)
E-Mail: [rights\[at\]zbw.eu](mailto:rights[at]zbw.eu)
<https://www.zbw.eu/>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Dieses Dokument darf zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen. Sofern für das Dokument eine Open-Content-Lizenz verwendet wurde, so gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der Lizenz gewährten Nutzungsrechte. Alle auf diesem Vorblatt angegebenen Informationen einschließlich der Rechteinformationen (z.B. Nennung einer Creative Commons Lizenz) wurden automatisch generiert und müssen durch Nutzer:innen vor einer Nachnutzung sorgfältig überprüft werden. Die Lizenzangaben stammen aus Publikationsmetadaten und können Fehler oder Ungenauigkeiten enthalten.

<https://savearchive.zbw.eu/termsfuse>

Terms of use:

This document may be saved and copied for your personal and scholarly purposes. You are not to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public. If the document is made available under a Creative Commons Licence you may exercise further usage rights as specified in the licence. All information provided on this publication cover sheet, including copyright details (e.g. indication of a Creative Commons licence), was automatically generated and must be carefully reviewed by users prior to reuse. The licence information is derived from publication metadata and may contain errors or inaccuracies.



Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester – 2

Udekket behov for helsetjenester og forebyggende helseatferd

TALL

SOM FORTELLER

RAPPORTER / REPORTS

2021 / 23

Elin Skretting Lunde og Jorun Ramm

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

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

Publisert 2. august 2021

ISBN 978-82-587-1350-7 (trykt)
ISBN 978-82-587-1351-4 (elektronisk)
ISSN 0806-2056

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

Forord

Statistisk sentralbyrå har utarbeidet en rapport som viser ulike gruppers bruk av helsetjenester. Denne rapporten er en oppfølger, og er laget over samme lest som en tidligere rapport som ble utgitt i 2017, som kartlegger sosial ulikhet i bruk av helsetjenester (SSB, 2017). Begge rapportene er utført på oppdrag for Helsedirektoratet.

Denne rapporten er en oppdatering av resultatene fra 2015 basert på data fra levekårsundersøkelsene om helse. Rapporten gir en deskriptiv fremstilling av helsetjenestebruk i ulike grupper. Dataene presenteres i form av enkle figurer og tabeller og er mer en oversikt/kartlegging enn en analyse. Rapporten kan brukes til oppslag eller som referanse.

Det er flere områder som tas opp, blant annet bruk av allmennlege, dag- og døgnbehandling på somatiske sykehus, legespesialist, fysioterapeut, psykolog og tannlegetjenester. Den tar også for seg udekket behov for helsetjenester og forebyggende helseatferd, samt bruk av diverse prøver og screeningprogram for å følge opp egen helse.

Statistisk sentralbyrå, 23. juni 2021

Ann-Kristin Brændvang

Sammendrag

Norge er et rikt land med gode, offentlige helsetjenester. Likevel er det fortsatt sosial ulikhet i befolkningshelsen. Folks helse blir bedre med økende utdannings- og inntektsnivå. I likhet med forrige rapport (SSB, 2017) bekrefter også denne rapporten at det er en sosial gradient i helsetilstand og i bruk av enkelte helse-tjenester. I rapporten ser vi på forskjeller i bruk av ulike helsetjenester, og om eventuelle forskjeller jevnes ut når det kontrolleres for svekket helse.

Grupper 45 år og eldre med lav utdanning har dårligst helse og bruker helse-tjenester i størst grad. Tjenestebruken blant eldre er både større og har sterkere sammenheng med utdanningsnivå og inntekt enn blant yngre. Forskjellene mellom utdanningsgruppene blir mindre når vi bruker svekket helse som behovsmål.

Som vist i forrige rapport (SSB, 2017) om sosial ulikhet i bruk av helsetjenester er det lavere utdannings- og inntektsgrupper som bruker allmennlegen i størst grad. Det er også flere i disse gruppene som har hatt døgnopphold på sykehus. Høyere utdannings- og inntektsgrupper bruker helsetjenester som legespesialist, fysioterapi og tannlege i større grad. Det er en klar sosial gradient etter inntekt i bruk av tannlegetjenester, uavhengig av helsetilstand. Det samme gjelder for bruk av legespesialist. Andelen som har vært innlagt på sykehus ser derimot ut til å være mindre jo høyere inntekt man har, en omvendt sosial gradient.

De aller fleste får den helsehjelpen de trenger, men det er til dels store forskjeller mellom ulike sosiale grupper. Det er flere yngre enn eldre som oppgir et udekket behov for helsehjelp. Behovet er størst i sårbare grupper, som hos personer med lav inntekt, svekket helse, psykiske plager, uføre og arbeidsledige. Blant dem som har et udekket behov for legehjelp er det sjelden dårlig råd eller transport som er årsaken, men enkelte mener det er for lang ventetid for å få time. For tannlegetjenester er dette annerledes, her sier halvparten av dem med et udekket behov at de ikke har hatt råd til tannlegebehandling. Det er færre som har udekket behov for psykolog eller psykiater, enn lege og tannlege. Her finner vi oftere personer med psykiske plager og arbeidsledige.

Flere enn før har tatt en influensavaksine, og flest er det i høyere inntektsgrupper. Vi kan se en sosial gradient etter utdanning. Når det kommer til utvalgte blod-prøver, er det ingen gradient etter utdanning, her har flest sjekket seg for høyt blodtrykk, blodsukker og kolesterol i den midterste utdanningsgruppen. Det er derimot en sosial gradient etter husholdningsinntekt, men den flater ut når det justeres for svekket helse.

Det er god oppslutning om de nasjonale screeningprogrammene, og også her er det en sosial gradient etter inntekt for kvinnene i målgruppen 50-69 år i mammografi-programmet. Det er det også for celleprøver for å påvise livmorhalskreft, for kvinner over 44 år.

Abstract

All citizens living in Norway are entitled to public health services. Public health services are financed by the state, and users pay user-charges until a level that is defined every year. In 2021 this level was 2 460 NOK.

Even if Norway is a rich country there are health differences in the population related to level of education and income. It is a social gradient in health, ie. people's health improves with increasing length of education and with increasing income. As in our previous report on use of health services from 2017 the social gradient in health persists (SSB, 2007).

We know from the previous report that there are significant social differences in the utilization of some health services. The use of health services is both higher and is stronger related to the educational level and income level among people 45 years and over compared to younger groups. However, when controlling for need ie. impaired health, it seems that the differences are reduced. The differences are less pronounced when we look at repeated use of services.

It is primarily lower education and lower income groups that use GP (general practitioners) and that are admitted to hospital. Higher educational and income groups use specialists, physiotherapists and dentists more. There is a marked social gradient in the use of specialist- and dentist-services according to level of income.

Most people receive the services they need, however, there are differences between social groups. More younger people than elderly say that they have been in a situation where they needed health services, but they did not take contact with the service. This is more common in vulnerable groups; people with impaired health, people with mental problems, disabled, people with low income and unemployed people. The causes for not taking contact with GP are more often related long waiting time for receiving the service, than to lack of economic means or problems with transport.

In Norway people 20 years and older pay dentist treatment out of pocket. Quite a few people say that they have an unmet need for this service and that it is because they cannot afford treatment.

An increasing number of people are vaccinated against influenza. There is a social gradient by income when it comes to vaccines, but not related to preventive blood tests. Most people with middle education have had tests for high blood pressure, blood sugar and cholesterol within a defined period. However, there is a gradient by household income, but the gradient flattens out when controlled for impaired health.

The participation in the national screening programs in Norway is good. However, there is a social gradient by income for women (50-69 years) participating in the national breast cancer screening program and for women (25-69 years) participating in the cervical cancer screening program.

Innhold

Forord.....	3
Sammendrag.....	4
Abstract.....	5
1. Innledning.....	7
1.1. Sosiale helseforskjeller	7
1.2. Helsetilstanden.....	9
2. Forskjeller i helsetjenestebruk	12
2.1. Hva koster det å bruke de ulike tjenestene?	12
2.2. Bruk av allmennlegetjenester	13
2.3. Spesialisthelsetjenesten - somatikk	16
2.4. Legespesialist på poliklinikk eller privat spesialist	22
2.5. Psykisk helse og bruk av psykologtjenester	26
2.6. Fysioterapeut	29
2.7. Ernæringsfysiolog	32
2.8. Tannhelse og behov for tannlegetjenester	32
2.9. Bruk av helsetjenester i utvalgte grupper	35
2.10. Oppsummert	36
3. Hvem har et udekket behov for helsehjelp?	38
3.1. Udekket behov for allmennlegetjenester	38
3.2. Udekket behov for tannlegetjenester	42
3.3. Udekket behov for psykolog eller psykiater	49
3.4. Oppsummert	53
4. Forebyggende helseatferd og prøvetaking	54
4.1. Vitaminer	55
4.2. Influensavaksine	55
4.3. Måling av blodtrykk	57
4.4. Måling av kolesterol i blodet	58
4.5. Måling av blodsukker	60
4.6. Prøver for å påvise tarmkreft	61
4.7. Deltakelse i screeningsprogrammer	63
4.8. Oppsummert	66
5. Oversikt over ulike variable og begreper benyttet i rapporten	68
Referanser.....	71
Vedlegg A: Vedleggstabeller til kapittel 2	73
Vedlegg B: Vedleggstabeller til kapittel 3	75
Vedlegg C: Overlapp mellom utvalgte grupper	79
Figurregister	80
Tabellregister.....	82

1. Innledning

1.1. Sosiale helseforskjeller

Folkehelseloven av 2012 hadde som hovedmålsetting å utjevne sosiale helseforskjeller. Tidligere studier og vår forrige rapport (SSB, 2017) viste at det er en sosial gradient i helse, at andelen med god helse øker med økende utdannings- og inntektsnivå. Den viste også en klar sosial gradient i bruk av helsetjenester etter inntekt og utdanningsnivå kontrollert for helsetilstand. Forskjellene var særlig store for tjenester der egenbetalingen er høy. Det er også det som kommer frem i denne rapporten.

Økonomi eller utdanningsnivå skal ikke avgjøre om man får de tjenestene man har behov for. Til tross for at folk flest rapporterer at de får tilstrekkelig hjelp, er det grupper som opplever at det kan være utfordrende å få tjenester ved behov.

Bruk av forskjellige helsetilbud er forbundet med kostnader; det koster å reise, ta fri fra jobben, det kan være egenandeler for konsultasjoner, og ekstra kostnader for prøvetaking, medisin eller medisinsk utstyr. Selv om tjenestene skal være tilgjengelige for alle, er det ikke sikkert at tjenestene brukes i like stor grad av alle grupper. Informasjon og kunnskap om tjenestene er en forutsetning for å kunne manøvrere i tjenestelandskapet, og vil være en forutsetning for bruk.

Levekårsundersøkelsen om helse/den europeiske helseintervju undersøkelsen (EHIS) er en av få datakilder som tillater sammenlikninger av resultater på tvers av den sosioøkonomiske skalaen på landsnivå. Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse om helse inneholder informasjon om bruk av allmennlegetjenester og spesialisthelsetjenester. Spesialisthelsetjenester omfatter konsultasjoner hos privatpraktiserende spesialister, polikliniske konsultasjoner i sykehus og dag-opphold, samt innleggelser i sykehus. Det er imidlertid ikke mulig å si noe om kvaliteten eller tilgangen på helsetjenestene gjennom denne datakilden. Lavekårsundersøkelsen om helse er basert på folks egen opplevelse av sykdom og helse. Den omfatter befolkningen som bor i private husholdninger (ikke institusjoner) 16 år og over.

Hvorfor blir ikke helseforskjellene mindre?

Årsaker til helseforskjellene er sammensatte og tverrsektorielle. Manglende arbeidstilknytning, dårlig boforhold og -miljø, og opplevelse av utrygghet påvirker helsen negativt.

Økt valgfrihet og større brukermedvirkning kan være en utfordring for noen sosiale grupper. Slike rettigheter krever på mange måter større ferdigheter fra brukerne. Mengden av rettigheter har etter hvert blitt så stor at det blir krevende å navigere i dem – noe bare de mest ressurssterke lykkes med (Melhuus, 2016).

En rapport fra Helsedirektoratet (Le m.fl., 2021) viser at behovet for helsekompetanse er økende. Det handler om evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Høyere sosioøkonomiske lag har større kunnskap om helse og større tro på at helsen er et produkt av egne handlinger enn man finner hos lavere sosiale lag, hvor opplevelsen av kontroll over egen skjebne er mindre. En hypotese som tar utgangspunkt i en slik forklaring, er at personer med ulike grader av utdanning i varierende grad er i stand til å forstå symptomer fra egen kropp. Dette vil i andre ledd føre til en varierende bruk av helsetjenestene på tross av likt behov (Holmboe m.fl., 2006).

Grupper med lav inntekt eller lav utdanning har større sykdomsforekomst, og er mer eksponert for risikofaktorer, og har lavere helsekompetanse enn grupper med høyere inntekt- eller utdanning. Terskelen for kontakt med helsetjenestene blir dermed høyere for disse gruppene.

Kultur- og kommunikasjonsutfordringer kan også utspille seg i samhandlingen mellom helsepersonell og bruker/pasient. Ikke bare kan brukere uten norsk som morsmål oppleve problemer med å forstå og gjøre seg forstått – den økende rekrutteringen av utenlandsk helsepersonell kan også vanskeliggjøre kommunikasjonen for den øvrige befolkningen, og for helsearbeiderne selv, dersom språkkunnskapen deres er mangelfull. Samhandlingen mellom helsepersonell og brukere kan også påvirkes av den sosiale avstanden mellom dem. Legen kan behandle pasienter ulikt avhengig av deres sosioøkonomiske posisjon, eksempelvis gjennom å tilpasse informasjonen som gis (Dahl m.fl., 2014).

Mål på sosioøkonomiske forskjeller

I denne rapporten velger vi personlig utdanning som uttrykk for sosioøkonomiske forskjeller når vi ser på helsetilstand og risikofaktorer, og husholdningsinntekt etter skatt korrigert for husholdningsstørrelse når vi ser på bruk av helsetjenester. Disse variablene er beskrevet nærmere i kapittel 5.

Mål på behov for helsetjenester

Det er når helsetjenestebruk blir justert for behov at forskjellene kommer tydelig frem. Å konstruere et mål for behov er vanskelig, og mange tilnærminger har vært brukt i dette henseendet. Felles for målene er at alle viser en sosial gradient i helse. Se for øvrig Helsedirektoratets rapport fra 2009 der ulike tilnærminger til måling av behov for helsetjenester blir belyst (Finnvold, 2009).

I denne rapporten er følgende behovs-mål valgt:

- *Svekket helse (indeks)*. En indeks satt sammen av egenvurdert helse (5 verdier; svært god, god, verken god eller dårlig, dårlig, svært dårlig helse) og egenvurdert tannhelse (5 verdier; svært god, god, verken god eller dårlig, dårlig, svært dårlig tannhelse) - en skala for helsetilstand fra 2-10. Ut fra nærmere analyse kan det se ut til at dersom intervjupersonen skårer 6 eller høyere på denne skalaen kan dette tolkes som et uttrykk for behov. Helseindeksen fanger opp en større gruppe enn andre mål og kurven/gradienten er brattere enn for de andre helsemålene, fra 20 til 40 prosent etter utdanningsnivå.
- *Mindre enn god helse (indeks)*. Personer som skårer 5 eller høyere på indeksen beskrevet over. Dette målet ble brukt i rapporten fra 2017 (SSB, 2017).
- *Varig sykdom/varig nedsatt funksjonsnivå*. Dette målet reflekterer personer som i intervjuet har svart 'ja' på at de har en varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne.
- *Psykiske plager*. Personer som scorer 2.0 eller høyere på en indeks over psykiske symptomer (HSCL-5). Se kapittel 5 for en nærmere beskrivelse av indeksen.
- *God helse*. Personer som har svart svært god eller god på spørsmål om egenvurdert helse (svarskala fra 1 til 5).
- *God tannhelse*. Personer som har svart svært god eller god på spørsmål om egenvurdert tannhelse. (svarskala fra 1 til 5).
- *Dårlig tannhelse*. Personer som har svart dårlig eller svært dårlig på spørsmål om egenvurdert tannhelse (svarskala fra 1 til 5).

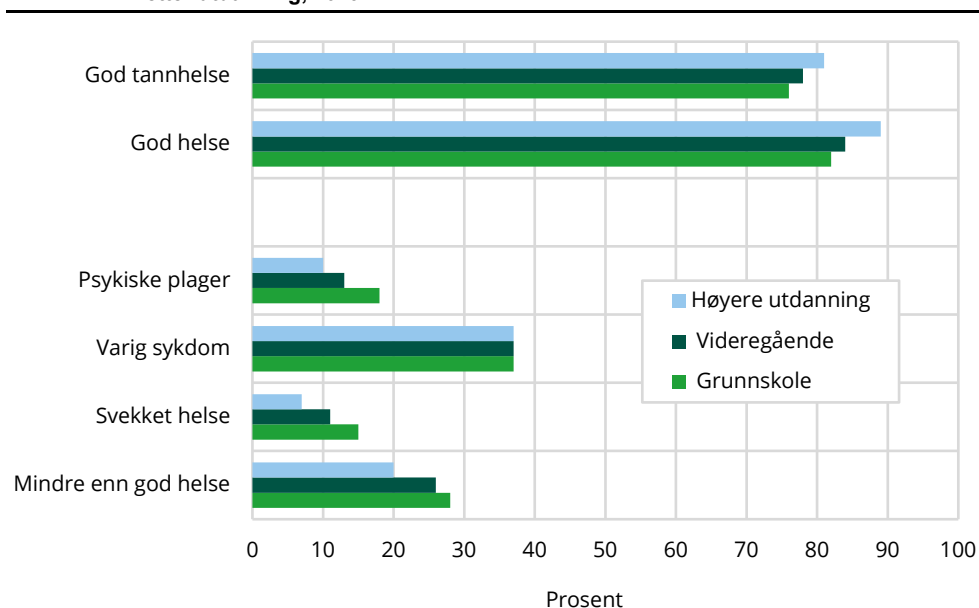
1.2. Helsetilstanden

Den norske folkehelsen i stort er god. Imidlertid er kroniske sykdommer på fremmarsj, slik som diabetes 2, kreft, luftveissykdommer og fedme. På den annen side er det flere nå enn før som overlever hjerneslag, hjerteinfarkt og kreft, og som lever med helse- eller funksjonsnedsettelse som følge av dette. Muskel- og skjelettlidelser og smerter har relativt stor utbredelse. Økt levealder gir også en opphopning av helseproblemer hos mange eldre (Dahl m.fl., 2014).

Med unntak av Covid-19 epidemien som har herjet Norge i senere tid er det ikke-smittsomme sykdommer som skaper mest uhelse, og risikofaktorene for disse sykdomsgruppene er i stor grad knyttet til ugunstig atferd slik som røyking, usunt kosthold, fysisk inaktivitet, bruk av alkohol og andre rusmidler. Helseatferden forklarer mesteparten av hvorfor de med universitetsutdanning lever lenger enn de med grunnskoleutdanning (Helsedirektoratet, 2017).

Sannsynligheten for at grupper med lav utdanning vurderer sin helse eller tannhelse som dårlig er langt høyere sammenliknet med grupper med høy utdanning. Det samme mønsteret fremkommer også målt med husholdningens samlede nettoinntekt korrigert for husholdets størrelse.

Figur 1.1 Andel 16-44 år med mindre enn god helse (indeks ≥ 5), svekket helse (indeks ≥ 6), varig sykdom eller psykiske plager, samt andel med god helse eller god tannhelse etter utdanning, 2019

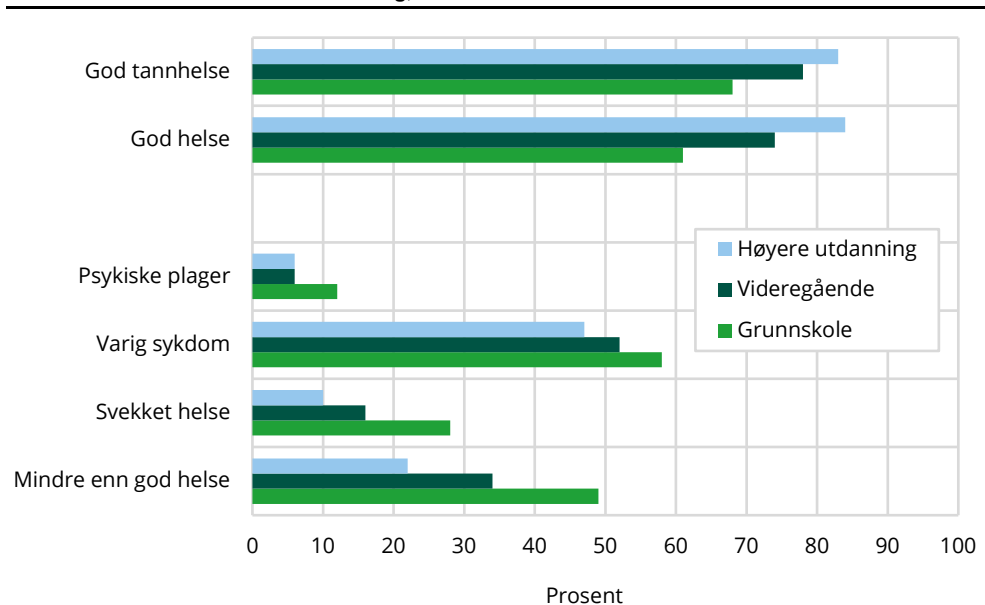


Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Den generelle helsen og tannhelsen blant yngre (16-44 år) er god. Over 80 prosent har god helse og over 75 prosent har god tannhelse. Men det er en sosial gradient i helsetilstanden etter utdanning. Det samme mønsteret kommer frem uavhengig av hvilket helsemål vi ser på.

Forskjellene i helse mellom utdanningsgruppene er vesentlig mer markert i aldersgrupper 45 år og over enn blant yngre. Det er 23 prosentpoengs forskjell i andelen som sier at de har god helse mellom laveste og høyeste utdanningsgruppe blant personer 45 år og eldre. Denne andelen er 7 prosentpoeng blant yngre 16-44 år. Forskjellen mellom utdanningsgruppene i andelen med god tannhelse er 15 prosentpoeng blant eldre 45 år og over og 5 prosent for yngre.

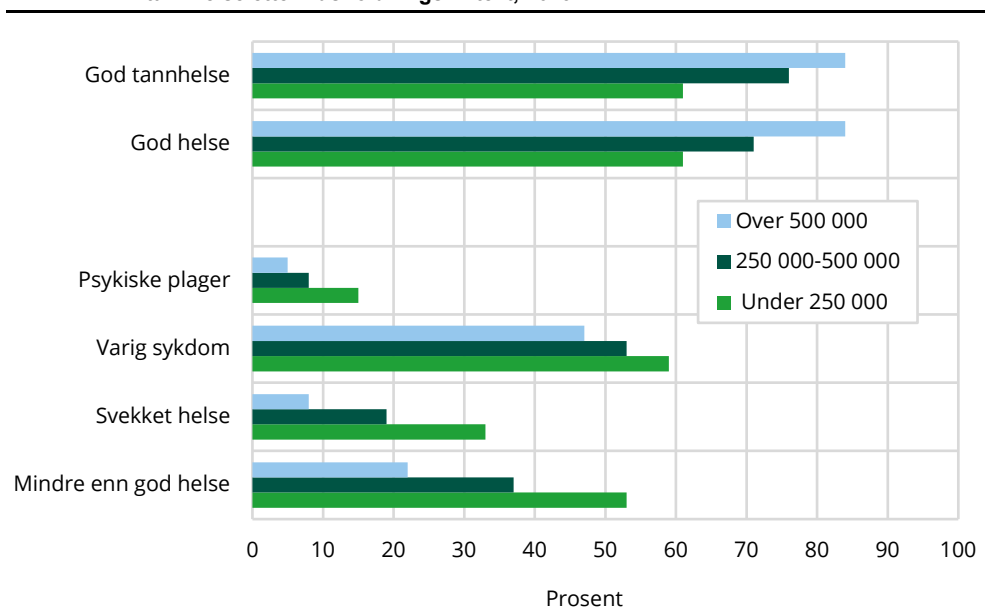
Figur 1.2 Andel 45 år og eldre med mindre enn god helse (indeks ≥ 5), svekket helse (indeks ≥ 6), varig sykdom eller psykiske plager, samt andel med god helse eller god tannhelse etter utdanning, 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

I likhet med utdanning viser også en fordeling av ulike helse mål etter husholdningsinntekt (nettoinntekt per forbruksenhet) den samme sosiale gradienten.

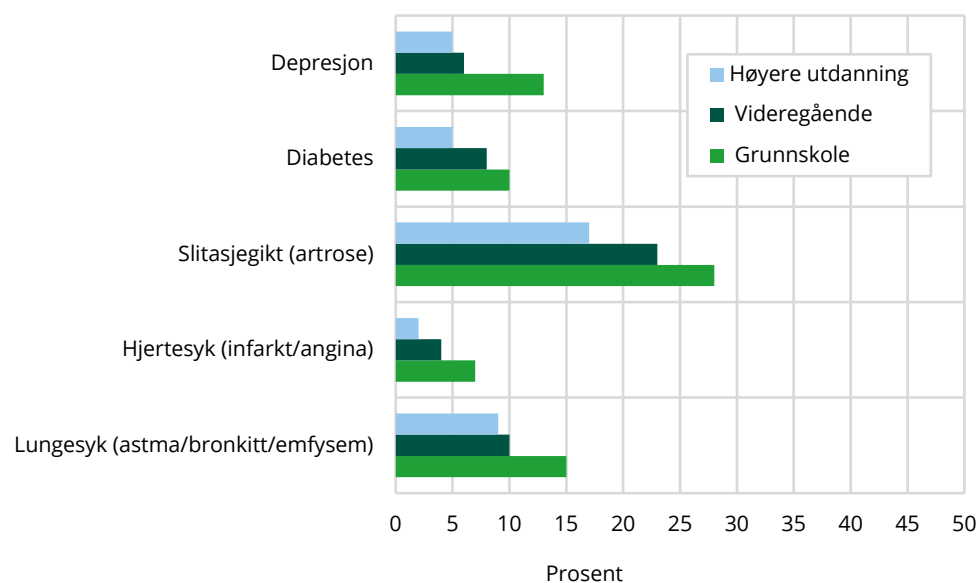
Figur 1.3 Andel 45 år og eldre med mindre enn god helse (indeks ≥ 5), svekket helse (indeks ≥ 6), varig sykdom eller psykiske plager, samt andel med god helse eller god tannhelse etter husholdningsinntekt, 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Et knippe sykdommer

I levekårsundersøkelsen om helse kartlegger vi forekomsten av et knippe sykdommer; hjertesykdom, lungesykdom, diabetes, artrose og depresjon. Dette er tilstander som er mer utbredt i lavere utdanningsgrupper. Andelen som oppgir at de har eller har hatt de ulike sykdommene er gjennomgående høyest i gruppen med grunnskoleutdanning. Figur 1.4 viser at det er store sosiale forskjeller i befolkningens sykkelighet knyttet til disse sykdommene.

Figur 1.4 Andel 45 år og eldre med utvalgte sykdommer etter utdanning, 2019

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Bruk av helsetjenester – behovsstyrt?

Behovet for helsetjenester er størst i lavinntektsgrupper og grupper med lav utdanning. Dette er i tråd med hva som skulle forventes, gitt hvordan helsen er fordelt i befolkningen. For enkelte helsetjenestetypen er imidlertid ikke den faktiske bruken fordelt i samsvar med behovet. Tallene for bruk av enkelte helsetjenester viser at det er stor bruk av helsetjenester også i grupper med høy utdanning/inntekt til tross for et langt lavere behov (Fosse, 2017).

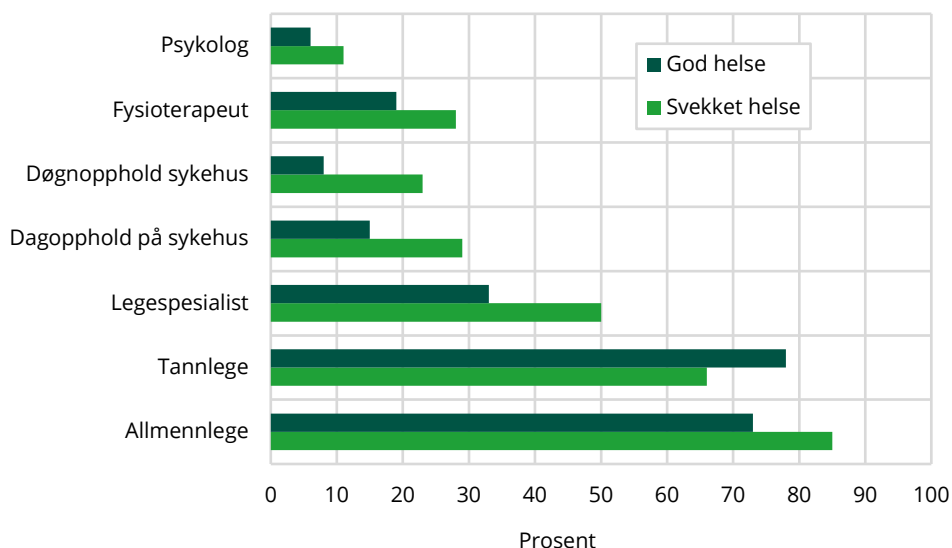
Det kan se ut til at det ikke er sosiale forskjeller i tilgang til grunnleggende og generelle helsetjenester, som ikke krever henvisning. Behov ser med andre ord til å styre bruk av allmennlegetjenester mer enn inntekts- eller utdanningsnivå. I tråd med sykkelighetsbildet, og dermed et antatt større behov for helsetjenester, er det grupper med lav inntekt eller lav utdanning som bruker allmennlegetjenester og som har hatt døgnopphold på sykehus sammenliknet med høyere inntekts- og utdanningsgrupper.

Som i forrige rapport om sosial ulikhet i bruk av helsetjenester (SSB, 2017) er sannsynligheten for å ha vært hos legespesialist større i høyere utdannings- og inntektsgrupper. Men har de større behov for spesialiserte helsetjenester? Det ser ikke ut til at bruk av legespesialister er behovsstyrt, men heller et uttrykk for sosioøkonomiske forskjeller. Det er også flere med høyere utdanning som har hatt planlagt dagopphold/kirurgi på sykehus.

2. Forskjeller i helsetjenestebruk

Personer med svekket helse bruker helsetjenester i større grad enn personer med god helse, med unntak av tannlegetjenester. Allmennlegen har et bredt nedslagsfelt uavhengig av helsetilstand. Når det gjelder mer sykdomsspesifikke konsultasjoner hos legespesialist og dag- og døgnopphold på sykehusopphold er det langt høyere bruk i grupper med svekket helse.

Figur 2.1 Andel 16 år og over som har brukt ulike helsetjenester etter helsetilstand, 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

2.1. Hva koster det å bruke de ulike tjenestene?

Alle som er medlem av folketrygden faller inn under egenandelsordningen for helsetjenester. I 2021 er denne andelen satt til et maksbeløp på 2 460 kroner. Egenandeler ved behandling hos lege, fysioterapeut eller psykolog, i tillegg til enkelte tannbehandlinger, gir opptjening til frikort. Alle helsetjenester er gratis for barn under 16 år, og tannhelsetjenester er gratis for ungdom under 18 år. Ungdom 19-20 år får dekket deler av kostnadene til tannlege. Voksne over 20 år må betale tannbehandling av egen lomme. Det er imidlertid betalingsunntak for enkelte grupper og sykdommer.

Det er imidlertid ikke alle utgifter som dekkes. Utgifter til forbruksmateriell, vaksiner, attester og andre forhold i forbindelse med behandling omfattes ikke av egenandelsordningen. I tillegg til disse direkte kostnadene vil også reisekostnader være en stor post for enkelte.

Behandlere som har avtale med et helseforetak, eller som er ansatt i stat eller kommune, kan søke om refusjon for sine behandlingsutgifter gjennom Helfo. Da betaler brukerne/pasientene kun egenandel for bruk av tjenestene. Dette er grovt forenklet og for en del tilstander og sykdommer er det fritak fra å betale egenandel. Til tross for egenandelstaket kan utgiftene være belastende for enkelte grupper, særlig dersom de faller innenfor en kort tidsperiode.

Eksempelvis er egenandelen

- hos allmennlege/fastlege 155 kroner på dagtid, dersom allmennlegen er spesialist er det et tillegg på 55 kroner, tas det blodprøver blir det et tillegg på 55 kroner.
- på poliklinikk må du betale 375 kroner, og hvis du i tillegg trenger
- røntgen/ultral lyd må du betale ytterligere 267 kroner.

- hos psykolog/psykiater er egenandelen 375 kroner timen og
- hos fysioterapeut må du betale 185 kroner timen.

Et eksempel er behandling av kroniske sår. Leggsår er svært vanlig, særlig blant eldre, og mange av disse tilfellene behandles hos fastlegen. Ofte er det nødvendig med kompresjonsstrømper eller liknende som pasienten må betale selv. I tilfeller der det er fastlegen som utfører sårstellet, må pasienten betale egenandel for konsultasjonene. Videre må pasienten selv søke Helfo om refusjon av utgifter til bandasjer, mv. som de selv må kjøpe inn i forkant av konsultasjonen. (Slagsvold og Stranden, 2005). Helfo har også visse kriterier som må oppfylles angående fastlegens innrapportering, behandlingens varighet mv. for at pasienten skal få dekket hele eller deler av utgiftene. En sårbehandling kan gå over lang tid og søkeprosessen vis a vis Helfo for å få dekket utgiftene til materiell, samt reisekostnader kan være en belastning.

Behandling på sykehus skjer etter henvisning fra fastlege, legevakt eller ved akutt innleggelse. Døgn- og dagopphold med innleggelse på sykehus er gratis når du er medlem av folketrygden.

Ventetid kan gjøre det nødvendig med kjøp av tjenester av behandlere som ikke dekkes av egenandelsordningen (hos behandlere som ikke har driftsavtale med helseforetak eller som er ansatt i det offentlige). Det er ofte kortere ventetider hos private, og ved akutt behov kan det å komme raskt i behandling redusere andre ulemper som smerter, lengde på sykmeldingsperiode mv. Privat virksomhet fullfinansieres av pasienten. Prisen for en ordinær «time» (15 minutter) hos privat allmennlege varierer, og kan ligge mellom 580 til 1025 kroner.

I det videre følger en oversikt over ulike helsetjenester der vi ser på ulikhet i bruk av helsetjenester med utgangspunkt i utdanning og inntekt, og behovsmålene beskrevet over. I denne rapporten omfatter det utvalgte primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester. Se for øvrig tabeller i vedlegg for tallgrunnlag (vedleggstabeller A4 og A5).

2.2. Bruk av allmennlegetjenester

75 prosent av befolkningen 16 år og over sa at de hadde vært hos allmennlege siste 12 måneder i 2019. Tallet er redusert sammenliknet med 2015 da 83 prosent hadde vært til allmennlege/fastlege. 17 prosent av befolkningen har vært til konsultasjon på legevakt i 2019 (Allmennlegestatistikk, SSB).

I 2019 hadde

- 70 prosent menn og 80 prosent kvinner,
- 70 prosent av personer 16-44 år og 79 prosent 45 år og eldre,
- 85 prosent med svekket helse og 73 prosent med god helse vært hos allmennlege i løpet av en 12 måneders periode.

I 2019 hadde 21 prosent vært fem eller flere ganger hos allmennlege i løpet av en 12 måneders periode.

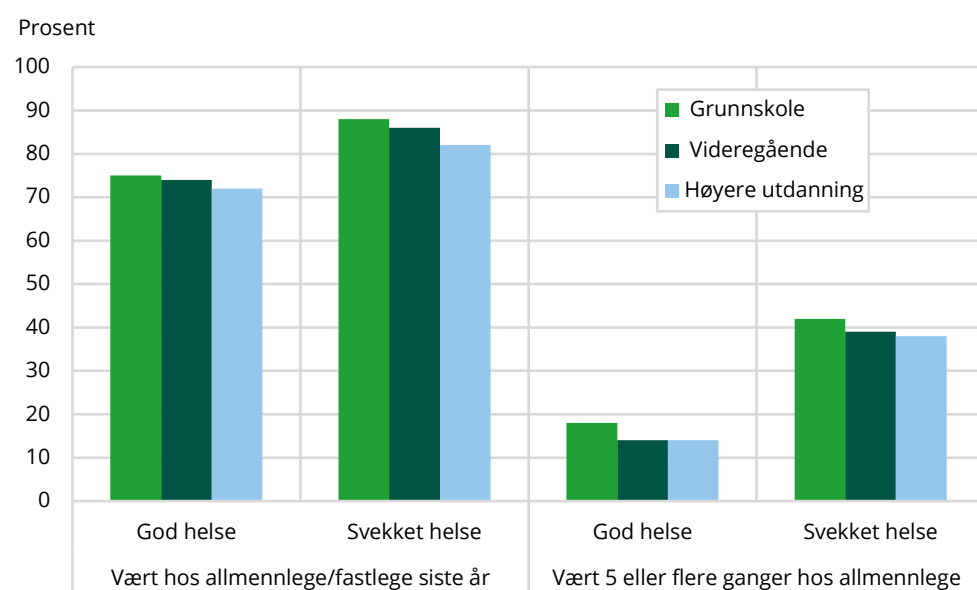
- 15 prosent menn og 27 prosent kvinner,
- 23 prosent 16-44 år og 20 prosent 45 år og eldre,
- 45 prosent med svekket helse og 18 prosent med god helse.

Levekårsundersøkelsen om helse 2019

Når var du sist hos fastlege eller annen allmennlege? *Ta med alle typer konsultasjoner, også telefonkonsultasjoner.* Omtrent hvor mange kontakter hadde du siste 12 måneder?

Allmennlegen er første kontaktpunkt i helsetjenesten for de aller fleste, og det er utbredt bruk av denne tjenesten i alle befolkningsgrupper. Som vist i tidligere studier er det noe større bruk av allmennlegetjenester i lavere utdanningsgrupper, også kontrollert for helsetilstand. Slik er det også dersom vi ser på dem som har brukt allmennlegen fem eller flere ganger i løpet av en 12 måneders periode. Forskjellene etter utdanning er større for de som har svekket helse enn for de som har god helse.

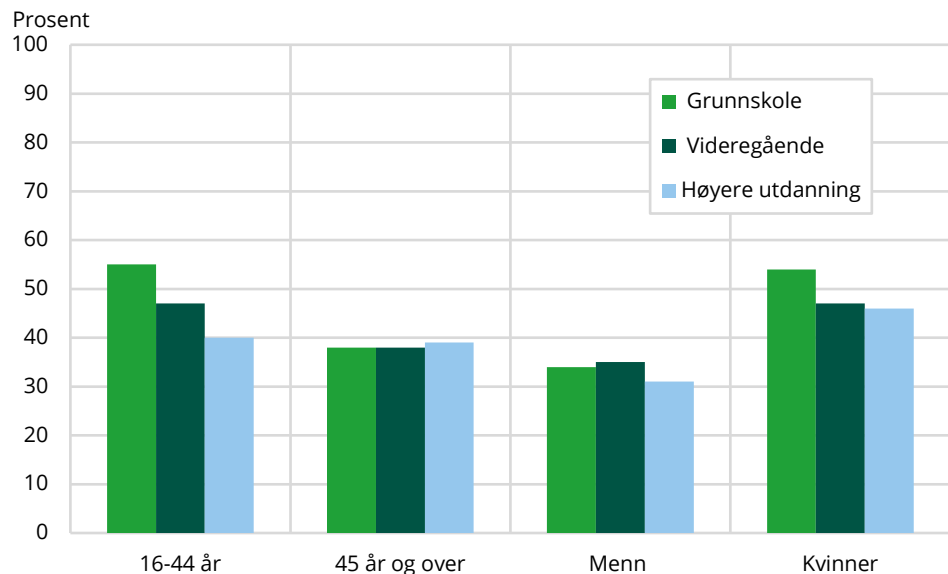
Figur 2.2 Andel som har vært hos allmennlege/fastlege i løpet av 12 måneder. Helsetilstand etter utdanning, 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Det er unge med svekket helse og kvinner med svekket helse i lavere utdanningsgrupper som bruker tjenesten mest, dvs. som har vært hos allmennlegen fem eller flere ganger i løpet av en 12 måneders periode. Det er mer eller mindre det samme mønsteret som kommer frem fordelt etter inntekt. Blant grupper 45 år og over med svekket helse er det ikke forskjeller etter utdanningsnivå eller inntekt i bruk av denne tjenesten.

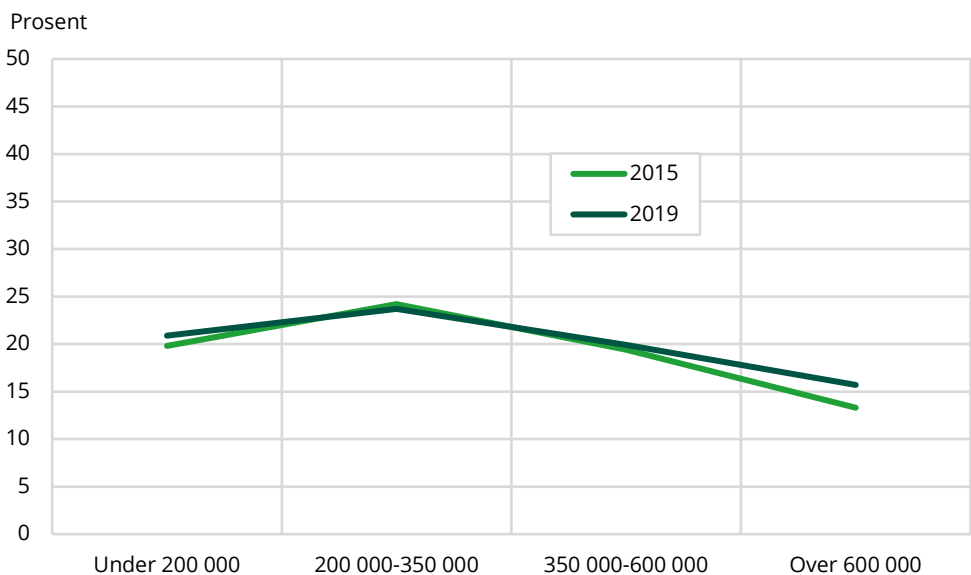
Figur 2.3 Andel med svekket helse som har vært hos allmennlege/fastlege fem eller flere ganger i løpet av 12 måneder. Alder og kjønn etter utdanning, 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Med forbehold om tilfeldige variasjoner kan det se ut til at det har vært en liten økning i flere gangers bruk av allmennlege etter inntekt mellom 2015 og 2019 for grupper med høy husholdningsinntekt (korrigert for husholdets størrelse). Men denne gruppen bruker likevel allmennlegen/fastlegen i mindre grad enn lavere inntektsgrupper.

Figur 2.4 Andel 16 år og over som har vært hos allmennlege/fastlege fem eller flere ganger i løpet av 12 måneder etter husholdningsinntekt, 2015 og 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

2.3. Spesialisthelsetjenesten - somatikk

Med fastlegeordningen i 2001 ble det innført henvisningsplikt til spesialisthelsetjenesten, det vil si at pasienter som skal til spesialist i eller utenfor sykehus må ha henvisning fra fastlege eller legevakslege.

Det er grovt sett to innganger til spesialisthelsetjenesten. Øyeblikkelig hjelp eller som henvist til planlagt (elektiv) helsehjelp (jf. Veileder Helsedirektoratet). I praksis er det vanligvis leger som henviser pasienter til spesialisthelsetjenesten selv om annet helsepersonell også kan henvise. I spesielle tilfeller kan også pasienten selv ta direkte kontakt. De som har behov for øyeblikkelig hjelp, trenger ikke henvisning for å få helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Ved behov for videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten etter akuttfasen, kan man bli henvist videre i spesialisthelsetjenesten uten ny vurdering.

Sykehusopphold

10 prosent av befolkningen 16 år og over oppga at de hadde hatt døgnopphold på sykehus (opphold i forbindelse med fødsel er holdt utenfor) i løpet av en 12 måneders periode i 2019. Tilsvarende tall for 2015 var 9 prosent. 3 prosent hadde ligget fem eller flere netter på sykehus. Dette er samme andel som i 2015.

I 2019 hadde

- 9 prosent menn og 10 prosent kvinner,
- 7 prosent 16-44 år og 12 prosent 45 år og eldre,
- 23 prosent med svekket helse og 8 prosent med god helse hatt døgnopphold på sykehus.

I 2019 hadde

- 3 prosent menn og 4 prosent kvinner,
- 2 prosent 16-44 år og 5 prosent 45 år og eldre,
- 10 prosent med svekket helse og 2 prosent med god helse ligget fem eller flere netter på sykehus.

Levekårsundersøkelsen om helse 2019

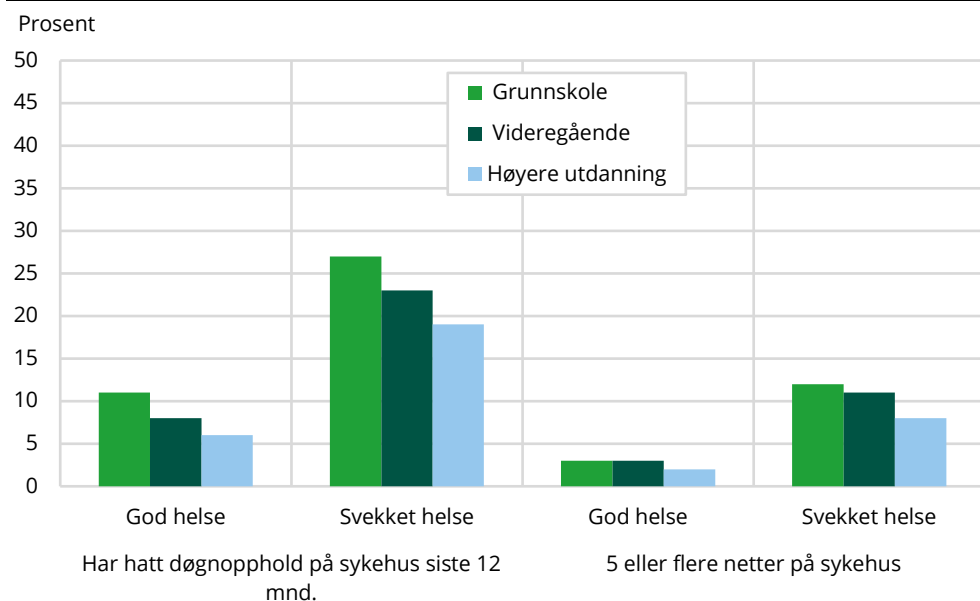
Har du i løpet av de siste 12 månedene vært innlagt på sykehus over natten?
Hvor mange opphold har du hatt siste 12 måneder? *Sykehusopphold i forbindelse med fødsel er ikke regnet med.*

Et sykehusopphold i Norge er gratis dersom du er medlem av folketrygden. Det er flere i lavere utdannings- og inntektsgrupper som har ligget på sykehus, og de har hatt flere opphold og ligget flere netter på sykehus i gjennomsnitt i løpet av et år.

Mest sannsynlig henger dette sammen med sykkelighetsbildet. Vi vet at hjerte-/karsykdom og lungesykdommer, som er de viktigste årsakene til innleggelse, er sykdommer som er mer utbredt i lavere utdanningsgrupper (se figur 1.4). I disse sykdomsgruppene er også andelen akuttinnleggelser høyere.

Sitat fra Dagens Medisin, 2007: «For et par tiår siden var det først og fremst hjertepasienter som trengte ambulanse og intensiv sykehusbehandling. I tillegg var det mange innleggelser på grunn av akutt astma. I dag er det stadig oftere en KOLS-pasient som ligger i ambulansen, og vedkommende trenger mange døgn på å komme seg.»

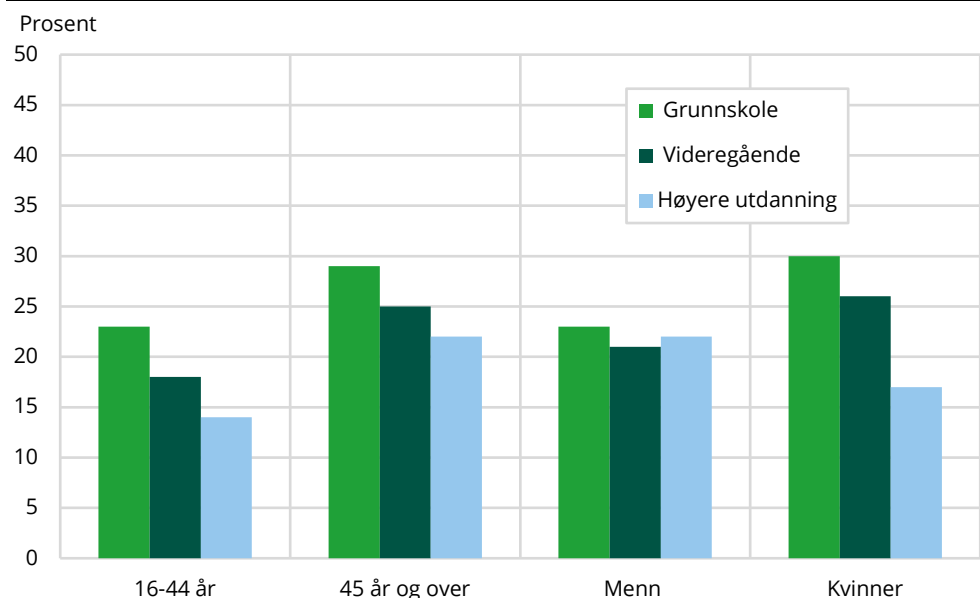
Figur 2.5 Andel 16 år og over som har hatt døgnopphold på sykehus i løpet av 12 måneder. Helsetilstand etter utdanning, 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Det er flest i laveste utdanningsgruppe som har hatt døgnopphold på sykehus, uavhengig av helsetilstand. Blant personer med svekket helse er det også høyest andel i grupper med lavere utdanning, med unntak av menn med svekket helse (se figur 2.6). Størst forskjell er det for kvinner med svekket helse, 13 prosentpoengs forskjell mellom laveste og høyeste utdanningsgruppe.

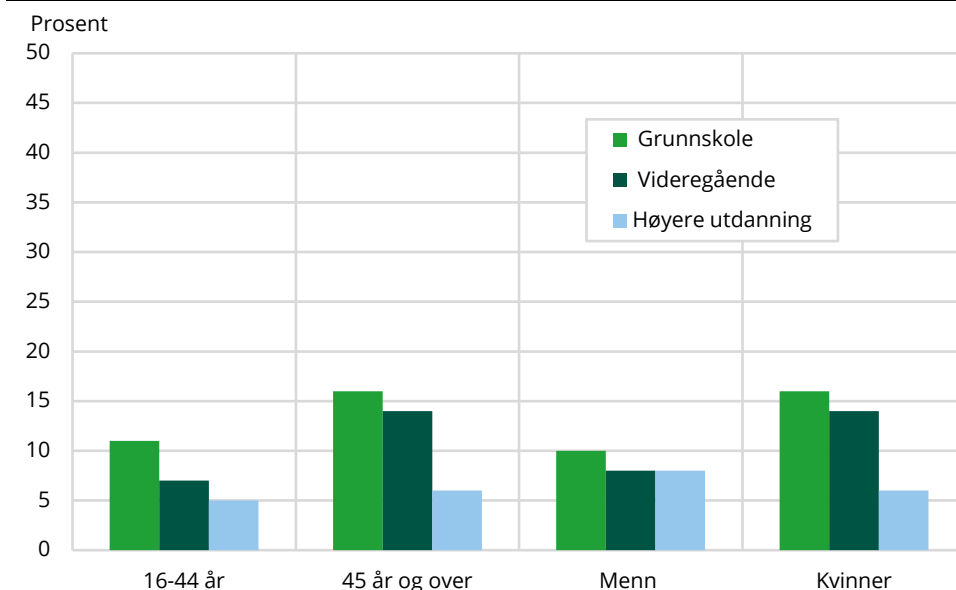
Figur 2.6 Andel med svekket helse som har hatt døgnopphold på sykehus i løpet av 12 måneder. Alder og kjønn etter utdanning, 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

I grupper med svekket helse er det også flere i den laveste utdanningsgruppen som har hatt flere opphold på sykehus i løpet av en 12 måneders periode. 16 prosent av kvinner og eldre 45 år og over med svekket helse og lav utdanning har hatt to eller flere sykehusopphold siste år. Dette utgjør en forskjell på 10 prosentpoeng mellom høyeste og laveste utdanningsgruppe (se figur 2.7).

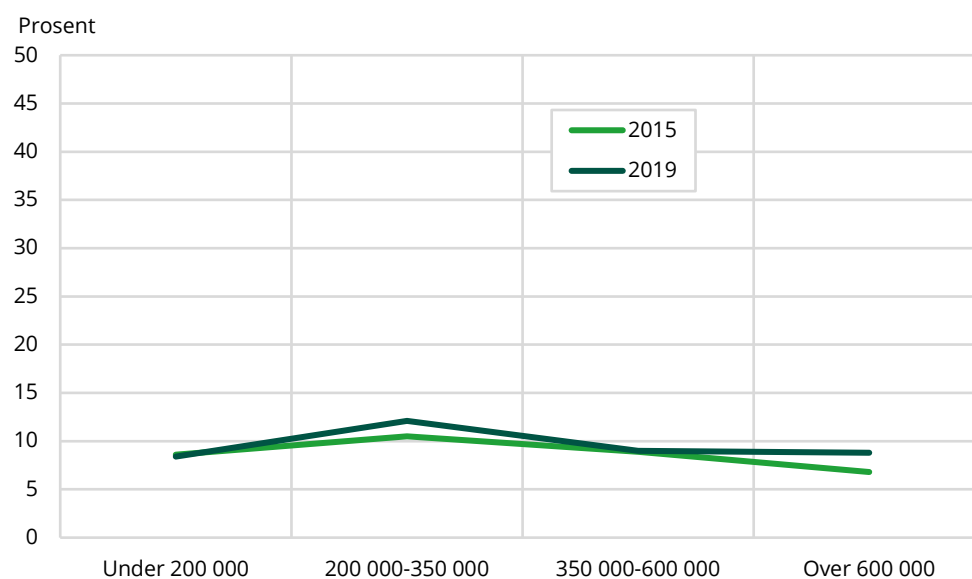
Figur 2.7 Andel med svekket helse som har hatt to eller flere døgnopphold på sykehus i løpet av 12 måneder. Alder og kjønn etter utdanning, 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Med forbehold om tilfeldige variasjoner kan det se ut til at det har vært en liten økning i andelen som har hatt døgnopphold på sykehus i høyeste inntektsgruppe fra 2015 til 2019.

Figur 2.8 Andel 16 år og over som har hatt døgnopphold i løpet av 12 måneder etter husholdningsinntekt, 2015 og 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Dagopphold på sykehus

17 prosent av befolkningen 16 år og eldre har vært innlagt som dagpasient på sykehus siste 12 måneder i 2019, mot 15 prosent i 2015. 8 prosent hadde to eller flere dagopphold på sykehus i løpet av en 12 måneders periode i 2019.

I 2019 hadde

- 16 prosent menn og 18 prosent kvinner,
- 16 prosent 16-44 år og 18 prosent 45 år og eldre,
- 29 prosent med svekket helse og 15 prosent med god helse hatt dagopphold på sykehus.

I 2019 hadde

- 7 prosent menn og 9 prosent kvinner,
- 7 prosent 16-44 år og 9 prosent 45 år og eldre,
- 17 prosent med svekket helse og 6 prosent med god helse hatt to eller flere dagopphold på sykehus.

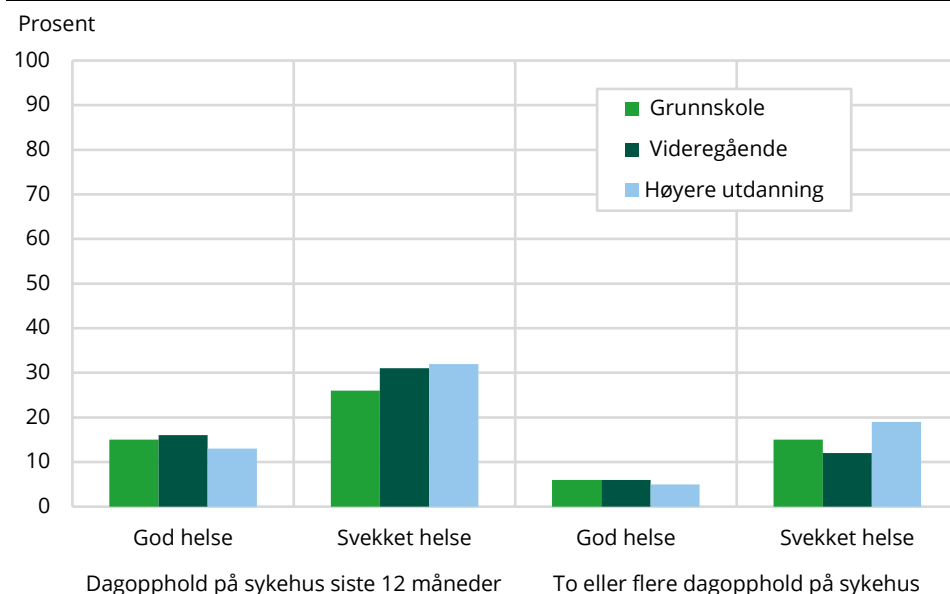
Levekårsundersøkelsen om helse 2019

Har du i løpet av de siste 12 månedene vært på sykehus som dagpasient? *Det vil si å ha vært på sykehus til utredning eller behandling som er mer omfattende enn en poliklinisk konsultasjon, men UTEN å overnatte.* Hvor mange ganger har du vært på sykehus som dagpasient siste 12 måneder?

Dagbehandling på sykehus omfatter utredning og behandling som er mer omfattende enn poliklinisk konsultasjon, men som ikke innebærer overnatting. Dagopphold på sykehus er gratis, men krever henvisning fra lege. Dette er planlagte opphold, ikke akutte.

Som i 2015 (SSB, 2017) er det en noe høyere andel som har hatt dagopphold på sykehus i grupper med grunnskole og videregående utdanning, enn i grupper med høyere utdanning. Dersom det kontrolleres for helsetilstand er det derimot grupper med høyere utdanning og svekket helse som i størst grad har vært til dagbehandling i løpet av en 12 måneders periode.

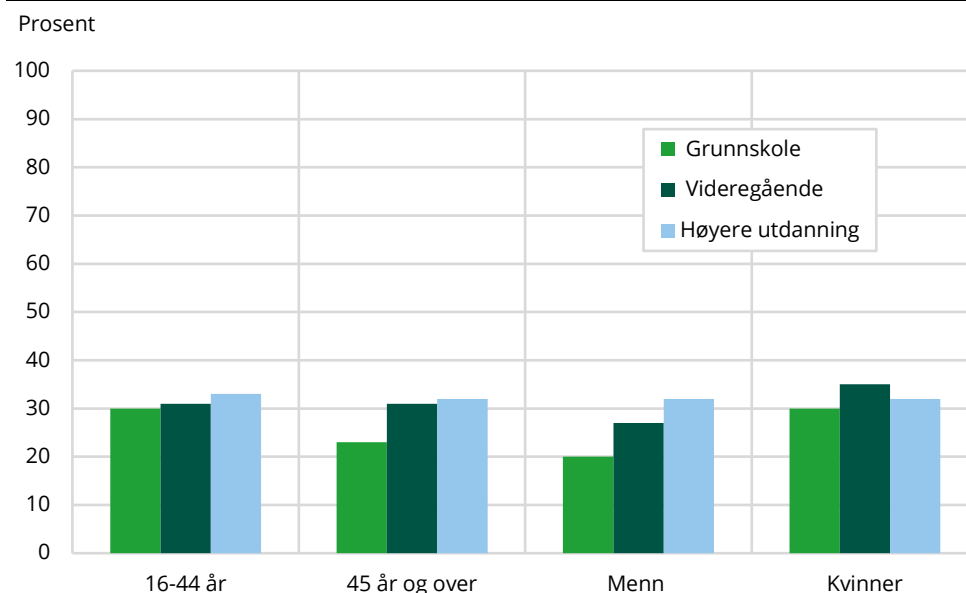
Figur 2.9 Andel 16 år og over med dagopphold på sykehus i løpet av 12 måneder. Helsetilstand etter utdanning, 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Høyere utdanningsgrupper med svekket helse har i større grad hatt dagopphold på sykehus sammenliknet med lavere utdanningsgrupper. Størst forskjell mellom utdanningsgruppene er det blant menn, 12 prosentpoeng. Det er også en relativt stor forskjell i andelen som har vært til dagbehandling mellom laveste og høyeste utdanningsgruppe blant eldre 45 år og over med svekket helse.

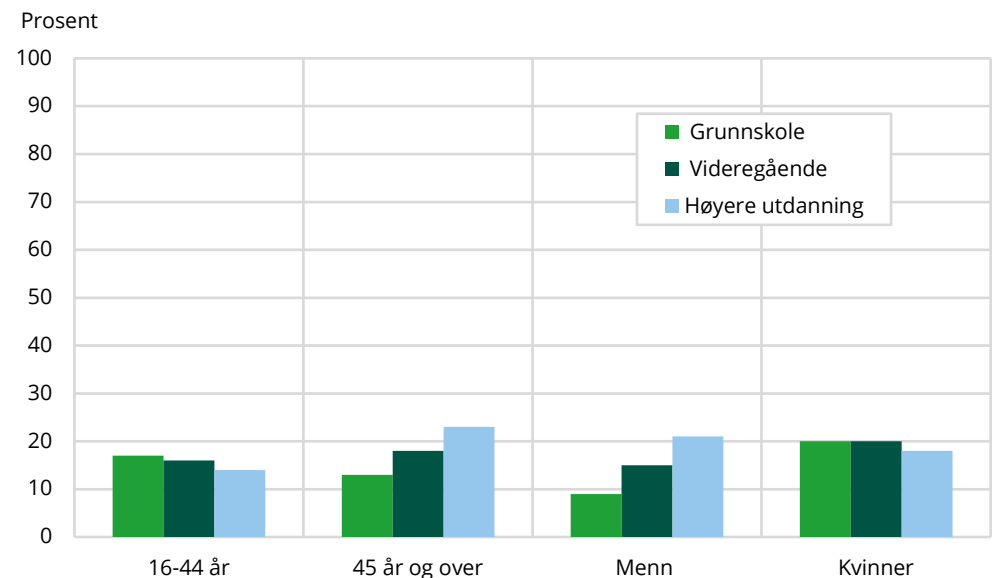
Figur 2.10 Andel med svekket helse som har hatt dagopphold på sykehus i løpet av 12 måneder. Alder og kjønn etter utdanning, 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Forskjellene etter utdanning reduseres betraktelig når vi ser på grupper som har hatt to eller flere dagopphold i løpet av en 12 måneders periode. Det er flest eldre 45 år og over med svekket helse og høy utdanning og menn med svekket helse og høy utdanning som har hatt to eller flere dagopphold i løpet av en 12 måneders periode (figur 2.11).

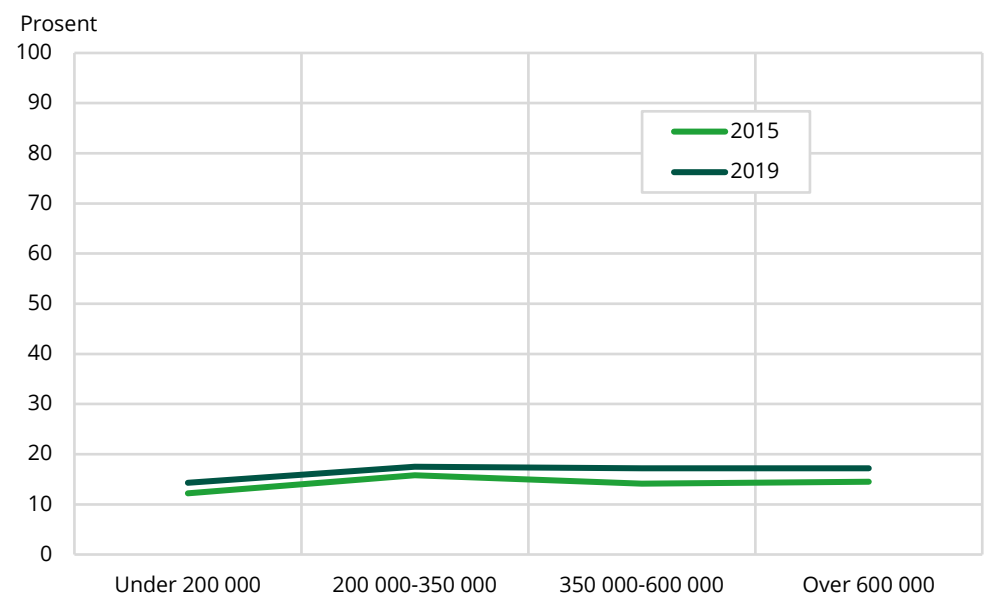
Figur 2.11 Andel med svakket helse som har hatt to eller flere dagopphold på sykehus i løpet av 12 måneder. Alder og kjønn etter utdanning, 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Andelen med dagopphold på sykehus har økt i alle inntektsgrupper fra 2015 til 2019. Dette er i samsvar med registertall om dagopphold på sykehus som har økt i perioden (Pasientstatistikk, SSB). Økningen i dagopphold er størst i høyere inntektsgrupper.

Figur 2.12 Andel 16 år og over som har hatt dagopphold på sykehus i løpet av 12 måneder etter husholdningsinntekt, 2015 og 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå

2.4. Legespesialist på poliklinikk eller privat spesialist

36 prosent av befolkningen 16 år og over har vært hos privat legespesialist eller legespesialist på sykehus i løpet av en 12 måneders periode i 2019. I 2015 hadde 33 prosent av befolkningen vært hos legespesialist. 10 prosent hadde vært tre eller flere ganger hos legespesialist i 2019.

I 2019 hadde

- 29 prosent menn og 42 prosent kvinner,
- 32 prosent 16-44 år og 39 prosent 45 år og eldre,
- 50 prosent med svekket helse og 33 prosent med god helse vært hos legespesialist.

I 2019 hadde

- 8 prosent menn og 12 prosent kvinner,
- 9 prosent 16-44 år og 11 prosent 45 år og eldre,
- 22 prosent med svekket helse og 8 prosent med god helse hatt tre eller flere konsultasjoner hos legespesialist.

Levekårsundersøkelsen om helse 2019

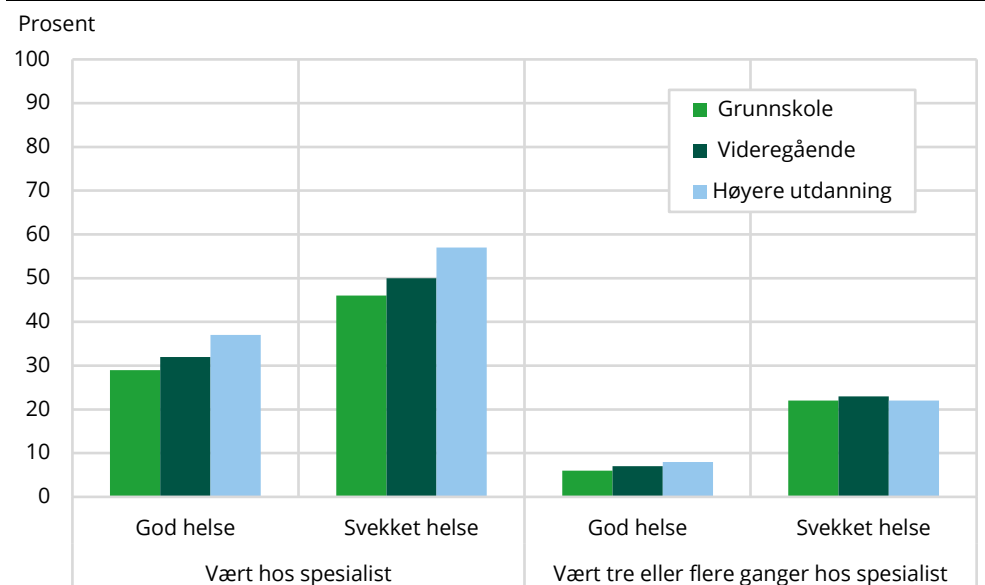
Når var du sist hos legespesialist på poliklinikk eller hos en privat spesialist? *Hjertespesialist, hudspesialist, gynekolog eller liknende. Se bort fra kontakter du eventuelt har hatt i forbindelse med sykehusinnleggelser. Omtrent hvor mange ganger siste 12 måneder?*

Som vist i forrige rapport om sosial ulikhet i bruk av helsetjenester (SSB, 2017) er det grupper med høyere utdanning og/eller høyere inntekt som bruker legespesialist i størst grad.

Det er i all hovedsak allmennlegen/fastlegen som henviser til legespesialist. Til tross for at lavere utdannings- og inntektsgrupper frekventerer lege/fastlege i primærhelsetjenesten oftere enn andre grupper, og har dårligere helse, er det færre i disse gruppene som blir henvist til legespesialist. Finnvold (2006) finner også at henvisningsraten er lavere i lavere sosiale klasser sammenliknet med høyere sosiale klasser.

At den sosiale gradienten slår inn for denne tjenesten kan ha sammenheng med kommunikasjonsmessige forhold mellom pasient og allmennlege, henvisningspraksis eller at høyere utdanningsgrupper har et nettverk som i større grad gjør at de kan «gå utenom» fastlegen sammenliknet med grupper med grunnskoleutdanning (Vikum m.fl., 2013). Andre forklaringer knyttes til at lavere inntekts-/utdanningsgrupper i større grad er tilfredse med det allmennlegen tilbyr, og at helseproblemene de har i større grad lar seg avhjelpe i primærhelsetjenesten. Det kan også handle om tilgang på tjenesten eller personlig økonomi. Mest sannsynlig vil flere av disse forklaringene spille inn.

Figur 2.13 Andel 16 år og over som har vært hos legespesialist i løpet av 12 måneder. Helsetilstand etter utdanning, 2019

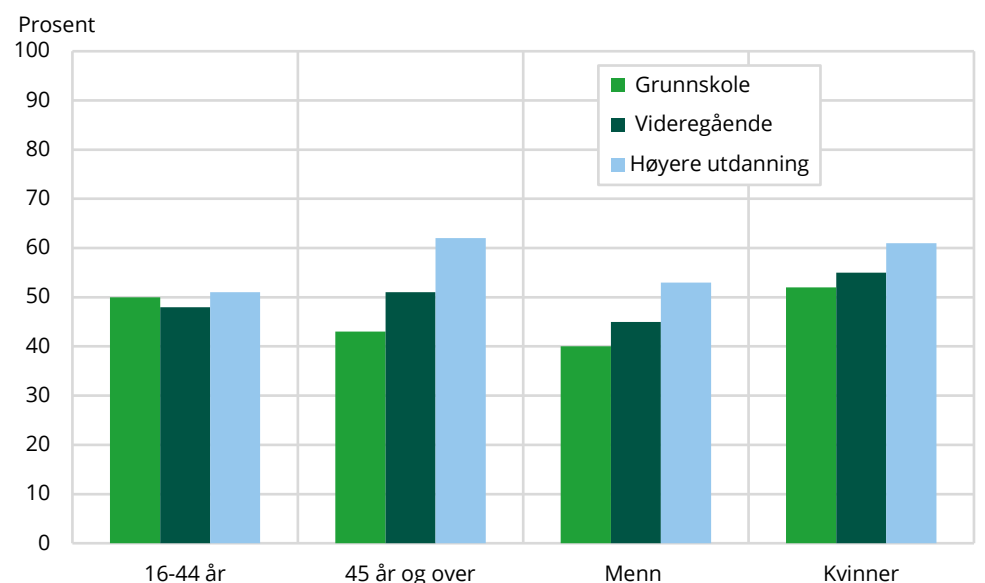


Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Det er flest i de høyeste utdanningsgruppene som har vært hos spesialist i løpet av en 12 måneders periode, også når det kontrolleres for helsetilstand. Både i grupper med god helse og i grupper med svekket helse er det en sosial gradient i kontakt. Blant grupper med svekket helse er det en forskjell på 11 prosentpoeng mellom høyeste og laveste utdanningsgruppe. Forskjellene etter utdanning forsvinner imidlertid når vi ser på flere gangers bruk av legespesialist. Det kan se ut til at når lavere utdanningsgrupper først har blitt henvist til spesialist er terskelen lavere for flere kontakter. Dette kan henge sammen med intern henvisningspraksis i spesialisthelsetjenesten.

Det er en markert sosial gradient etter utdanning i bruk av legespesialist i grupper 45 år og eldre med svekket helse. For yngre med svekket helse er det liten forskjell mellom utdanningsgruppene. Det samme mønsteret kommer frem ved fordeling etter husholdningsinntekt.

Figur 2.14 Andel med svekket helse som har vært hos legespesialist i løpet av 12 måneder. Alder og kjønn etter utdanningsnivå, 2019

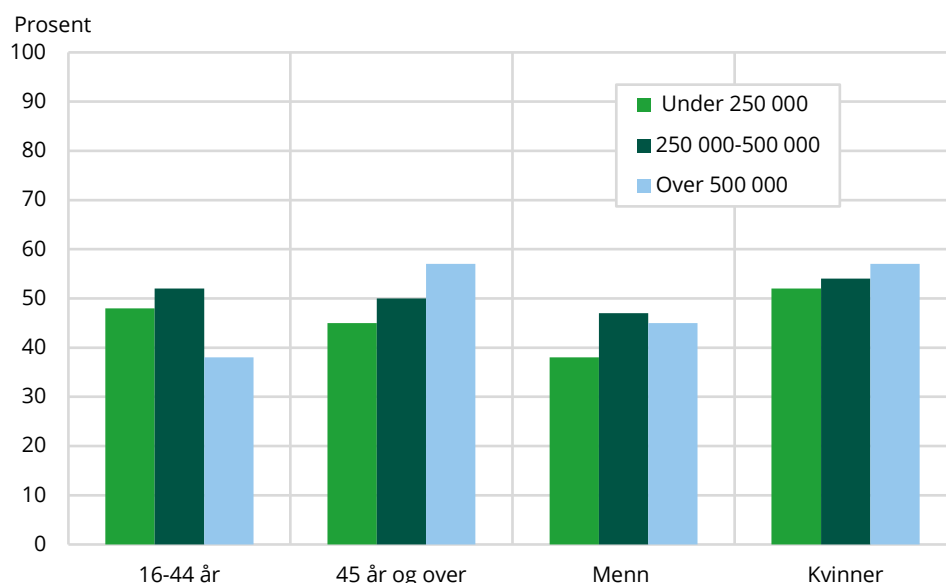


Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

I grupper 45 år og eldre med svekket helse og kvinner med svekket helse har over 60 prosent av dem med høy utdanning vært hos spesialist i løpet av en 12 måneders periode.

Ser vi på bruk av tjenesten i grupper med svekket helse etter inntekt er det en sosial gradient i bruksmønsteret blant eldre 45 år og over og blant kvinner. Menn med svekket helse og lavere inntekt bruker i mindre grad legespesialist. Størst forskjell i bruk etter inntekt er det blant personer 45 år og eldre med svekket helse, en forskjell på 12 prosentpoeng mellom laveste og høyeste inntektsgruppe.

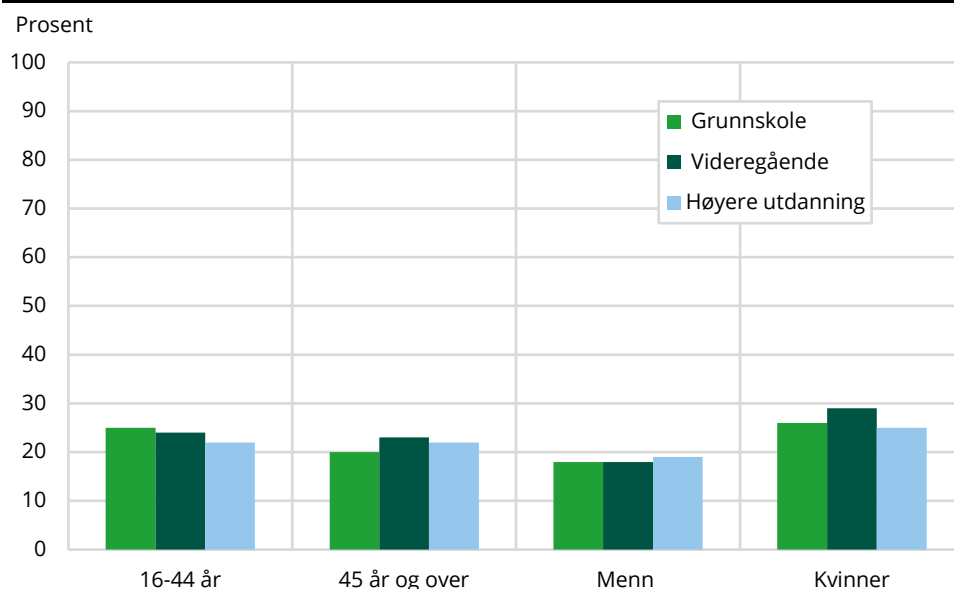
Figur 2.15 Andel med svekket helse som har vært hos legespesialist i løpet av 12 måneder. Alder og kjønn etter husholdningsinntekt, 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

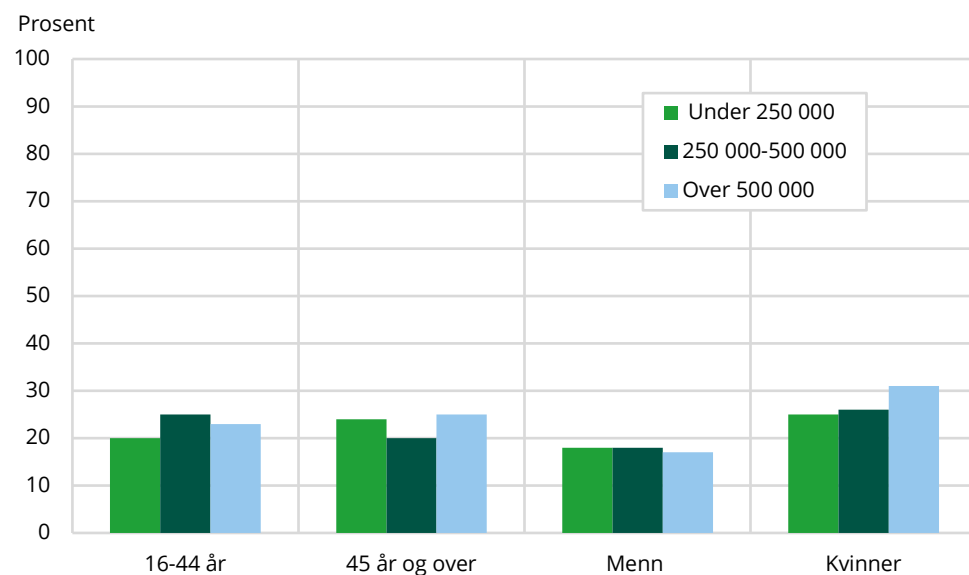
Disse forskjellene utjevnes imidlertid når vi ser på grupper som har brukt tjenesten tre eller flere ganger i løpet av en 12 måneders periode, både mål med husholdningsinntekt og utdanning.

Figur 2.16 Andel med svekket helse som har vært hos legespesialist tre eller flere ganger i løpet av 12 måneder. Alder og kjønn etter utdanning, 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Figur 2.17 Andel med svakket helse som har vært hos legespesialist tre eller flere ganger i løpet av 12 måneder. Alder og kjønn etter husholdningsinntekt, 2019

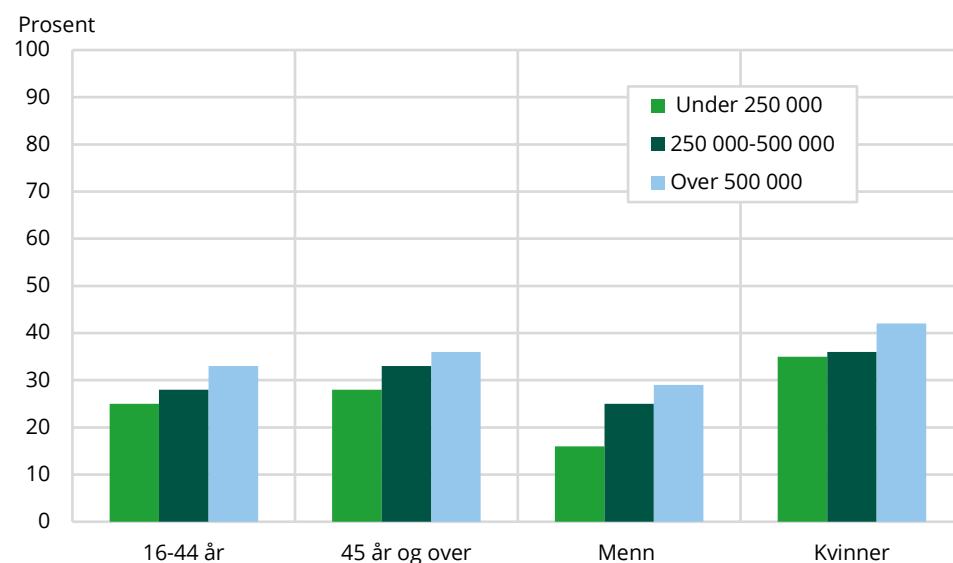


Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Det er i første omgang primærhelsetjenesten (fastlegen) som driver forebygging, men dersom man allerede har kontakter i spesialisthelsetjenesten kan det være at dette behovet ivaretas av legespesialisten. Selv om andelen som har hatt kontakt med legespesialist er lavere for grupper med god helse, enn grupper med svakket helse, er det en klar sosial gradient i bruk av legespesialist etter husholdningsinntekt. Blant personer med god helse, er det større bruk av tjenesten i grupper med høy inntekt. Dette gjelder både blant menn og kvinner og blant yngre og eldre. Dette kan henge sammen med at høyere utdanningsgrupper i større grad har en forebyggende atferd og selv følger opp kroniske lidelser i spesialisthelsetjenesten. På den annen side kan dette også handle om økonomi og prioriteringer.

Det er en sosial gradient i kontakt med legespesialist i alle grupper som sier at helsen er god etter inntekt. Menn som bor i husholdninger med lav inntekt og som har god helse er den gruppen som har minst kontakt med legespesialist sammenliknet med andre grupper, kun 16 prosent.

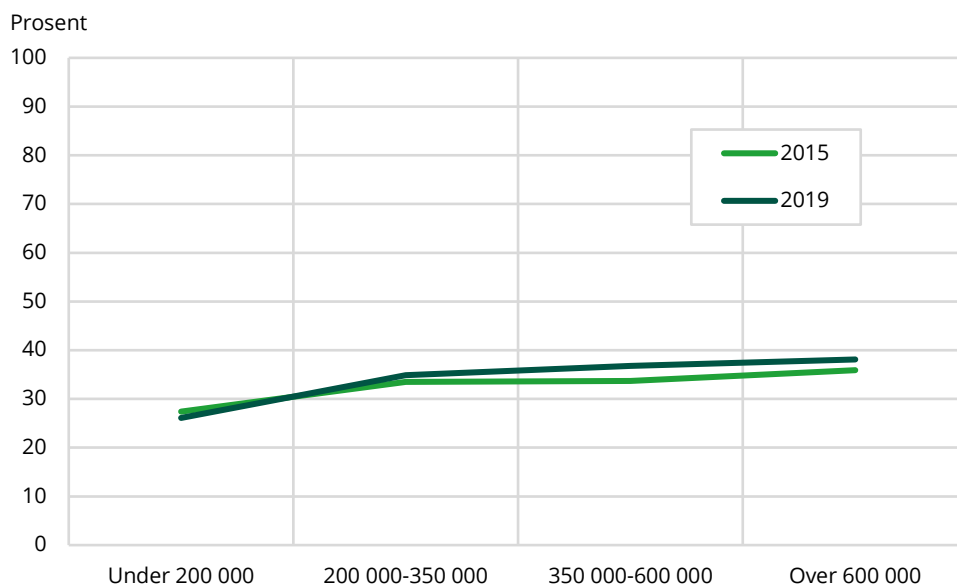
Figur 2.18 Andel med god helse som har vært hos legespesialist i løpet av 12 måneder. Alder og kjønn etter husholdningsinntekt, 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Med forbehold om tilfeldige variasjoner kan det se ut til at det har vært en liten økning i bruk av legespesialist i grupper med høy inntekt fra 2015 til 2019.

Figur 2.19 Andel 16 år og over som har vært hos legespesialist i løpet av 12 måneder etter husholdningsinntekt, 2015 og 2019



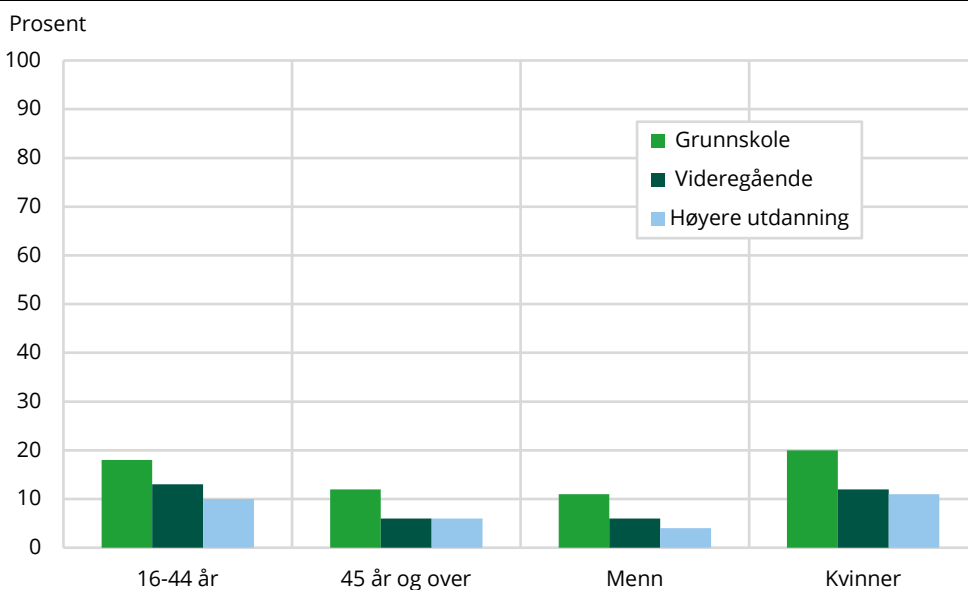
Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå

2.5. Psykisk helse og bruk av psykologtjenester

Generelt vil befolkningsundersøkelser ha begrensede muligheter til å fange opp personer med alvorlige psykiske plager. Det er likevel mulig å fange opp symptomer på lettere psykiske plager i spørreundersøkelser (Moum og Tambs, 1993).

Psykiske plager målt med Hopkins Check List-5 (se kapittel 5 for mer om HSCL-5) er mest utbredt blant kvinner og blant yngre (16-44 år) med grunnskole-utdanning.

Figur 2.20 Andel med psykiske plager (HSCL-5 $\geq$ 2.0). Alder og kjønn etter utdanning, 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå

I 2019 hadde 6 prosent av befolkningen 16 år og over vært hos psykolog i løpet av en 12 måneders periode. I 2015 var denne andelen 5 prosent.

I 2019 hadde

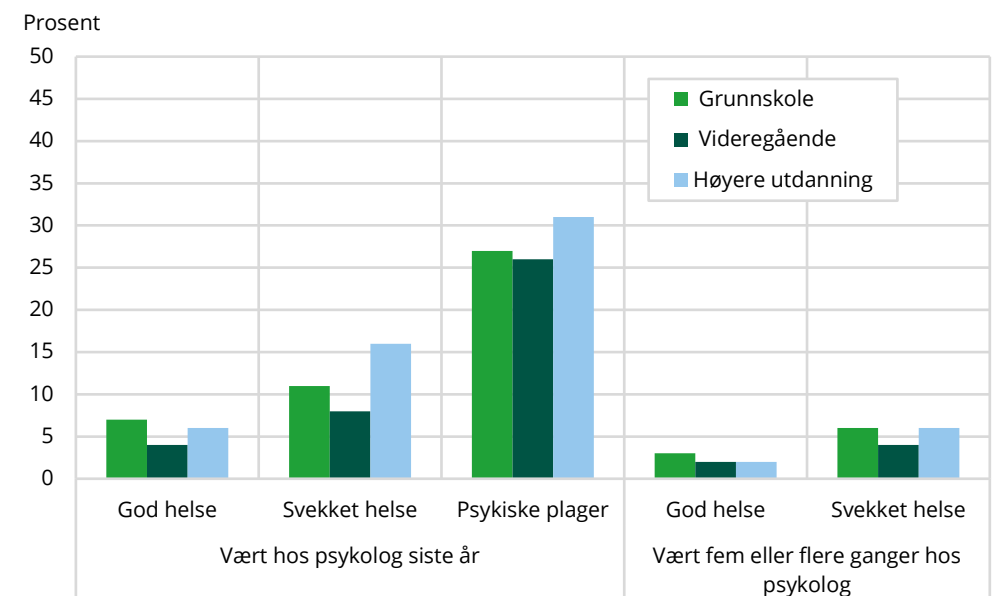
- 4 prosent menn og 8 prosent kvinner,
- 10 prosent 16-44 år og 3 prosent 45 år og eldre,
- 11 prosent med svekket helse og 6 prosent med god helse vært hos psykolog.

Levekårsundersøkelsen om helse 2019

Har du i løpet av de siste 12 månedene vært hos psykolog.
Hvor mange ganger?

Forskjellene i andelen som har vært hos psykolog siste år etter utdanning viser ikke noe klart mønster. I grupper med svekket helse eller med psykiske plager er imidlertid andelen blant høyt utdannede noe større.

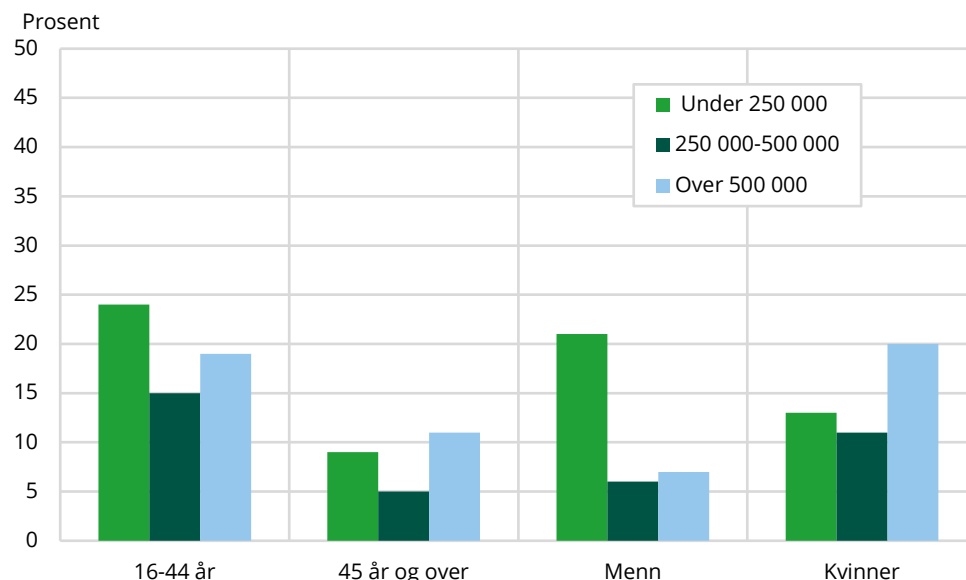
Figur 2.21 Andel som har vært hos psykolog i løpet av 12 måneder. Helsetilstand etter utdanning, 2019



Kilde: Lavekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

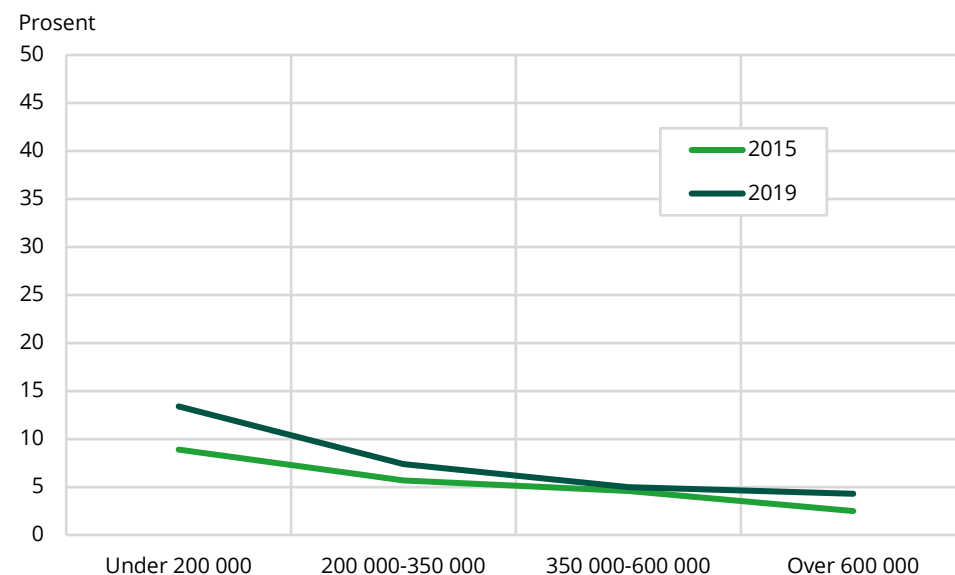
Det er en større andel kvinner og unge med grunnskoleutdanning som gir uttrykk for å ha psykiske plager. Det også en relativt stor andel i disse gruppene som har vært hos psykolog siste år.

Det er grupper med svekket helse og/eller med psykiske plager som har frekventert psykolog i størst grad. Særlig gjelder dette unge og menn med svekket helse og lav utdanning, samt kvinner med svekket helse og høy utdanning. Nær halvparten av dem som vært hos psykolog siste år har hatt fem eller flere konsultasjoner. Dersom det kontrolleres for behov er det mindre forskjeller etter utdanning. Sammenhengen mellom dårlig psykisk helse og psykologbruk er sterkere etter inntekt enn etter utdanning.

Figur 2.22 Andel med svekket helse som har vært hos psykolog i løpet av 12 måneder. Alder og kjønn etter husholdningsinntekt, 2019

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Over tid ser det ut til at det har vært en økning i psykologbruk i alle inntektsgrupper. Størst er økningen i laveste inntektsgruppe fra 2015 til 2019.

Figur 2.23 Andel 16 år og over som har vært hos psykolog i løpet av 12 måneder etter husholdningsinntekt, 2015 og 2019

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

En utvalgsundersøkelse, som vi har som datagrunnlag, fanger ikke opp nok individer til å publisere gode tall på psykisk helsevern. Når det gjelder konsultasjoner med psykiater har 1 prosent i vårt materiale hatt en slik konsultasjon siste år. Blant dem med svekket helse er imidlertid andelen 4 prosent.

2.6. Fysioterapeut

20 prosent av befolkningen 16 år og over har vært hos fysioterapeut i løpet av en 12 måneders periode i 2019, mot 18 prosent i 2015. 10 prosent har hatt fem eller flere besøk hos fysioterapeut i 2019.

I 2019 hadde

- 18 prosent menn og 22 prosent kvinner,
- 18 prosent 16-44 år og 21 prosent 45 år og eldre,
- 28 prosent med svekket helse og 17 prosent med god helse vært hos fysioterapeut.

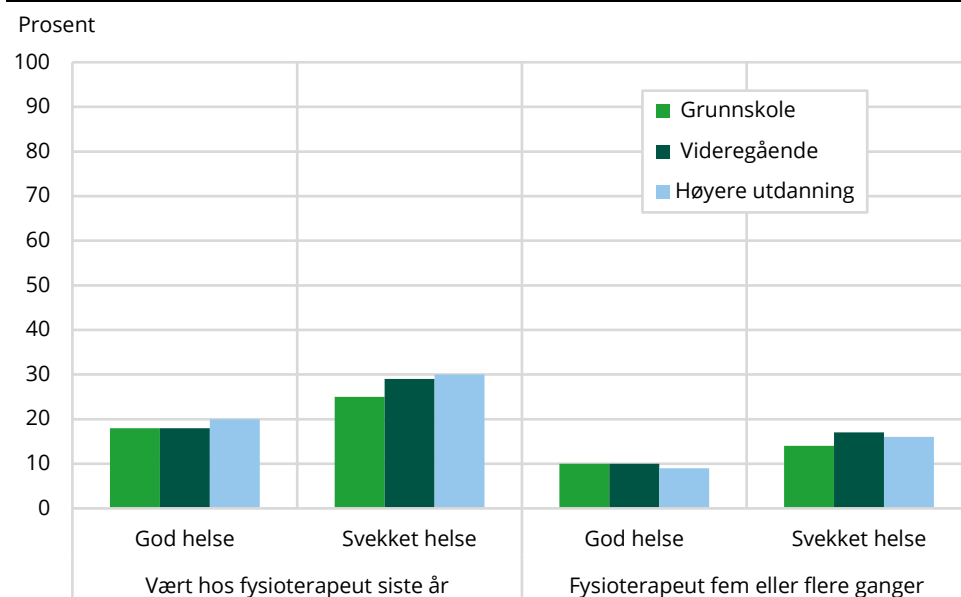
I 2019 hadde

- 8 prosent menn og 12 prosent kvinner,
- 8 prosent 16-44 år og 11 prosent 45 år og eldre,
- 15 prosent med svekket helse og 8 prosent med god helse vært hos fysioterapeut fem eller flere ganger.

Levekårsundersøkelsen om helse 2019

Har du i løpet av de siste 12 måneder vært hos fysioterapeut? Omtrent hvor mange ganger?

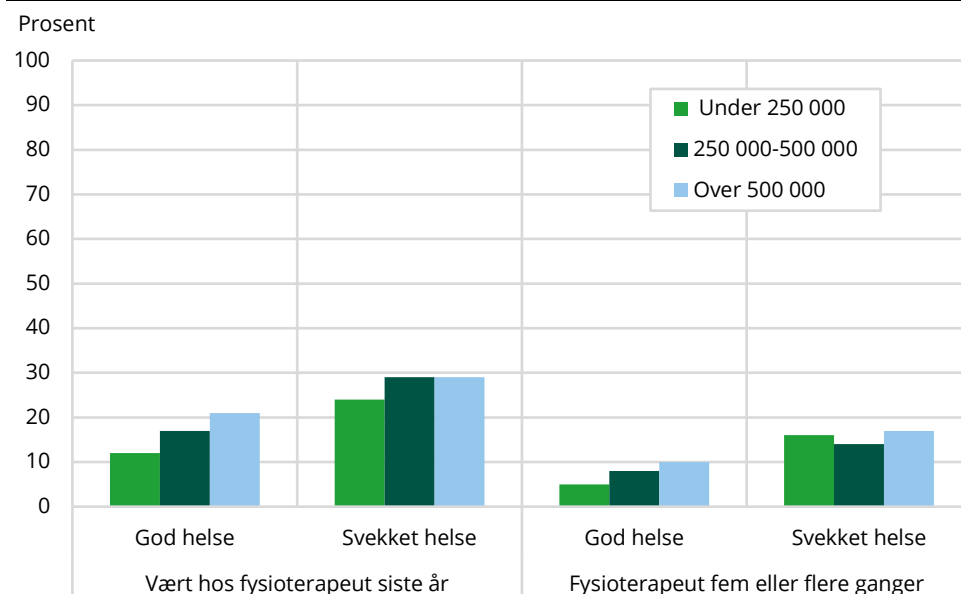
Figur 2.24 Andel 16 år og over som har vært hos fysioterapeut i løpet av 12 måneder. Helsetilstand etter utdanning, 2019



Kilde: Lavekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Det er åpenbart at økonomi er viktigere enn utdanning i bruk av fysioterapitjenester (se figur 2.24 og 2.25). Langt større andeler i høyere inntektsgrupper har brukt denne tjenesten uavhengig av kjønn og alder. Dette gjelder også flere gangers bruk av tjenesten. Selv om andelene for bruk av fysioterapi er lavere for grupper med god helse er det her forskjellene er størst sett i forhold til inntekt.

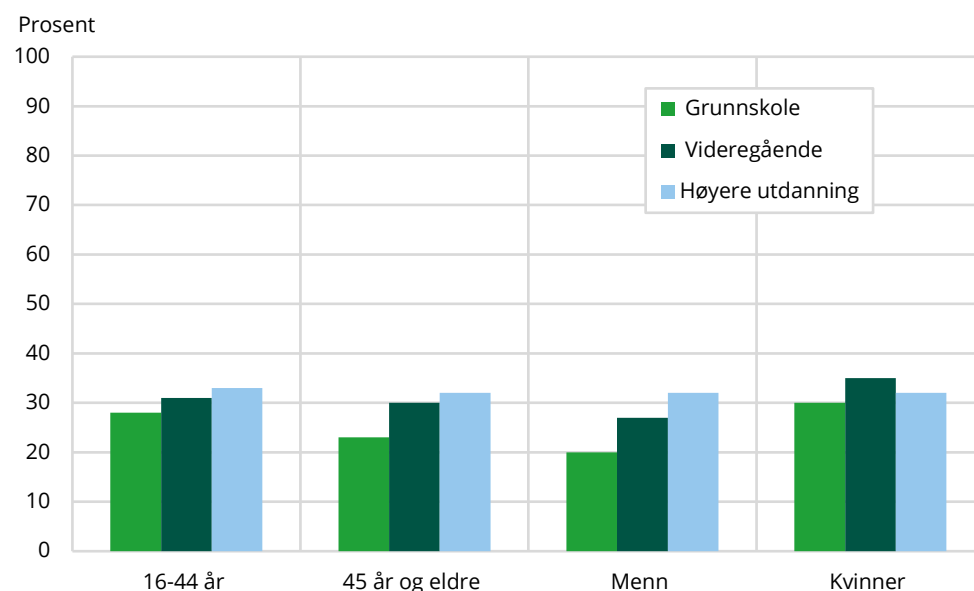
Figur 2.25 Andel 16 år og over som har vært hos fysioterapeut i løpet av 12 måneder. Helsetilstand etter husholdningsinntekt. 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Kvinner bruker mer fysioterapi enn menn, og eldre mer enn yngre. Det er personer 45 år og over med svekket helse og kvinner med svekket helse og høyere inntekter som bruker fysioterapeut i størst grad. Størst forskjell mellom laveste og høyeste inntektsgruppe er det blant eldre 45 år og over med svekket helse og blant menn med svekket helse, henholdsvis 9 og 6 prosentpoeng.

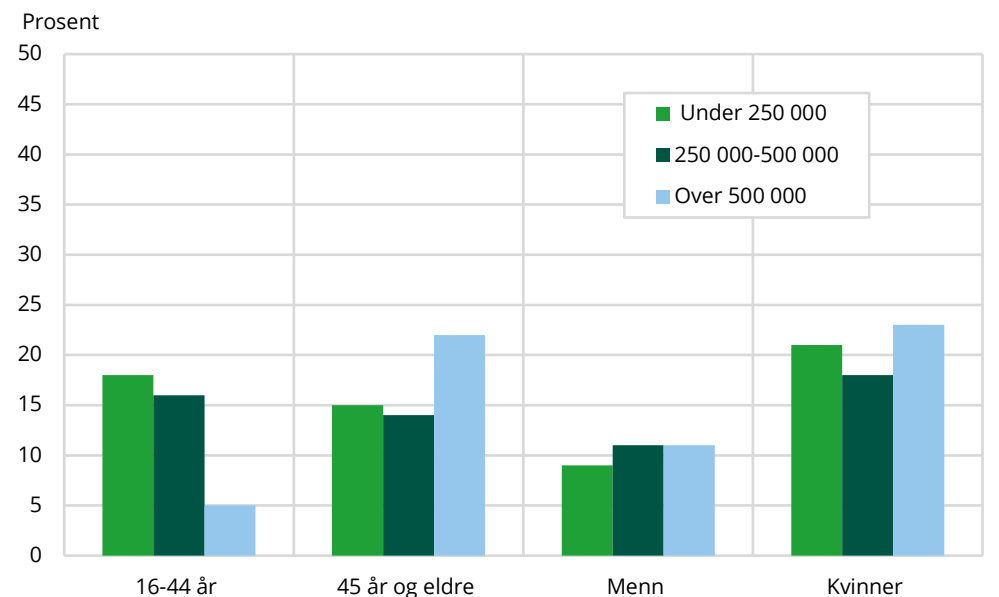
Figur 2.26 Andel med svekket helse som har vært hos fysioterapeut i løpet av 12 måneder. Alder og kjønn etter utdanning, 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Bruksmønsteret er mindre tydelig mellom grupper med svekket helse i flere gangers bruk av fysioterapeut etter husholdningsinntekt. Høyest andeler er det blant dem 45 år og eldre og kvinner med høy utdanning.

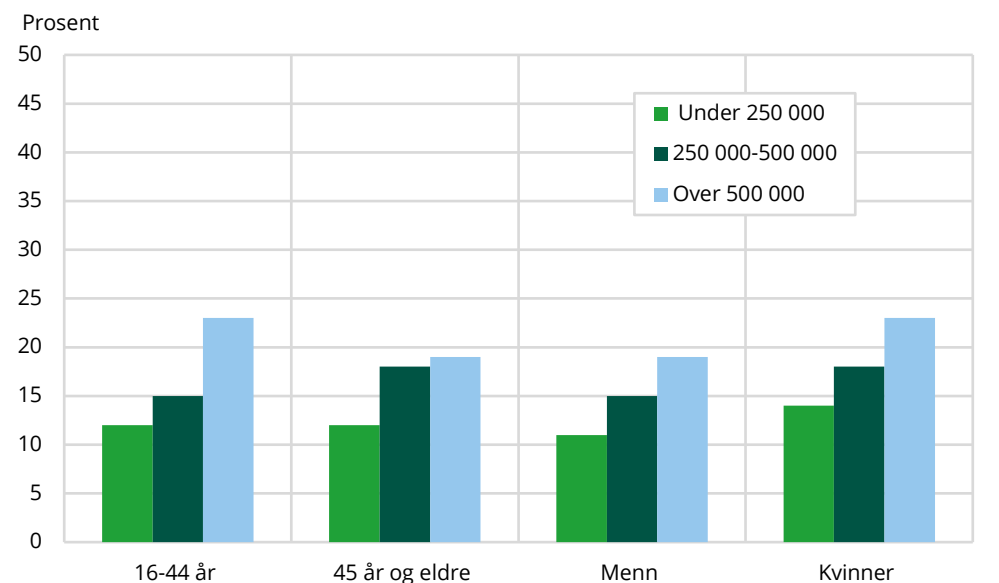
Figur 2.27 Andel med svekket helse som har vært hos fysioterapeut fem eller flere ganger i løpet av 12 måneder. Alder og kjønn etter husholdningsinntekt, 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

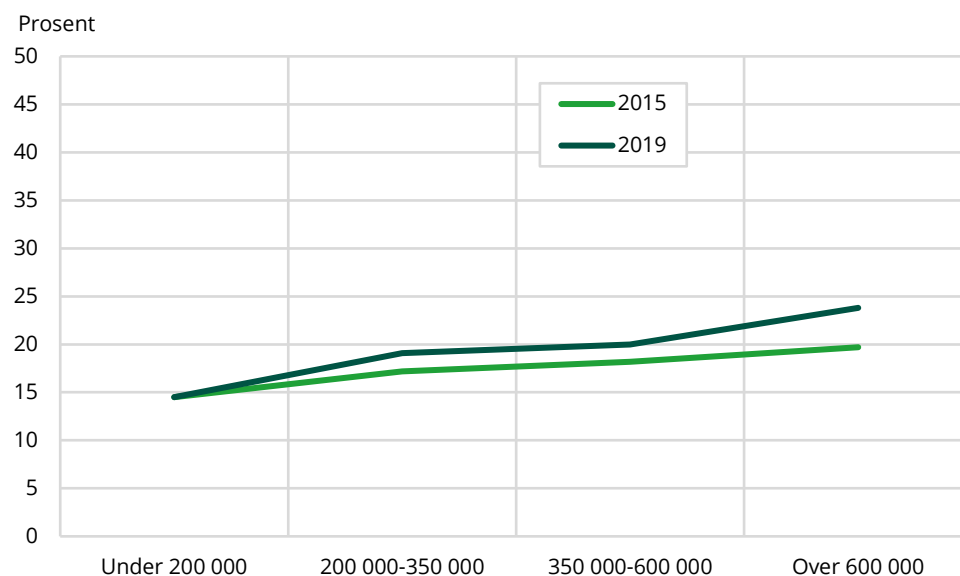
Imidlertid er det forskjeller etter inntekt i gruppen med god helse. Det er flere med god helse og god økonomi som har vært hos fysioterapeut siste år.

Figur 2.28 Andel med god helse som har vært hos fysioterapeut i løpet av 12 måneder. Alder og kjønn etter husholdningsinntekt, 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Det kan se ut til at det er en liten økning i bruk av fysioterapitjenester i de høyeste inntektsgruppene fra 2015 til 2019.

Figur 2.29 Andel 16 år og over som har vært hos fysioterapeut i løpet av 12 måneder etter husholdningsinntekt, 2015 og 2019

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

2.7. Ernæringsfysiolog

I motsetning til hva man skulle tro, gitt fokus på kosthold og levevaner de siste årene, kan det se ut til at bruk av ernæringsfysiolog eller kostholdsveileder er lite utbredt i befolkningen målt gjennom utvalgsundersøkelser. I henhold til levekårsundersøkelsen om helse fra 2019 hadde kun 2 prosent vært hos ernæringsfysiolog eller kostholdsveileder siste 12 måneder. Dette var et nytt spørsmål i levekårsundersøkelsen om helse i 2019.

I 2019 hadde

- 2 prosent menn og 3 prosent kvinner,
- 2 prosent 16-44 år og 2 prosent 45 år og eldre,
- 6 prosent med svekket helse og 1 prosent med god helse vært hos ernæringsfysiolog eller kostholdsveileder.

Levekårsundersøkelsen om helse 2019

Har du i løpet av de siste 12 måneder vært hos ernæringsfysiolog eller kostholdsveileder?

8 prosent med høy inntekt og 4 prosent av dem med lav inntekt har vært hos ernæringsfysiolog/kostholdsveileder i løpet av en 12 måneders periode. Det er flere med svekket helse som har vært hos ernæringsfysiolog. Hele 11 prosent i den høyeste inntektsgruppen med svekket helse har vært hos ernæringsfysiolog eller kostholdsveileder siste år.

2.8. Tannhelse og behov for tannlegetjenester

Tannhelsetjenester for personer over 20 år finansieres av den enkelte, og dette vurderes som en hovedforklaring på den sosiale gradienten man finner i bruken av tjenesten. En overveiende stor andel av befolkningen sier at de har god tannhelse, 78 prosent. I 2015 hadde 77 prosent god tannhelse.

I 2019 sier

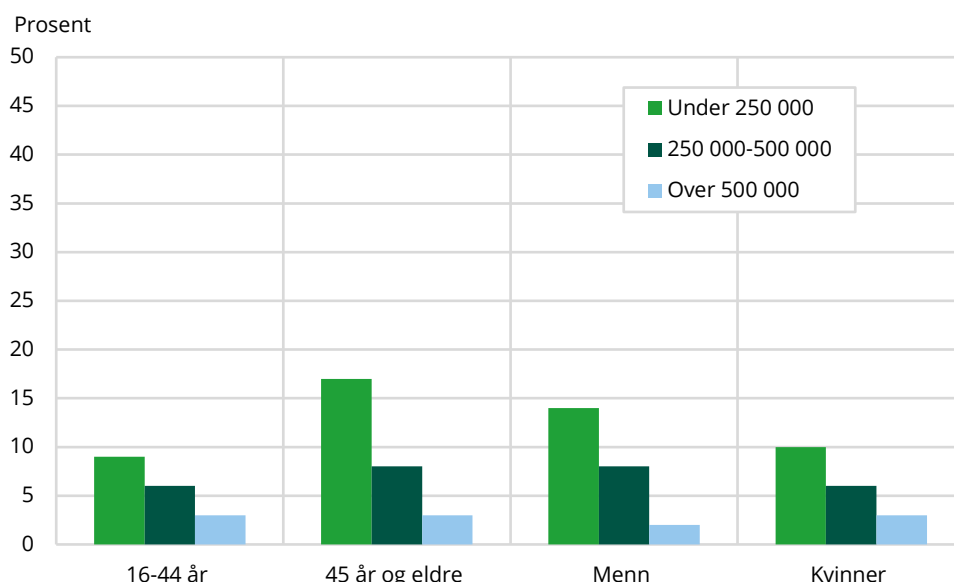
- 77 prosent menn og 80 prosent kvinner,

- 79 prosent 16-44 år og 77 prosent 45 år og eldre,
- 24 prosent med svekket helse og 82 prosent med god helse at de har god tannhelse.

Levekårsundersøkelsen om helse 2019

Hvordan vurderer du tannhelsen din? *Tenner og tannkjøtt.* Vil du si at den er svært god, god verken god eller dårlig, dårlig, eller svært dårlig?

Figur 2.30 Andel 16 år og over med dårlig tannhelse. Alder og kjønn etter husholdningsinntekt, 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Ser vi på grupper som sier at de har dårlig tannhelse er det 10 prosentpoengs forskjell etter utdanning mellom laveste og høyeste utdanningsnivå. Mens 12 prosent med grunnskoleutdanning har dårlig tannhelse, sier 2 prosent med høy utdanning at de har dårlig tannhelse. Det er samme forskjell dersom vi ser på husholdningsinntekt. Det er flere med dårlig tannhelse i de laveste inntektsgruppene blant menn og blant eldre (45 år og over). I disse gruppene sier 15-17 prosent at de har dårlig eller svært dårlig tannhelse. Dårligst tannhelse er det i grupper med dårlig økonomi. Det er særlig yngre som har dårlig tannhelse og som oppgir at de har et udekket behov for tannhelsetjenester.

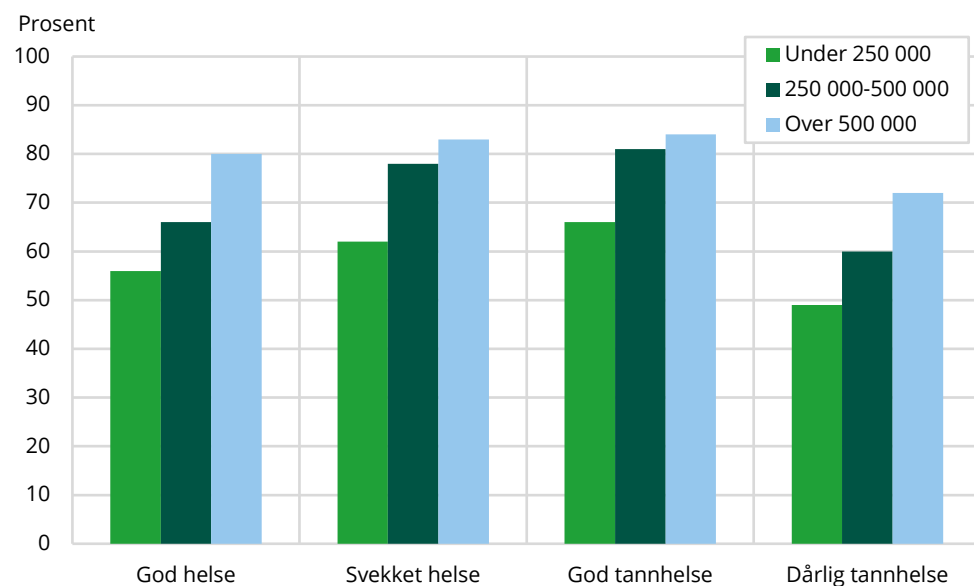
77 prosent av befolkningen 16 år og over har vært hos tannlege siste 12 måneder og 90 prosent har vært hos tannlege i løpet av en to års periode i 2019. Henholdsvis 78 og 91 prosent i 2015.

I 2019 hadde

- 74 prosent menn og 79 prosent kvinner,
- 69 prosent 16-44 år og 83 prosent 45 år og eldre,
- 66 prosent med svekket helse og 77 prosent med god helse vært hos tannlege siste år.

Levekårsundersøkelsen om helse 2019

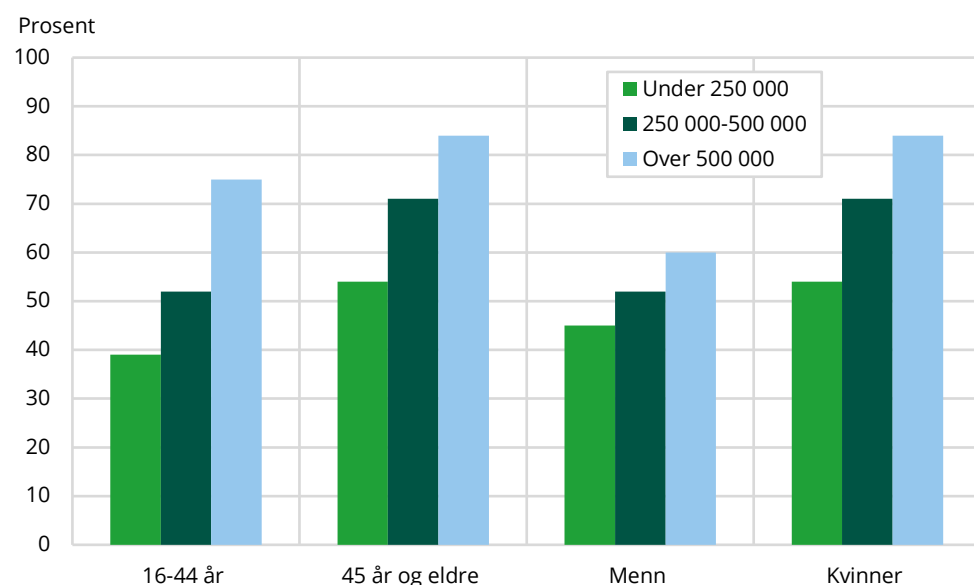
Når var du sist hos tannlege. Er det mindre enn 6 måneder siden, 6-12 måneder siden, 1-2 år siden, mer enn 2 år siden, eller aldri? *Regn med reguleringstannlege. Ikke regn med tilfeller der du fulgte barn, ektefelle eller andre.*

Figur 2.31 Andel 16 år og over som har vært hos tannlege i løpet av 12 måneder. Helsetilstand etter husholdningsinntekt, 2019

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Inntekt er en langt bedre indikator på sosioøkonomiske forskjeller i tannlegebruk enn utdanning. Her er imidlertid ikke besøk hos tannpleier med, og en del benytter slike tjenester for å følge opp tannhelsen. Tannlegebesøk gir dermed ikke et fullstendig bilde av hvordan tjenesten brukes.

I og med at det ikke finnes refusjonsordninger for tannlegebehandling for voksne, med mindre det foreligger spesielle behov eller særskilte sykdommer, vil tannlegeutgiftene være en vesentlig utgiftspost for den enkelte. Det er en sosial gradient i om man har vært hos tannlege siste år etter husholdningens inntektsnivå, uavhengig av helsetilstand. Det er også flest i lavinntektshushold som har unnlatt å gå til tannlege til tross for behov for tannlegebehandling.

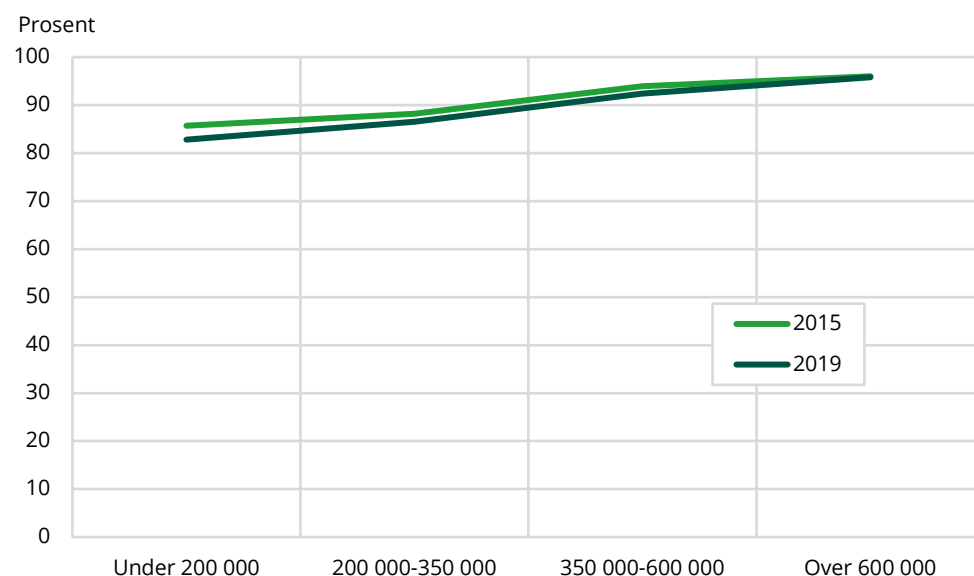
Figur 2.32 Andel med svekket helse som har vært hos tannlege i løpet av 12 måneder. Alder og kjønn etter husholdningsinntekt, 2019

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

I grupper med svekket helse er det en klar sosial gradient etter husholdningsinntekt i tannlegebesøk siste år, både blant kvinner og menn og etter alder.

Med forbehold om tilfeldige variasjoner kan det se ut som det har vært en nedgang av bruk av tannlegetjenester i lavere inntektsgrupper fra 2015 til 2019.

Figur 2.33 Andel 16 år og over som har vært hos tannlege i løpet av 12 måneder etter husholdningsinntekt, 2015 og 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

2.9. Bruk av helsetjenester i utvalgte grupper

Her ser vi på ulike grupper med gitte kjennetegn og deres helsetilstand og bruk av helsetjenester. Gruppene vil til dels være overlappende. Det handler om grupper etter landbakgrunn, bostatus, arbeidsstatus mv.

Personer med landbakgrunn fra «øvrigt land» dvs. ikke Norge, er en ung gruppe. 70 prosent i denne gruppen er under 45 år. Her er også andelen med grunnskoleutdanning høyere enn i befolkningen generelt, og inntektsnivået er lavere. At de er unge reflekteres i at en høy andel sier at de har god helse (86 prosent). Imidlertid er andelen med psykiske plager høyere enn for dem med norsk landbakgrunn. De bruker helsetjenester i mindre grad. Særlig gjelder dette fysioterapi. De har dårligere tannhelse, og en lavere andel enn i befolkningen i stort har vært hos tannlege siste år.

I grupper av aleneboende er alders- og kjønns- og utdanningsprofilen lik befolkningen ellers. De har imidlertid lavere inntekt. De har dårligere helse enn befolkningen. 19 prosent har svekket helse og 14 prosent har psykiske plager. Aleneboende bruker allmennlegen/fastlegen som andre, men en noe lavere andel har vært hos spesialist i løpet av en 12 måneders periode. Og en noe høyere andel har hatt døgnopphold på sykehus (13 prosent), mens en lavere andel har hatt dagopphold på sykehus i løpet av en 12 måneders periode. Psykiske plager er mer utbredt blant dem som bor alene, og en høyere andel aleneboende har vært hos psykolog sammenliknet med befolkningen generelt.

Det er flest unge som bor i lavinntekts-hushold, det er husholdninger med husholdningsinntekt under 60 prosent av medianinntekten i befolkningen. Det er en noe høyere andel kvinner enn menn og de fleste har grunnskole- og videregående utdanning. Mange har god helse, men en høyere andel enn i befolkningen generelt

har psykiske plager. De har en helsetjenestebruk lik befolkningen, men høyere bruk av helsetjenester som psykolog og psykiater.

Arbeidsledige er aldersmessig en ung gruppe og det er flest menn. Litt over halvparten av arbeidsledige har kun grunnskoleutdanning. Dette er en liten gruppe og tallene blir dermed usikre. En relativt høy andel i denne gruppen sier at de har god helse (71 prosent). Imidlertid har en av fem psykiske plager. Sammenliknet med de som er i jobb har en langt høyere andel svekket helse (22 vs. 8 prosent). De bruker sykehus tjenester som de som er i jobb, men bruker andre helsetjenester i mindre grad, med unntak av psykolog. 16 prosent av arbeidsledige har vært hos psykolog i løpet av en 12 måneders periode, kun 5 prosent av yrkesaktive.

Gruppen av uføre er i stor grad eldre 45 år og eldre og to av tre er kvinner. Halvparten har kun grunnskoleutdanning. Uførhet er nært knyttet til sykdom og kun 22 prosent av dem sier at helsen er god, 62 prosent har svekket helse, 35 prosent har psykiske plager og 23 prosent har dårlig tannhelse. De bruker helsetjenester i langt større grad enn befolkningen generelt. Særlig gjelder dette spesialisthelsetjenester, men også de øvrige helsetjenestene som inngår her.

Alderspensjonister/AFP. Dette er åpenbart kun eldre, og noe flere kvinner enn menn. De fleste har videregående utdanning. De fleste har god helse (70 prosent), men 19 prosent sier at de har svekket helse. Tannhelsen er som i befolkningen ellers. Kun 5 prosent sier at de har psykiske plager, sammenliknet med en andel på 10 prosent i befolkningen ellers. Til tross for god helse er de aktive brukere av helsetjenestene, da med unntak av psykiatriske helsetjenester.

2.10. Oppsummert

Eldre 45 år og over med lav utdanning har dårligst helse og bruker mest helse-tjenester. Tjenestebruken er både større og har sterkere sammenheng med utdanningsnivå og inntekt sammenliknet med yngre grupper. Kvinner bruker helsetjenester i større grad enn menn. Forskjellene mellom utdannings- og inntektsgruppene blir mindre når vi bruker svekket helse som behovsmål.

I grupper med svekket helse er det mindre forskjeller mellom utdanningsgruppene for de fleste tjenestene. Størst forskjeller er det i grupper over 45 år. Blant yngre er forskjellene i helsetjenestebruk etter utdanning mindre markert. Ved flere gangers bruk av de fleste av tjenestene svekkes sammenhengen med utdanning og inntekt vesentlig. Det gjelder ikke for bruk av tannlegetjenester.

Det er særlig kvinner og unge med svekket helse som har vært hos allmennlege/fastlege. I denne gruppen er det en klar omvendt gradient i bruk av denne tjenesten. Tallene for menn og personer 45 år og eldre med svekket helse er lavere og forskjellene etter utdanning er mindre.

Det er en omvendt sosial gradient i andelen som har hatt døgnopphold på sykehus for alle grupper med svekket helse med unntak av menn. Det er liten forskjell etter utdanning blant menn. Høyest andel er det blant kvinner og grupper 45 år og over med svekket helse og lav utdanning. For flere opphold er det også en omvendt sosial gradient etter utdanning i grupper med svekket helse.

Det er flest med høyere utdanning og svekket helse som har hatt dagopphold på sykehus. De har også hatt flere opphold. Det er en sosial gradient etter utdanning i dagopphold blant menn og grupper 45 år og over med svekket helse, men ikke blant kvinner og yngre med svekket helse. Særlig liten bruk er det blant menn og personer 45 år og over med svekket helse og lav utdanning.

Legespesialist brukes i høy grad av alle grupper uavhengig av helsetilstand. Det er imidlertid en klar sosial gradient i bruken etter utdanning og etter husholdningsinntekt, med unntak av unge. Det er ingen forskjeller i flere gangers bruk av legespesialist. Det er kvinner og personer 45 år og over med svekket helse og høy utdanning/husholdningsinntekt som bruker tjenesten mest, mens menn og personer 45 år og over med svekket helse og lav utdanning/husholdningsinntekt bruker tjenesten minst. Grupper med god helse bruker også tjenesten i stor grad og det er en sosial gradient etter husholdningsinntekt.

Kvinner og unge har i større grad psykiske plager enn andre, og det er en sosial gradient etter utdanning. Størst forekomst er det i grupper med lav utdanning. Det er også flest unge og kvinner med svekket helse som har vært hos psykolog. Menn med svekket helse og lav utdanning og kvinner med svekket helse og høy utdanning har i størst grad vært hos psykolog.

Mange bruker fysioterapeut uavhengig av helsetilstand. Det er kvinner, personer 45 år og over og grupper med svekket helse som bruker tjenesten mest. Det er en sosial gradient etter utdanning, men ikke veldig tydelig. Gradienten blir mer markert målt etter husholdningsinntekt, men størst forskjeller er det i grupper med god helse.

Flere med svekket helse har vært hos ernæringsfysiolog/kostholdsveileder, og det er flere med høy husholdningsinntekt enn lav husholdningsinntekt som har brukt tjenesten i løpet av en 12 måneders periode.

Det er en sosial gradient i tannhelse i befolkningen, uavhengig av kjønn og alder etter inntekt. Det er også en sosial gradient i tannlegebruk. I grupper med svekket helse er det en helt klar sosial gradient etter inntekt om man har vært hos tannlege eller ikke. Lavest andeler er det blant unge og blant menn med svekket helse og lav utdanning.

3. Hvem har et udekket behov for helsehjelp?

I dette kapitlet vil vi se nærmere på udekket behov for følgende helsetjenester: lege- og legespesialist, tannlege og psykolog og psykiater. I og med at Norge har et godt utbygget offentlig helsevesen, gir det grunn til å tro at dette ikke er noe stort problem. I det offentlige betaler pasienten en fast egenandel som er bestemt av staten, noe som bidrar til billigere legetjenester. Videre har vi krav på hjelp innenfor rimelig tid, og dette vil ofte være avhengig av hvor alvorlig problemet antas å være. Økonomien skal ikke påvirke muligheten til å følge opp et helseproblem, f.eks. få utført en operasjon, noe som kan være tilfellet i land hvor det offentlige helsevesenet er dårlig utbygget og/eller har lav kapasitet.

Det er et mål at folk skal ha lik tilgang til helsehjelp uavhengig av økonomi, status og bakgrunn, men tilgangen til helsetjenester kan avhenge av hvilken type tjeneste det er snakk om. Fastlegeordningen har medført at de fleste som ønsker det har en fast allmennlege de kan kontakte ved behov, men slik er det ikke med for eksempel psykolog og psykiater. For å få hjelp av disse, trengs en henvisning og ventetid er ikke uvanlig.

I Norge er 72 prosent av alle tannlegeårsverkene i privat sektor (Tannhelsetenesta, SSB 2021). Det er bare prioriterte grupper som har rett til gratis eller redusert pris på tannbehandling. Dette kan også påvirke etterspørselen og hvem som får dekket sine behov for tjenesten. Barn har f.eks. rett på gratis tannbehandling, men tannregulering er ikke en del av det offentlige tanntilbudet, og barna henvises videre til en kjeveortoped eller reguleringsspesialist. Hvor mye det koster varierer etter et takst-system, dermed kan foreldrenes inntekts- og utdanningsnivå påvirke hva slags behandling barnet får (Ekornrud, Skjøstad og Texmon, 2019).

Som i resten av rapporten, vil vi også her vise tallene etter ulike grupper i samfunnet, og noen av disse gruppene vil kunne overlappe, man kan f.eks. både ha lav inntekt og svekket helse. Statistisk sentralbyrå har tidligere gjort analyser av udekket behov for tannlegetjenester (Ekornrud og Jensen, 2013 og Ekornrud og Skjøstad, 2016) hvor blant annet arbeidstilknytning har vist seg å være en god forklaringsvariabel. Fokuset vil hovedsakelig ligge på hva som kjennetegner dem som har et selvrapportert udekket behov for helsehjelp.

3.1. Udekket behov for allmennlegetjenester

I 2019 hadde

- 8 prosent menn og 9 prosent kvinner,
- 13 prosent 16- 44 år og 6 prosent 45 år og eldre,
- 19 prosent med svekket helse og 7 prosent med god helse et udekket behov for legetjenester.

I 2019 oppga 75 prosent av befolkningen at de hadde vært en eller flere ganger hos en allmennlege, og størst var andelen blant de eldste eldre. Men det er fortsatt 9 prosent som oppgir at de har hatt behov for time, men likevel ikke tatt kontakt – og dette er omtrent samme andel som i 2015. Som i siste undersøkelse, er det ni av ti som får dekket sine behov for legehjelp, men andelen med et såkalt udekket behov varierer mye mellom ulike grupper i befolkningen, fra 4 til 29 prosent. Den høyeste andelen finner vi blant personer med psykiske plager, og her er andelen fire ganger høyere enn blant personer uten slike plager. Det er også andre grupper som utpeker seg, for eksempel personer med svekket helse og uføre.

Tabell 3.1 Andel 16 år og over som ikke har tatt kontakt med lege eller legespesialist til tross for behov, samt grunner for ikke å ha tatt kontakt (flere grunner kan oppgis). Etter alder, kjønn, utdanning, husholdningsinntekt, helsetilstand, arbeidsstatus, bostatus og landbakgrunn, 2019

	Udekket behov lege	Har ikke råd	Tar for lang tid å få time	Problemer med transport/ lang vei	Andre grunner	Antall
Alle	9	1	2	1	6	7 879
Menn	8	1	3	1	5	3 952
Kvinner	11	1	2	1	8	3 927
16-44 år	13	2	4	1	8	3 405
45 år og over	6	0	1	0	4	4 474
Grunnskolenivå	10	2	2	1	7	1 713
Videregående nivå	8	1	2	1	6	3 114
Høyere utdanning	10	0	3	0	7	2 891
Under 250 000 kr	14	4	4	1	9	1 005
250 000 - 500 000 kr	9	1	2	1	6	4 685
Over 500 000 kr	8	0	2	0	6	2 189
God helse	7	0	2	0	5	5 559
Svekket helse	19	4	5	2	12	1 092
Psykiske plager	29	6	8	3	18	754
I jobb	10	1	2	1	7	4 766
Arbeidsledig	13	5	5	2	5	155
Student eller verneplikt	13	2	5	1	8	822
Alders- eller AFP-pensjonist	4	0	1	0	3	1 579
Ufør	17	4	3	2	11	441
Hjemmearbeidende eller annet	11	4	3	3	4	116
Bor alene	11	2	3	1	7	1 927
Bor sammen med andre	9	1	2	1	6	5 952
Landbakgrunn Norge	9	1	2	1	6	6 278
Landbakgrunn øvrige land	12	2	4	1	8	1 601

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Av dem som bor alene er det 11 prosent som oppgir et udekket legebehov versus 9 prosent for de som bor sammen med partner og/eller barn. Mens det er 12 prosent blant personer med en annen landbakgrunn¹ enn norsk. Det er en høyere andel blant husholdninger med lav inntekt enn med høy inntekt, mens det bare er små forskjeller etter utdanningsnivå.

Som i forrige rapport (SSB, 2017) som baserte seg på data fra 2015, er det fortsatt forholdsvis små forskjeller mellom kvinner og menn, men de er litt større enn sist, 13 prosent kvinner mot 8 prosent menn. Det er derimot store forskjeller mellom aldersgruppene, hvor yngre oppgir et udekket behov i langt større grad enn voksne og eldre.

Personer i jobb ligger omtrent på gjennomsnittet, mens uføre, arbeidsledige og studenter ligger over snittet. Alders- og AFP-pensjonister ligger godt under gjennomsnittet, her er det bare 4 prosent som sier at de har hatt behov for legetime uten å ta kontakt. Det ser dermed ut til at den aldersgruppen som bruker allmennlegen mest, eldre/pensjonister, sjelden oppgir et udekket behov for legehjelp.

Hvem er det som ikke har bestilt en legetime på tross av behov?

Det kan være en rekke grunner til at folk ikke oppsøker lege selv om de opplever et behov. Noen vil vente og se om ting blir bedre av seg selv, andre kan oppleve at de ikke har tid pga. jobb eller omsorgsforpliktelser, eller at man ikke har en lege man stoler på. Noen vil oppleve at det tar for lang tid å få en timeavtale, at det er lang

¹ Landbakgrunn konstrueres med utgangspunkt i informasjon om fødeland i tre generasjoner – og viser til eget, eventuelt mors, eventuelt fars eller besteforeldrenes utenlandske fødeland. For personer født i utlandet er dette stort sett eget fødeland. Se mer informasjon i kapittel 5.

vei til legen eller vanskelig å komme seg dit (mangel på transport). Det kan også være på grunn av for eksempel legeskrekk. I levekårsundersøkelsen om helse har vi med bare med noen av disse årsakene. Som vist i tabell 3.1 er det stort sett små forskjeller mellom dem. Det er 1 prosent som oppgir å ikke ha råd til legebesøk, og det øker til 6 prosent blant personer med dårlig psykisk helse. Mens det er 2 prosent som mener det tar for lang tid å få en legetime, også her finner vi flest blant dem med psykiske plager, yngre (16-44 år) og personer med svekket helse.

Det er få som oppgir vansker med transport eller lang vei til legeskontoret som en grunn til ikke å ha oppsøkt en lege, 1 prosent. Her er det lave andeler for alle de ulike gruppene, men noen flere blant dem med psykiske plager og blant hjemmearbeidende (3 prosent). Høyest andel finner vi i «andre grunner»-gruppen (6 prosent), som vil omfatte blant annet dem som vil vente og se eller som har legeskrekk, eller som ikke har tid til et legebesøk. Her varierer andelene mellom 3 prosent for pensjonistene, til 18 prosent for personer med psykiske plager.

I levekårsundersøkelsen om helse fra 2015 var knapphet på tid på grunn av arbeid eller omsorgsforpliktelser, også et alternativ til at man ikke oppsøkte legen til tross for et opplevd behov, og 3 prosent oppga dette som årsak. Siden vi ikke stiller spørsmål om mangel på tid til å oppsøke en lege lenger, inngår dette nå i «andre grunner». Dette kan forklare en liten økning i denne gruppen, fra 4 prosent i 2015 til 6 prosent i 2019. Ellers er det små endringer fra forrige undersøkelse i grunner til udekket behov for legehjelp.

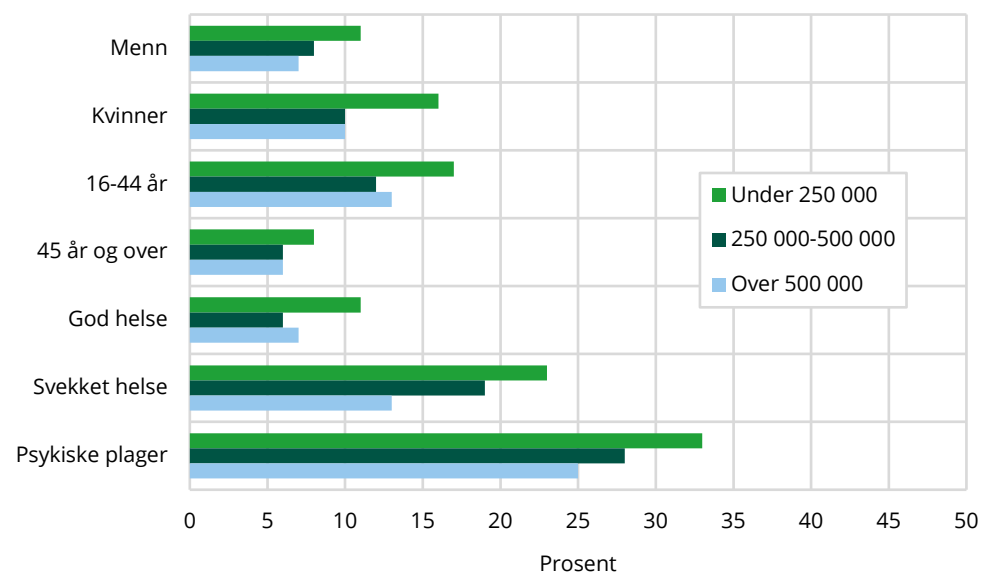
Men ikke alle har råd til et legebesøk

Selv om det bare er 1 prosent av befolkningen over 16 år som sier at de har latt være å gå til legen pga. dårlig råd, varierer dette mye mellom ulike sosiale grupper. Ser vi kun på dem som har oppgitt et udekket behov for legehjelp, utgjør de med dårlig råd 11 prosent, mot 12 prosent i 2015. Det er flere kvinner enn menn, og flere yngre enn eldre. Det er også en tydelig forskjell etter utdanning, det gjelder 17 prosent av dem med grunnskole utdanning, mot 5 prosent blant dem med en høyere utdanning. Det er også stor forskjell etter husholdningsinntekt; 27 prosent av dem som tilhører et hushold i den laveste inntektsgruppen oppgir dårlig råd som grunn, mot 2 prosent av personene i hushold som tilhører den høyeste inntektsgruppen. Se flere tall i vedleggstabell B1.

Fortsatt en sosial gradient for dem med svekket helse

Andelen med et udekket behov for legehjelp er størst i den laveste inntektsgruppen, og synker med økende inntekt som vist i figur 3.1. Det er snakk om en sosial gradient for noen av gruppene, men trenden er ikke like tydelig som i 2015. Som i forrige undersøkelse, er det flere med svekket helse enn med god helse som har et udekket legebehov, og flest finner vi i den laveste inntektsgruppen. Den høyeste andelen finner vi blant personer med psykiske plager, her har en av tre i lavinntektsgruppen rapportert om et behov for lege, men uten å ta kontakt.

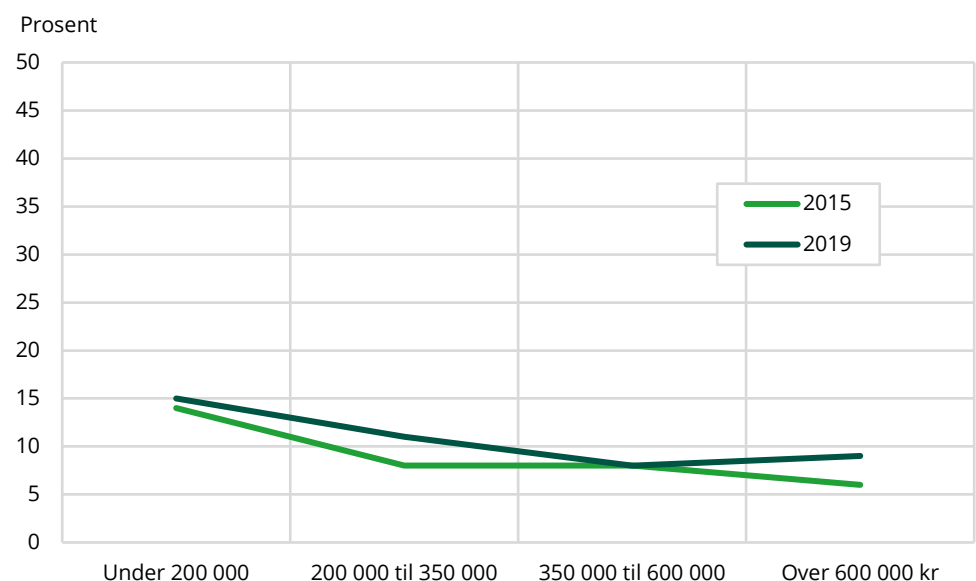
Figur 3.1 Andel 16 år og over med udekket behov for allmennlege eller legespesialist. Alder, kjønn og helsetilstand etter husholdningsinntekt, 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Det er liten endring over tid for selvrapportert udekket behov for legetjenester etter inntektsgrupper, men det kan se ut til at enkelte inntektsgrupper i begge endene av skalaen opplever et litt større udekket behov i 2019, enn i 2015.

Figur 3.2. Andel 16 år og over med udekket behov for allmennlege eller legespesialist etter husholdningsinntekt, 2015 og 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Råd til å hente ut resepter?

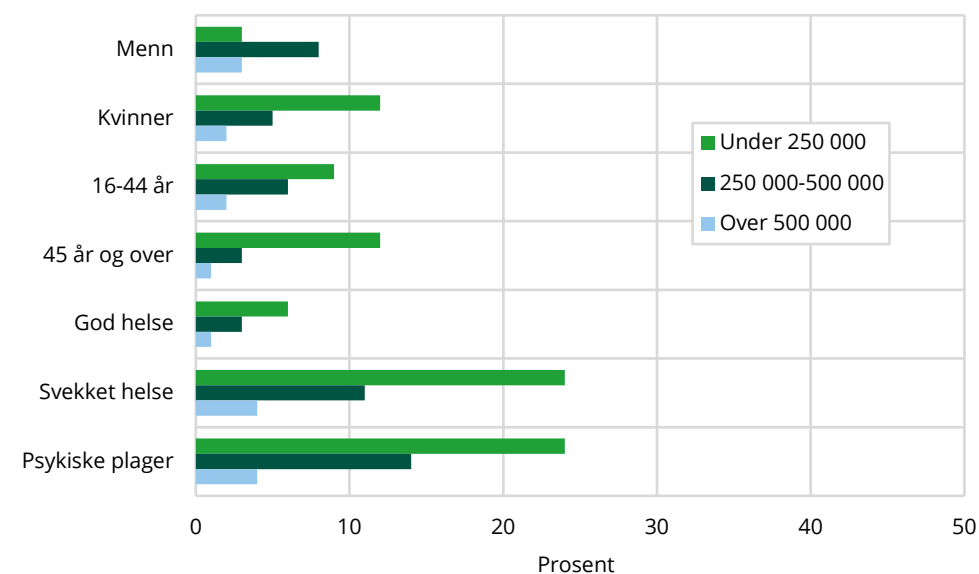
I 2019 hadde

- 3 prosent menn og 6 prosent kvinner,
- 6 prosent 16-44 år og 3 prosent 45 år og over,
- 12 prosent med svekket helse og 3 prosent med god helse ikke hatt råd til å hente ut reseptbelagte medisiner.

I 2019 var det 4 prosent som oppga at de hadde unnlatt å hente ut medisiner på apotek fordi de ikke hadde råd, i 2015 var det 3 prosent som oppga det samme. Det er flere fra husholdninger med lav inntekt og med lavt utdanningsnivå, som sier at de har latt være å hente ut medisiner til tross for at de hadde resept fra lege. Det er også flere kvinner enn menn og flere yngre enn eldre (se flere andeler i vedleggstabell B4).

Vi kan se en sosial gradient etter inntekt for samtlige grupper i figur 3.3, med unntak av menn. Som vist i figuren er det flest som har unnlatt å hente ut medisiner blant personer med svekket fysisk eller psykisk helse i den laveste inntektsgruppen, omtrent en av fire.

Figur 3.3 Andel 16 år og over som ikke har hatt råd til å hente ut reseptmedisiner på apotek/medisinutsalg. Alder, kjønn og helsetilstand etter husholdningsinntekt, 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Det kan se ut til at det er en viss økning over tid hos enkelte grupper i perioden 2015 til 2019. Blant annet er det noen flere med svekket helse i 2019 som oppgir at de ikke har råd til å hente ut resepter, slik er det også for uføre og arbeidsledige, og det er særlig i den laveste inntektsgruppen vi ser en økning. Men siden det er få personer som i utgangspunktet har svart at de har unnlatt å hente ut medisiner, og disse blir delt opp i ulike undergrupper igjen, så medfører det at det blir en viss usikkerhet forbundet med disse andelenene.

3.2. Udekket behov for tannlegetjenester

Mens behov for legetjenester, psykolog eller fysioterapeut i mange tilfeller vil kunne dekkes via behandling utført i den offentlige helsetjenesten, hvor man betaler en egenandel per besøk, må de fleste grupper i samfunnet betale for tannhelsetjenestene sine selv.

Tannhelsetjenesten i Norge er todelt, med en offentlig og en privat del, hvor den offentlige delen av tjenesten tilbyr gratis eller subsidierte tjenester til prioriterte grupper av befolkningen. Barn 0 – 18 år har f.eks. rett på gratis tannbehandling hos skoletannlegen, og ungdom 19 til 20 år får dekket 75 prosent av utgiftene til tannbehandling samme sted. Mens voksne over 20 år ikke har rett på subsidiert tannbehandling, unntaket er personer med visse utvalgte sykdommer og personer på institusjon. I og med at folk flest må betale hele undersøkelsen og evt.

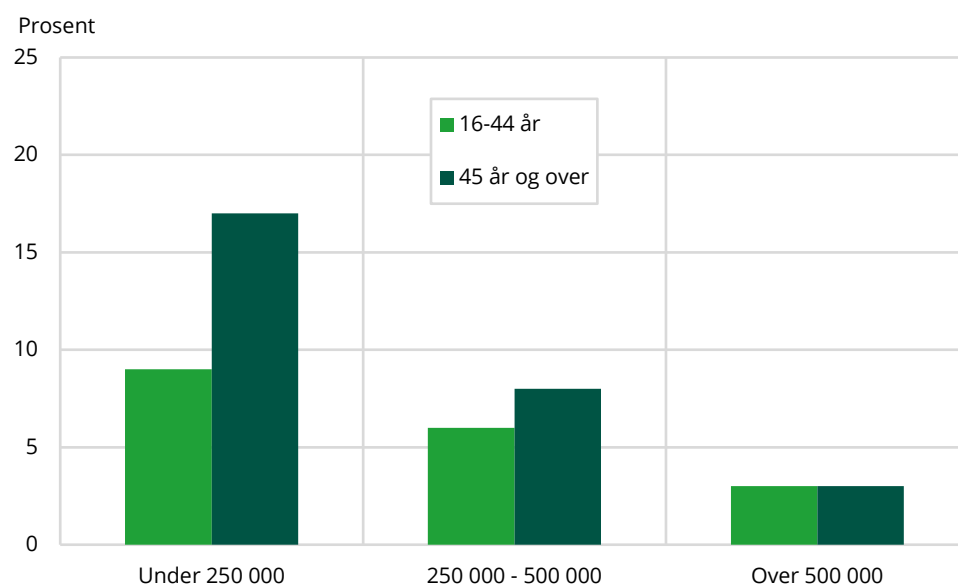
behandling selv, kan vi forvente å se en noe høyere andel udekket behov grunnet økonomi.

I 2019 hadde

- 8 prosent menn og 8 prosent kvinner,
- 12 prosent 16-44 år og 5 prosent 45 år og over,
- 22 prosent med svekket helse og 5 prosent med god helse et udekket behov for tannlegetjenester.

Mange sier at de har god tannhelse. Det er 78 prosent som oppgir god eller svært god egenvurdert tannhelse i 2019, videre er det 76 prosent som har vært hos tannlegen i løpet av en 12 måneders periode. Men en del lever med dårlig tannhelse, og andelen øker med økende alder. Det er også slik at andelen varierer etter inntektsnivå, og personer fra hushold med lav inntekt har vesentlig dårligere tannhelse enn personer fra hushold med høy husholdningsinntekt.

Figur 3.4 Andel med dårlig tannhelse. Alder etter husholdningsinntekt, 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Som vist i figur 3.4 er det 17 prosent av personene i gruppen med lavest inntekt som oppgir dårlig tannhelse i aldersgruppen over 44 år, og andelen med dårlig tannhelse synker for begge aldersgrupper og ligger på 3 prosent i den høyeste inntektsgruppen. Dette er samme fordeling som i 2015-undersøkelsen, og andelen er nesten like i de to undersøkelsene.

Ikke alle har råd til å fullføre en kostbar tannbehandling

For folk flest koster det penger å gå til tannlegen, enten det kun er snakk om en årlig kontroll, eller man trenger å få utført en behandling eller tannreparasjon av noe slag. Et nytt spørsmål fra 2019-undersøkelsen ser nærmere på om man opplever at man har råd til å fullføre en tannbehandling

Levekårsundersøkelsen om helse 2019

Har det noen gang hendt at du ikke har gjennomført en tannbehandling du trenger, eller bare har gjort deler av behandlingen, fordi det ville blitt for dyrt?

På dette spørsmålet svarte 17 prosent ja, og vi kan se en tydelig sosial gradient etter inntekt. 27 prosent av dem i den laveste inntektsgruppen, mot 9 prosent i den høyeste gruppen har unnlatt å gjennomføre eller fullføre en tannbehandling pga. prisen. Videre er det særlig mange blant arbeidsledige (37 prosent), men også mange uføre, og personer med nedsatt psykisk og/eller fysisk helse som svarer dette. Kjønnforskjellene er små, men det er en forskjell etter alder. Det er flere under 45 år enn over, som oppgir at de har valgt å takke nei til tannbehandling på grunn av prisen, 20 vs. 13 prosent.

En av fire med psykiske plager har et udekket behov for tannlegehjelp

Det er 8 prosent som har hatt behov for å oppsøke en tannlege siste året, men som likevel har unnlatt å ta kontakt (se tabell 3.2). Det er omtrent samme andel som i 2015, hvor det var 7 prosent. Som i forrige undersøkelse er det ingen forskjeller etter kjønn, men store forskjeller etter alder. Det er mer enn dobbelt så mange unge som ikke har tatt kontakt med tannlege, enn voksne og eldre, henholdsvis 12 og 5 prosent. Det er litt flere blant dem med utdanning på grunnskolenivå, men ellers små forskjeller etter utdanning. Det er derimot klare forskjeller etter husholdningens inntekt.

Tabell 3.2 Andel 16 år og over som ikke har tatt kontakt med tannlege til tross for behov, samt grunner for ikke å ha tatt kontakt (flere grunner kan oppgis). Alder, kjønn, utdanning, husholdningsinntekt, helsetilstand, arbeidsstatus, bostatus og landbakgrunn, 2019

	Udekket behov tannlege	Har ikke råd	Tar for lang tid å få time	Problemer med transport/ lang vei ¹	Andre grunner	Antall
Alle	8	5	1	0,4	4	7 879
Menn	8	4	1	0,5	4	3 952
Kvinner	8	5	1	0,3	4	3 927
16-44 år	12	7	1	0,7	6	3 405
45 år og over	5	2	1	0,2	2	4 474
Grunnskolenivå	11	7	0	0,9	5	1 713
Videregående nivå	7	4	1	0,2	3	3 114
Høyere utdanning	7	3	1	0,3	3	2 891
Under 250 000 kr	16	11	1	1,2	7	1 005
250 000 - 500 000 kr	8	5	1	0,2	4	4 685
Over 500 000 kr	4	1	1	0,3	3	2 189
God helse	5	2	1	0,2	2	5 559
Svekket helse	22	15	1	1,3	9	1 092
Psykiske plager	22	15	1	1,1	8	754
I jobb	9	5	1	0,3	4	4 766
Arbeidsledig	18	13	0	0,8	7	155
Student eller verneplikt	10	5	1	0,7	6	822
Alders- eller AFP-pensjonist	2	1	0	0,2	1	1 579
Ufør	17	11	1	0,7	6	441
Hjemmearbeidende eller annet	10	10	-	1,1	0	116
Bor alene	10	5	0	0,5	5	1 927
Bor sammen med andre	8	4	1	0,4	3	5 952
Landbakgrunn Norge	7	4	1	0,4	4	6 278
Landbakgrunn øvrige land	12	7	1	0,6	5	1 601

¹ Transportproblemer er oppgitt med en desimal pga. små tall.

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Den høyeste andelen med et udekket behov for tannlege finner vi blant dem som har svekket helse og blant dem som sliter psykisk, her er det 22 prosent som har unnlatt å ta kontakt med en tannlege til tross for at de har hatt behov. Når vi ser på arbeidstilknytning, er det store forskjeller mellom de ulike gruppene. Fra bare 2 prosent blant pensjonistene, til 18 prosent blant arbeidsledige og 17 prosent blant uføre.

Mange har ikke råd til å gå til tannlegen

Over halvparten av dem som har unnlatt å oppsøke en tannlege til tross for behov for time, oppgir dårlig råd som grunn. Disse utgjør 5 prosent av befolkningen (16 år og over), og andelen har gått litt opp, fra 3 prosent i 2015. Gruppen «andre grunner» er også stor, 4 prosent, og her vil nok mange ulike grunner inngå, blant annet de som opplever at de ikke har tid til et tannlegebesøk, disse utgjorde 2 prosent i forrige undersøkelse². Det er også ganske mange som misliker å gå til tannlegen eller lider av såkalt tannlegeskrekk, som havner her. Odontofobi er en diagnose som må settes av en psykolog eller psykiater, og som innebærer reell angst for tannlegebehandling. Odontofobi rammer omtrent 3,5 til 5 prosent av befolkningen (Credicare, 2016). Lang ventetid på tannlegetime eller lang reisevei/vansker med transport er mindre vanlige grunner til ikke å oppsøke en tannlege ved behov.

Hvis vi bare ser på gruppen som har oppgitt et udekket behov for tannlege (delutvalget), er det dobbelt så mange i den laveste inntektsgruppen som oppgir å ikke ha råd, sammenlignet med den høyeste inntektsgruppen, se vedleggstabell B2. Videre er det litt flere kvinner enn menn, og flere yngre enn eldre. Forskjellene etter utdanningsnivå er ikke så store, men det er en lavere andel blant dem med høyere utdanning som oppgir at de ikke har hatt råd til å gå til tannlegen. Hvis vi ser på arbeidsstatus er det flest blant arbeidsledige og uføre. Dette er grupper som ofte vil ha dårligere råd enn personer i jobb. Færrest finner vi blant pensjonistene, noe som er litt uventet, siden det også i denne gruppen vil være enkelte som har dårligere råd enn andre, som minstepensjonistene.

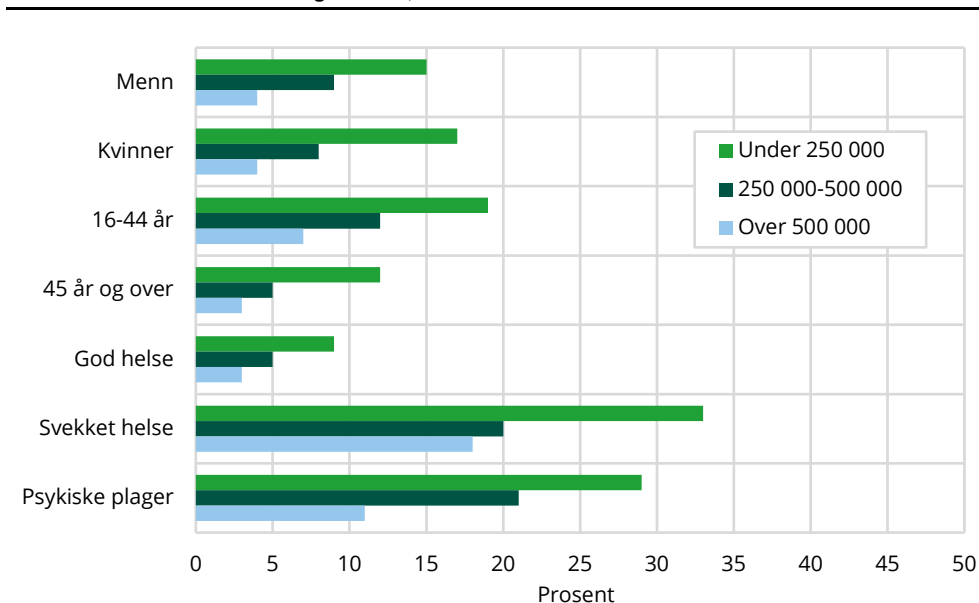
En tydelig sosial gradient i udekket behov for tannlege etter inntekt

Figur 3.5 viser andelen som har et udekket behov for tannlegehjelp etter inntektsgrupper³. Den sosiale gradienten er tydeligere her enn i figur 3.1 for allmennleger, og det kan skyldes at folk flest må betale for hele behandlingen selv, mens hos offentlig ansatte leger og leger med driftsavtale betales det kun en egenandel.

Forskjellene mellom kvinner og menn er forholdsvis små. Mange unge i aldersgruppen 16 til 44 år har oftere et udekket behov enn voksne og eldre (45 år og eldre). Det er personer med svekket helse og personer med nedsatt psykisk helse med lav inntekt som særlig har et udekket behov for tannlege, og andelen varierer mellom 33 og 29 prosent for personene i den laveste inntektsgruppen. Det er stor forskjell mellom personer som anser helsen som god og personer med svekket helse. Det er bare 3 prosent med god helse og høy husholdningsinntekt som oppgir et udekket behov for tannlege.

² Dette svaralternativet er ikke lenger en del av 2019 undersøkelsen.

³ Inntekt etter skatt per forbruksenhet inndelt i tre grupper.

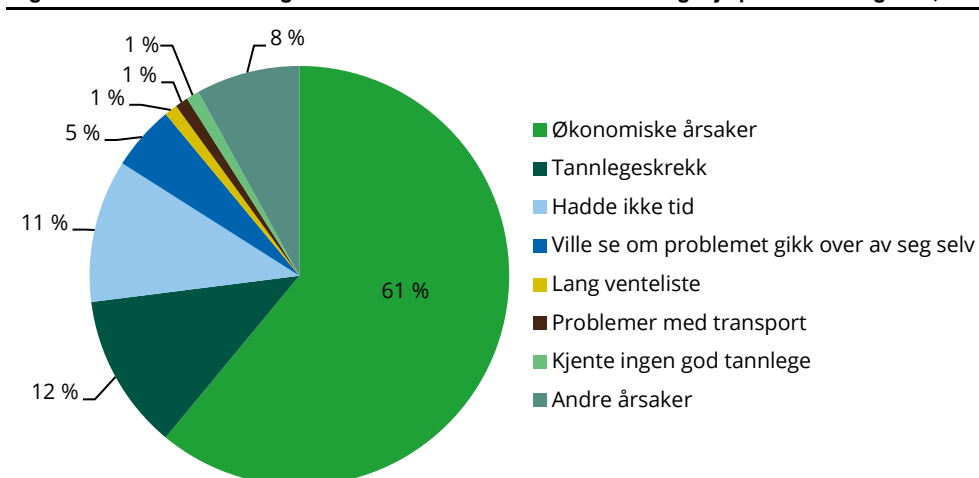
Figur 3.5 Andel 16 år og eldre med udekket behov for tannlege. Alder, kjønn og helsetilstand etter husholdningsinntekt, 2019

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Hva viser andre undersøkelser?

I Statistisk sentralbyrås inntekts- og levekårsundersøkelse (EU-Silc) stilles det også spørsmål om udekket behov for tannlege. Som i levekårsundersøkelsen om helse, er det vanligste svaret at man ikke har oppsøkt tannlege, til tross for behov pga. økonomiske årsaker. Dette er ikke bare den klart vanligste årsaken i Norge, men også i EU-landene.

Siden det inngår langt flere årsaker⁴ i datamaterialet fra EU-Silc undersøkelsene, er det interessant å se hva personene som oppgir et udekket behov for tannlegehjelp svarer på dette spørsmålet. Seks av ti oppgir økonomiske årsaker som hovedgrunn til at man ikke har vært hos tannlegen siste året, til tross for behov. Videre er både tannlegeskrekke og mangel på tid vanlige grunner til et udekket tannlegebehov. En del ønsker å se om problemet går over av seg selv (5 prosent), mens svært få lar være å gå til tannlegen på grunn av ventelister eller problemer med transport (1 prosent).

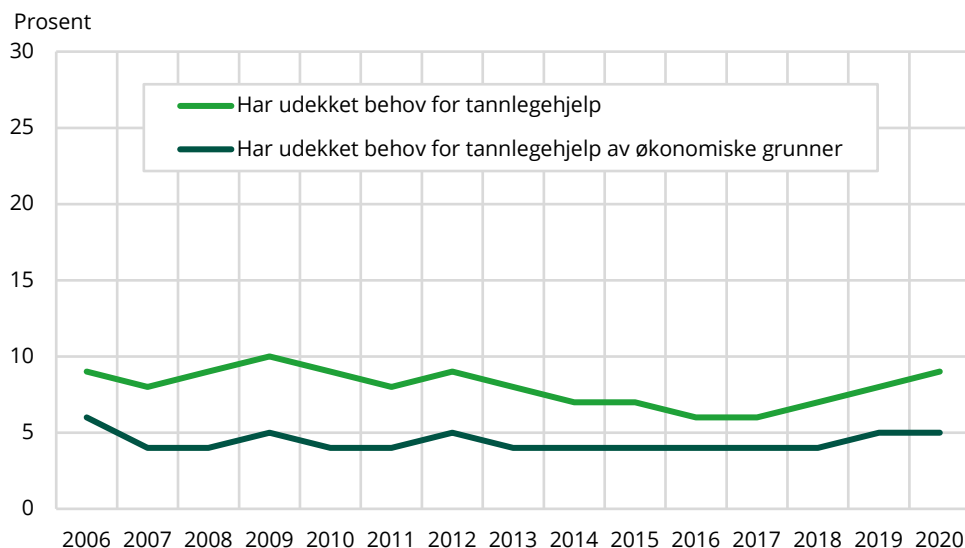
Figur 3.6 Andel 16 år og over med et udekket behov for tannlegehjelp etter hovedgrunn, 2019

Kilde: Inntekts- og levekårsundersøkelsen (EU-Silc), Statistisk sentralbyrå.

⁴ I EU-Silc levekårsundersøkelsene er spørsmålet stilt på en litt annen måte enn i helseundersøkelsen, man skal oppgi hovedgrunn til at man ikke har oppsøkt behandling på tross av behov.

I levekårsundersøkelsen EU-Silc har andelen i befolkningen som oppgir et udekket behov, variert mellom 6 og 10 prosent de siste 15 årene, og ligger i 2020 undersøkelsen på 9 prosent. Her kan vi se en svak økning siden 2017, mens andelen som oppgir økonomiske årsaker til udekket behov har variert mindre, mellom 4 og 6 prosent av befolkningen, og har ligget på 5 prosent de siste to årene. Prosentandelene i EU-Silc 2019 over udekket behov for tannlege, samsvarer helt med andelen hentet fra Levekårsundersøkelsen om helse (EHIS) 2019.

Figur 3.7 Andel 16 år og over med udekket behov for tannlegehjelp og andel som har et udekket behov for tannlege av økonomiske grunner, 2006-2020



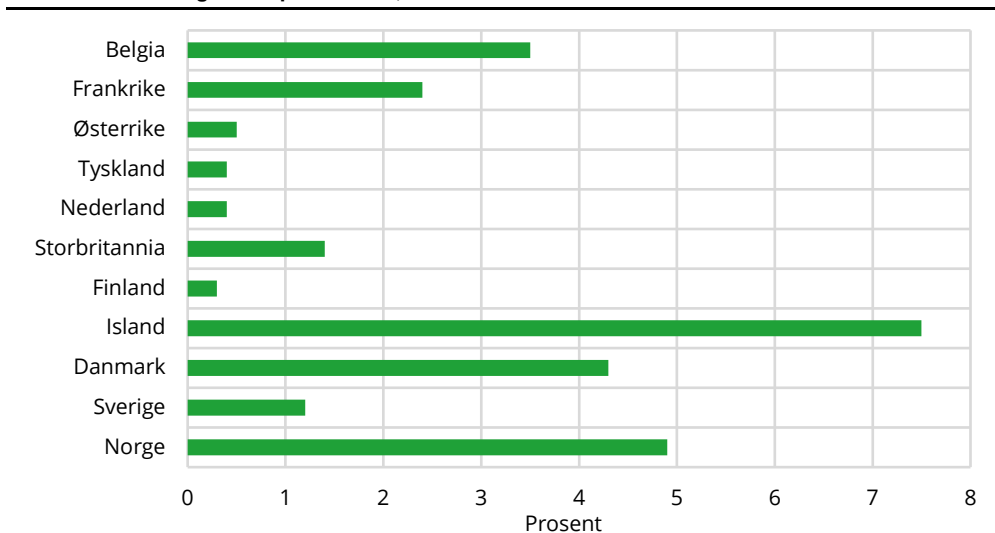
Kilde: Inntekts- og levekårsundersøkelsen EU-Silc, Statistisk sentralbyrå

Det er store forskjeller mellom europeiske land

Eurostat publiserer blant annet tall over udekket behov for tannleger etter økonomi, ventelister og lang vei/transportproblemer. Det er særlig økonomi som slår ut, og som er presentert i figuren under. Som vist i figur 3.8 er det store forskjeller mellom landene, også mellom land som ligner hverandre, i andel som oppgir økonomi som grunn til et udekket behov for tannlege. Island ligger høyest, med 7,5 prosent av befolkningen, mens Finland er nede på 0,3 prosent⁵, også Nederland, Tyskland og Østerrike har svært lave andeler.

Sverige lå lenge på omtrent samme nivå som Norge, men har de siste par årene sunket og ligger nå på 1,2 prosent mot Norges 4,9 prosent av befolkningen. I Sverige finnes det flere støtteordninger for tannbehandling for friske voksne enn i Norge, men også der har man funnet en opphopning av personer med lav inntekt, lav utdanning og personer på ulike trygder, blant dem som ikke har oppsøkt tannlegen (Ekornrud og Skjøstad, 2016).

⁵ I Finland er tannbehandlingen dekket via trygdeordninger, men siden det er lange ventelister i den offentlige helsetjenesten, medfører dette at mange velger eller presses til å benytte seg av private tjenester og dermed betale for tannbehandlingen selv. I Finland er venteliste en vanlig årsak til udekket behov.

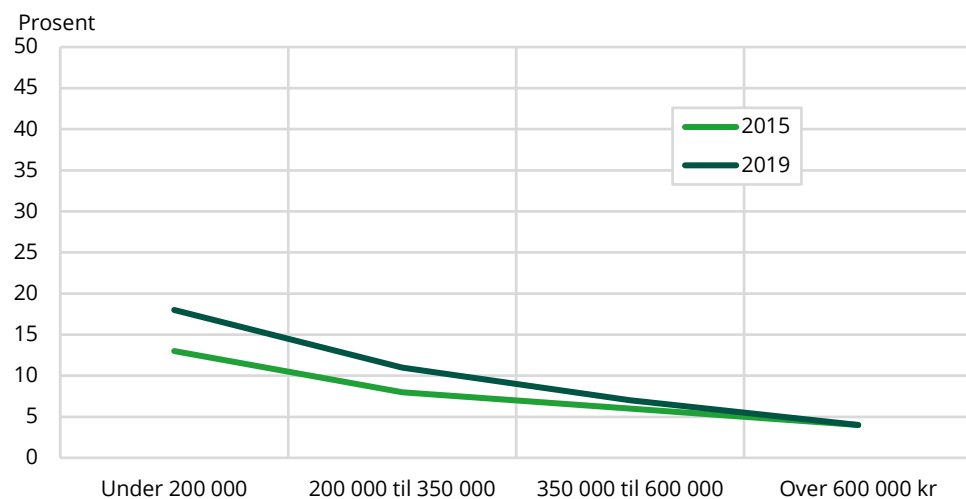
Figur 3.8 Andel som har et udekket behov for tannlege på grunn av økonomi (for dyrt) etter utvalgte europeiske land, 2019

Kilde: Inntekts- og levekårsundersøkelsen EU-Silc, Eurostat

Det finnes også en tredje undersøkelse som samler inn denne typen data, *Commonwealth Fund International Health Policy Survey*, som samler inn data fra 11 land. Der stilles det spørsmål om udekket behov for lege, medisinske tester, medisiner på resept og tannlege på grunn av kostnader (at det er for dyrt). Og her er andelen som rapporterer om udekket behov for tannlege høyere enn i de to andre undersøkelsene, og ligger på 22 prosent i Norge (tall fra 2016). Nivået er også høyt i de andre landene og varierer mellom 11 prosent i New Zealand og Storbritannia og opp til 32 prosent i USA. Men siden måten spørsmålene stilles på og metodikken varierer mellom undersøkelsene, er ikke tallene direkte sammenlignbare.

Endringer over tid

På nasjonalt nivå er det bare små endringer fra 2015, men fordelt etter inntektsgrupper, kan det se ut til at det særlig er i de to laveste inntektsgruppene det har vært en liten økning. Det ble også funnet en nedgang i bruk av tannlegetjenester i lavere inntektsgrupper mellom 2015 og 2019 (se figur 2.32). Det kan således se ut til at færre har vært hos tannlegen og litt flere har et udekket behov for tannlege i de laveste inntektsgruppene i 2019. Med forbehold om en viss usikkerhet i tallene når det deles inn i flere grupper.

Figur 3.9 Andel med et udekket behov for tannlege etter husholdningsinntekt, 2015 og 2019

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

3.3. Udekket behov for psykolog eller psykiater

Ved problemer av mer psykisk natur, enten på grunn av livssituasjoner som samlivsbrudd, sorg eller ulike traumer, eller på grunn av depresjoner eller angst kan det være behov for hjelp av en psykolog eller en psykiater. Psykologer har kunnskap både om normal utvikling og psykiske lidelser, og er en profesjonsutdanning, mens psykiatere er leger med en videreutdanning i utredning og behandling av psykiske lidelser, ofte via medikamentell behandling.

I 2019 hadde

- 2 prosent menn og 6 prosent kvinner,
- 7 prosent 16-44 år og 2 prosent 45 år og over,
- 7 prosent med svekket helse, og 3 prosent med god helse et udekket behov for psykolog eller psykiater.

Det er langt færre som oppgir et udekket behov for psykolog eller psykiater enn for andre tjenester, 4 prosent. I befolkningen generelt er det også færre som i løpet av en 12 måneders periode har vært hos en psykolog (6 prosent) eller psykiater (1 prosent), enn for eksempel tannlege (76 prosent) eller allmennlege (75 prosent). Således er det naturlig at det også er færre som oppgir et udekket behov for disse tjenestene. Samtidig kan vi anta at det kan være noe mer stigmatiserende å gi til kjenne at man har hatt behov for time hos psykolog eller psykiater enn f.eks. tannlege, og at andelen som er oppgitt her kan være noe lav. I 2015 var det 3 prosent som hadde hatt behov for time, men ikke tatt kontakt med psykolog eller psykiater. Andelen er omtrent som i 2015.

Det er flere kvinner enn menn som har udekket behov for psykolog eller psykiater, det er også dobbelt så mange kvinner som menn som har vært hos psykolog siste 12 måneder. Det er flere yngre enn eldre, det er også blant de yngste at det er vanligst å gå til psykolog. Det er for eksempel 13 prosent i aldersgruppen 16-24 år som har vært hos psykolog i løpet av en 12 måneders periode.

Tabell 3.3 Andel 16 år og over som ikke har tatt kontakt med psykolog eller psykiater til tross for behov, og grunner til at de ikke har tatt kontakt (flere grunner kan oppgis). Alder, kjønn, utdanning, husholdningsinntekt, helsetilstand, arbeidsstatus, bostatus og landbakgrunn, 2019

	Udekket behov psykolog/psykiater	Har ikke råd	Tar for lang tid å få time	Problemer med transport/lang vei ¹	Andre grunner	Antall
Alle	4	1	1	0,2	3	7 879
Menn	2	1	1	0,1	2	3 952
Kvinner	6	2	2	0,3	4	3 927
16-44 år	7	2	2	0,3	4	3 405
45 år og over	2	0	0	0,1	1	4 474
Grunnskolenivå	5	1	1	0,4	3	1 713
Videregående nivå	3	1	1	0,2	2	3 114
Høyere utdanning	4	1	1	0,1	3	2 891
Under 250 000 kr	8	3	2	0,5	5	1 005
250 000 - 500 000 kr	4	1	1	0,2	3	4 685
Over 500 000 kr	2	0	1	0,1	1	2 189
God helse	3	1	1	0,2	2	5 559
Svekket helse	7	2	2	0,6	5	1 092
Psykiske plager	22	6	7	1,6	13	754
I jobb	4	1	1	0,2	2	4 766
Arbeidsledig	15	4	5	1,2	7	155
Student eller verneplikt	8	2	2	0,1	5	822
Alders- eller AFP-pensjonist	1	0	0	0,1	0	1 579
Ufør	9	2	2	0,7	7	441
Hjemmearbeidende eller annet	5	3	-	1,1	2	116
Bor alene	6	2	2	0,4	4	1 927
Bor sammen med andre	3	1	1	0,2	2	5 952
Landbakgrunn Norge	4	1	1	0,2	2	6 278
Landbakgrunn øvrige land	5	2	2	0,3	3	1 601

¹ Transportproblemer er oppgitt med en desimal pga. små tall.

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Det er små forskjeller etter utdanningsnivå, men store forskjeller etter inntekt. Det er ikke uventet at særlig mange med psykiske plager oppgir et udekket behov for psykolog eller psykiater, 22 prosent. Videre ligger arbeidsledige, uføre og studenter godt over gjennomsnittet i befolkningen. Det er også flere som bor alene som har udekket behov for psykiske helsetjenester, sammenliknet med de som bor sammen med noen, 6 vs. 3 prosent. Det er små forskjeller etter landbakgrunn.

Hvorfor går vi ikke til psykolog eller psykiater når vi opplever at vi har behov for hjelp?

På spørsmålet om hvorfor man ikke har oppsøkt en psykolog eller en psykiater til tross for behov, sier drøyt en av fire av dem som har hatt behov (delutvalget) at det er på grunn av dårlig råd, det er også en av fire som sier det tar altfor lang tid å få en time (se vedleggstabell B3). Mens bare 5 prosent mener det kommer av lang vei eller transportvansker. Som i 2015-undersøkelsen er den største kategorien «andre grunner». I 2015 var det flere enn i 2019 som oppga at det tok for lang tid å få en timeavtale. Da var det også 23 prosent som oppga at de ikke hadde tid til å oppsøke en psykolog eller psykiater pga. eget arbeid eller omsorgsoppgaver. Den siste grunnen er «andre grunner», feks. de som ikke tør å oppsøke en psykolog, eller håper at ting skal bli bedre av seg selv.

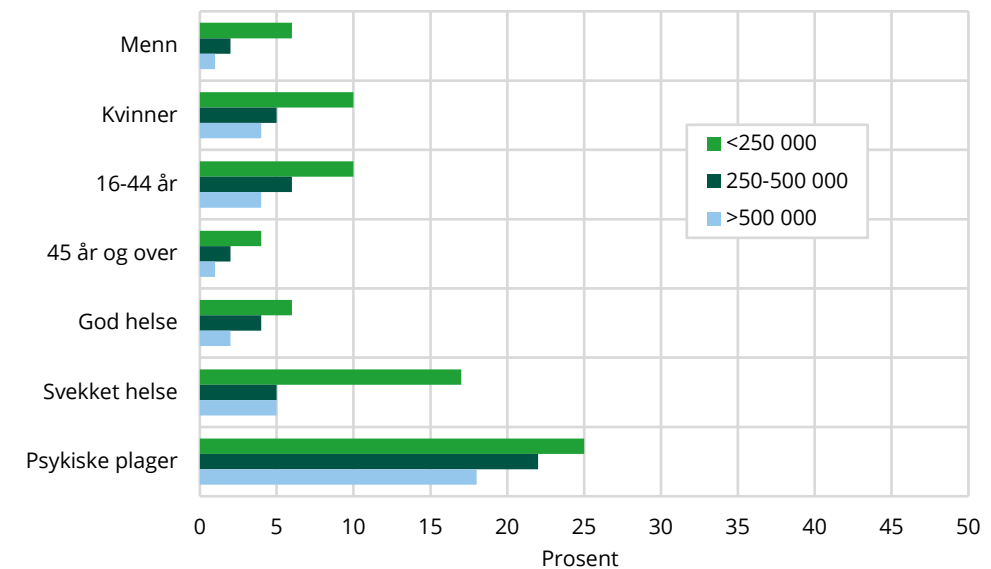
Som vist i vedleggstabell (B3) er det langt flere i den laveste inntektsgruppen som oppgir at de ikke har råd til å gå til en psykolog eller psykiater enn i den høyeste. Det er ikke så store forskjeller etter helsetilstand, men det er litt flere med psykiske plager og svekket helse som oppgir at de ikke har råd. Når det gjelder arbeidsstatus er det særlig hjemmearbeidende, studenter og arbeidsledige som sier de ikke har råd til psykologhjelp.

I disse spørsmålene om udekket behov for helsehjelp er det ikke skilt mellom offentlig og private tjenester. I det offentlige er det fastlegen som henviser videre til en psykolog eller psykiater, og tilgangen til behandlere med refusjonsrett er begrenset, noe som kan medføre lang ventetid. Private psykologer og psykiatere har ofte kortere ventetid, men må man dekke hele kostnaden selv. Dermed er det sannsynlig at både økonomi og ventetid vil være vanlige grunner til ikke å oppsøke en psykolog eller psykiater, til tross for at man har et behov.

Sosial gradient etter inntektsgrupper

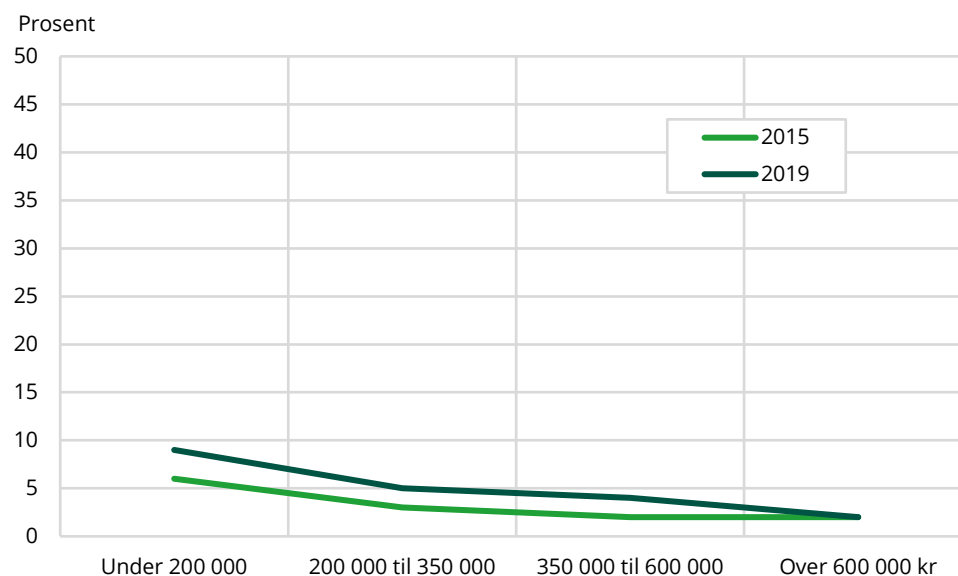
Ser vi på andelen med et udekket behov for psykolog eller psykiater etter inntektsgrupper, som vist i figur 3.10, kan vi se en sosial gradient for omtrent samtlige grupper. Den er særlig tydelig for kvinner og de yngste, mens forskjellene ikke er så store blant menn og i den eldste aldersgruppen. Videre er det særlig mange med psykisk plager som har et udekket psykologbehov, men også her synker andelen noe med økende inntekt. Blant dem med svekket helse, er det en betydelig høyere andel i den laveste inntektsgruppen, enn i de to andre inntektsgruppene som har et udekket behov. Og forskjellen blir særlig stor om vi sammenligner med dem som har god helse.

Figur 3.10 Andel 16 år og eldre med udekket behov for psykolog eller psykiater. Alder, kjønn og helsetilstand etter husholdningsinntekt, 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

For befolkningen som helhet er det bare små endringer mellom 2015 og 2019. Men om vi ser på udekket behov for psykolog eller psykiater fordelt etter inntektsgrupper, ser det ut til at økningen er større blant dem med lavest inntekt, og at det er bare i den høyeste inntektsgruppen det ikke er en viss økning i tidsperioden. Samtidig er det færre personer i den laveste inntektsgruppen, enn i de øvrige, noe som kan gjøre resultatet mer sårbart for tilfeldig variasjon.

Figur 3.11 Andel 16 år og eldre med udekket behov for psykolog eller psykiater etter husholdningsinntekt, 2015 og 2019

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Mange med udekket behov har vanskeligheter med å få endene til å møtes

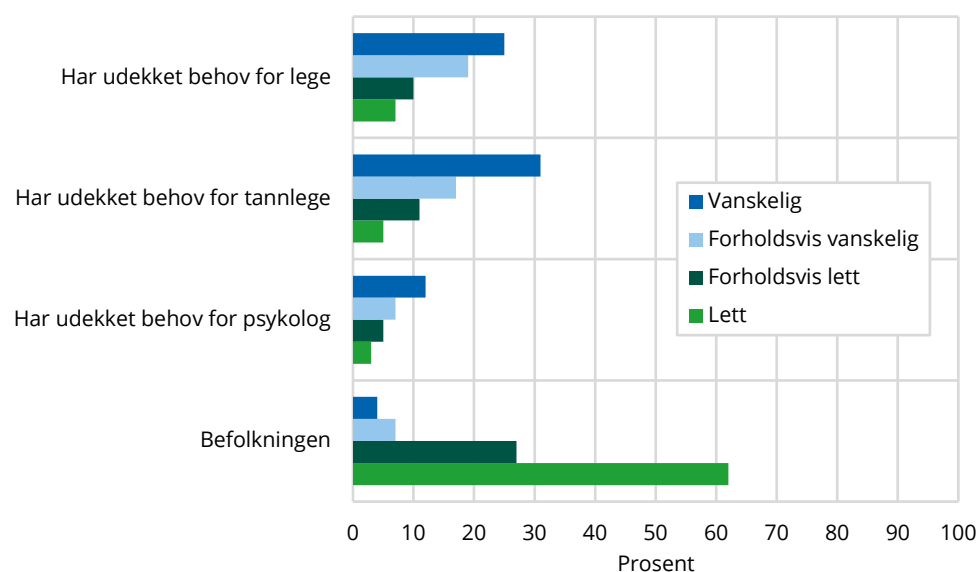
Vi har sett at den inntektsgruppen man tilhører har noe å si for udekket behov for helsehjelp, og at andelen som trenger hjelp er høyere for dem med lav inntekt. Dette blir ekstra tydelig om vi ser nærmere på husholdningens mulighet til få pengene til å strekke til i hverdagen.

Levekårsundersøkelsen om helse 2019

Tenk på den samlede inntekten til alle i husholdningen, hvor lett eller vanskelig er det for [deg/dere] å få pengene til å strekke til i det daglige? Er det svært lett, lett, forholdsvis lett, forholdsvis vanskelig, vanskelig eller svært vanskelig?

Ser vi på befolkningen generelt er det et flertall som mener det er svært lett eller lett å få endene til å møtes, 62 prosent. Slik er det ikke for personene som har oppgitt et eller flere udekkede behov for helsehjelp, her varierer andelen som synes det er lett å få endene til å møtes fra 7 til 3 prosent. Mens andelen som finner det vanskelig å få endene til å møtes økonomisk, varierer mellom 12 og 31 prosent. Flest finner vi blant dem som har et udekket behov for tannlegehjelp, her har nesten en av tre problemer med å få endene til å møtes. Vi ser en tydelig sosial gradient for samtlige grupper med et udekket behov for helsehjelp, med unntak av befolkningen generelt, hvor det er en omvendt sosial gradient i hvor lett eller vanskelig det er å få endene til å møtes.

Figur 3.12 Andel 16 år og over som mener det er lett eller vanskelig å få pengene til å strekke til i det daglige etter udekket behov for lege, tannlege eller psykolog, 2019



Kilde: levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

3.4. Oppsummert

De aller fleste får dekket sine behov for både lege, tannlege og psykiske helse-tjenester, men det er en mindre andel som sier de har unnlatt å ta kontakt til tross for et opplevd behov. Nesten en av ti oppgir et udekket behov for legehjelp. Det er flere yngre enn eldre, og flere med svekket helse og psykiske plager enn ellers i befolkningen. I tillegg til «andre grunner» er det opplevelsen av at det vil ta for lang tid å få en legetime som er vanligste årsak til udekket behov. Det er få som oppgir at de ikke har råd til et legebesøk.

Slik er det ikke blant de 8 prosentene som oppgir et udekket behov for tannlege-tjenester. Her er dårlig råd den klart vanligste grunnen til ikke å ha tatt kontakt. Og dette gjelder særlig grupper med utsatt økonomi, som arbeidsledige og uføre. At økonomien er viktig kommer også frem når vi ser at nesten to av ti av dem som har vært hos tannlegen siste to år oppgir at de ikke har gjennomført eller fullført en anbefalt tannbehandling fordi det vil koste for mye.

Det er færre som oppgir et udekket behov for psykolog eller psykiater, 4 prosent. Også her ser vi at det er flere i den laveste inntektsgruppen, enn i de to høyere inntektsgruppene. Vi finner særlig mange i gruppen med psykiske plager. Her oppgir en av fem et udekket behov for psykisk helsehjelp. Vanligste svar er «andre grunner» som forklaring på hvorfor man har unnlatt å ta kontakt, og at det tar for lang tid å få en time. Det er også en del som sier at de ikke har råd til å gå til psykolog eller psykiater.

Som i 2015, ser vi at tjenester hvor man må betale alt eller mye av kostnaden selv, ikke uventet har en høyere andel personer som oppgir at de ikke har råd. Det er bare små endringer i andelen med et udekket behov for helsehjelp mellom 2015 og 2019, men når vi fordeler udekket behov etter ulike inntektsgrupper kan det se ut til at det særlig er i de laveste inntektsgruppene at det er en viss økning i behov for tjenester hvor mange betaler alt selv, som privatpraktiserende tannleger og privatpraktiserende psykologer eller psykiatere.

4. Forebyggende helseatferd og prøvetaking

Dette kapitlet handler om ulike gruppers forebyggende helseatferd og prøvetaking utført av helsepersonell. Helsetilstanden varierer etter både alder og kjønn, men også etter utdanningsnivå og inntekt. Hvordan påvirker dette bruken av mer forebyggende helsetjenester? Som sjekk av blodtrykket av helsepersonell for eksempel. Først ser vi på bruk av vitaminer, influensavaksine og utvalgte blodprøver, deretter screeningundersøkelser, som bruk av mammografi, celleprøver og undersøkelser av tarmen for å forebygge og undersøke for kreftsykdom.

Levekårsundersøkelsen om helse 2019

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

Tabell 4.1 Andel som har tatt vitaminer, influensavaksine, målt blodtrykk, kolesterol eller blodsukker (utført av helsepersonell) etter kjønn, alder, utdanning, husholdningsinntekt og helsetilstand, 2019

	Tatt vitaminer siste 14 dager	Tatt influensavaksine siste 12 mnd.	Målt blodtrykk siste 2 år	Målt kolesterol siste 2 år	Målt blodsukker siste 2 år	Antall ¹
Alle	55	17	77	53	55	7 382
Menn	48	14	75	54	53	3 688
Kvinner	62	20	80	52	56	3 694
16-44 år	53	10	67	32	41	3 182
45 år og eldre	56	23	87	71	67	4 200
Grunnskolenivå	54	13	74	47	53	1 617
Videregående nivå	54	17	81	60	60	2 913
Høyere utdanning	57	20	76	50	50	2 700
Under 250 000	57	12	70	43	46	935
250 000 - 500 000	55	18	78	53	56	4 399
Over 500 000	54	18	80	57	57	2 048
God helse	54	15	74	50	58	5 213
Svekket helse	60	23	87	65	68	1 014
Psykiske plager	64	16	83	53	59	703
I jobb	53	12	75	49	51	4 469
Arbeidsledig eller ufør	62	15	83	61	65	557
Elev, student eller verneplikt	49	9	56	17	28	763
Alders- eller AFP-pensjonist	62	37	94	81	76	1 492
Hjemmearbeidende eller annet	62	10	79	54	61	101
Bor alene	58	16	78	55	62	1 792
Bor sammen med andre	54	17	77	52	60	5 590
Landbakgrunn Norsk	54	18	80	57	63	5 864
Landbakgrunn øvrige land	59	13	68	41	53	1 518

¹ Antallet som har svart avviker noe mellom de ulike variablene, oppgitt antall i tabellen er det laveste (blodsukker).
Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

4.1. Vitaminer

I 2019 hadde

- 48 prosent menn og 62 prosent kvinner,
- 53 prosent 16-44 år og 56 prosent 45 år og over,
- 60 prosent med svekket helse og 54 prosent med god helse tatt vitaminer siste 14 dager.

Vitaminer er viktige næringsstoffer som kroppen ofte ikke kan produsere selv, og mangel på vitaminer kan medføre problemer med blant annet stoffskiftet. Ved riktig kosthold skal det være mulig å få i seg nok vitaminer, men det er også mulig å ta kosttilskudd i form av ulike vitaminer og mineraler. 55 prosent sier at de har tatt et eller flere vitamin- eller mineraltilskudd i løpet av en 14 dagers periode i 2019, i 2015 lå andelen på 52 prosent.

Det er flere kvinner enn menn som har tatt vitaminer, og litt flere over 45 år enn yngre. Det er også litt flere som tar vitaminer i den høyeste utdanningsgruppen. Det samme gjelder for personer med svekket helse og personer med psykiske plager. Det er også litt flere blant dem med en annen landbakgrunn enn norsk som har tatt vitamintilskudd, her har seks av ti har tatt vitaminer i måleperioden.

4.2. Influensavaksine

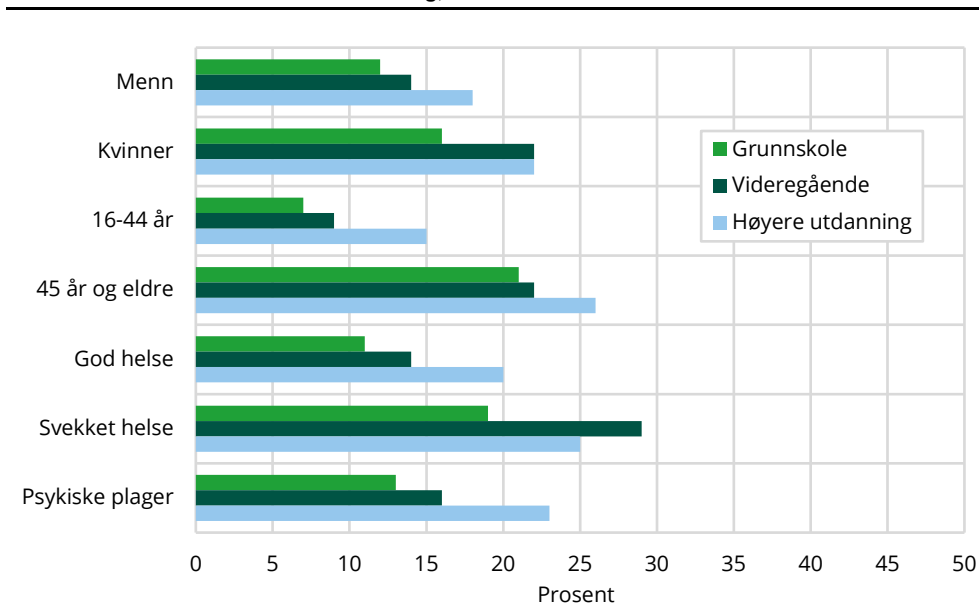
I 2019 hadde

- 14 prosent menn og 20 prosent kvinner,
- 10 prosent 16-44 år og 23 prosent 45 år og over,
- 23 prosent med svekket helse og 15 prosent med god helse tatt influensavaksine i løpet av en 12 måneders periode.

Influensavaksine anbefales til ulike grupper i befolkningen, for å forhindre at personer med dårlig helse skal bli alvorlig syke eller dø. Det er vanlig med et influensautbrudd hver vinter, og antallet som blir syke og dør varierer fra år til år (Dødsårsaksregisteret, FHI). Helsemyndighetene anbefaler blant annet eldre over 67 år, gravide og personer med luftveissykdommer å vaksinere seg. I 2019 hadde 17 prosent av befolkningen tatt vaksinen, og det er mer enn en dobbelt så høy andel som i 2015, 8 prosent.

Det er flere kvinner enn menn, og flere eldre enn yngre som har vaksinert seg. Særlig mange er det blant pensjonistene, her har nesten fire av ti tatt influensavaksine. Det er også flere med høy utdanning som har vaksinert seg, og noen flere i de to høyeste inntektsgruppene, enn i den laveste inntektsgruppen. Personer med svekket helse vil ofte være i risikogruppen for å få et mer komplisert forløp av en influensainfeksjon, og her har nesten en av fire valgt å vaksinere seg. Det er litt færre med annen landbakgrunn enn norsk som har tatt vaksinen, enn i befolkningen for øvrig.

Som vist i figur 4.1 er det en sosial gradient etter utdanning for menn, blant yngre under 45 år, blant personer med god helse og personer med psykiske plager. Men også i grupper 45 år og eldre er det flest i den høyeste utdanningsgruppen som har vaksinert seg. Blant personer med svekket helse er det en overvekt med utdanning på videregående nivå som har vaksinert seg mot influensa, 29 prosent.

Figur 4.1 Andel som er vaksinert mot influensa i løpet av 12 måneder. Alder, kjønn og helsetilstand etter utdanning, 2019

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.2 Andel 45 år og eldre som har svekket helse eller kronisk lungesykdom¹, og andel av disse som har tatt influensavaksine siste 12 måneder etter utdanning, 2019

	Grunnskole	Videregående	Høyere utdanning
Har svekket helse	28	16	10
Av disse: (N=734)			
Er vaksinert mot influensa siste 12 mnd.	25	35	31
Har kronisk bronkitt, kols, emfysem	8	4	2
Av disse: (N=177)			
Er vaksinert mot influensa siste 12 mnd.	50	56	50

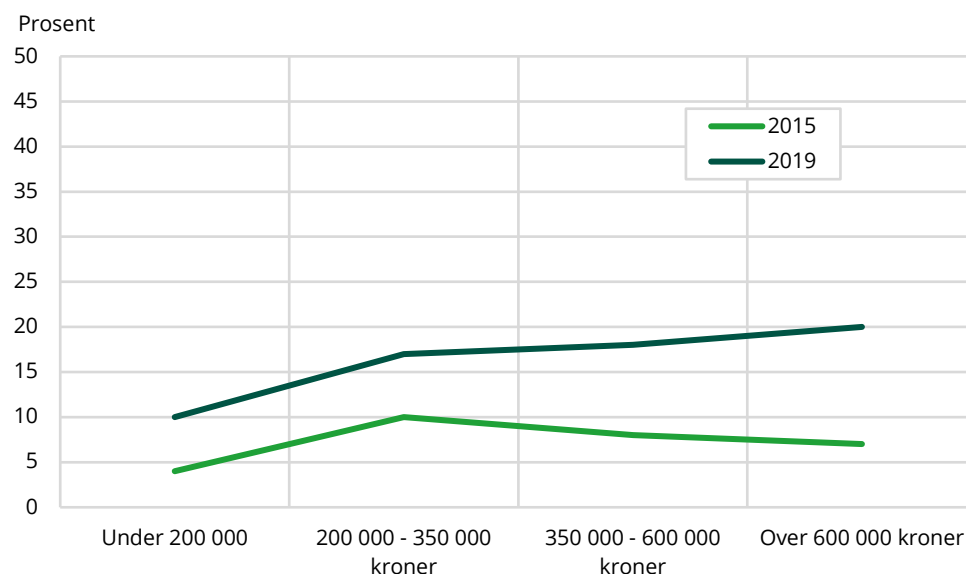
¹ Gjelder kronisk bronkitt, kols og emfysem.

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Som vist i tabell 4.2 er det en høyere andel personer med lav enn høy utdanning, som oppgir å ha nedsatt helsetilstand. Likevel er det flere med videregående og høy utdanning som har valgt å ta en influensavaksine. Det er også flere med lav enn høy utdanning som har luftveissykdommer som bronkitt, kols og emfysem, og blant disse er det omtrent halvparten som har valgt å vaksinere seg. Det er en noe høyere andel i den midtre utdanningsgruppen. Forskjellene etter utdanning ser ut til å være mindre i 2019 enn i 2015, hvor det var færre, spesielt i de lavere utdanningsgruppene, som hadde vaksinert seg.

Det er flere som har valgt å ta vaksine i 2019, enn i 2015, og økningen kan ses i samtlige inntektsgrupper. Størst er økningen i den høyeste inntektsgruppen.

Figur 4.2 Andel som er vaksinert mot influensa i løpet av 12 måneder etter husholdningsinntekt, 2015 og 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

4.3. Måling av blodtrykk

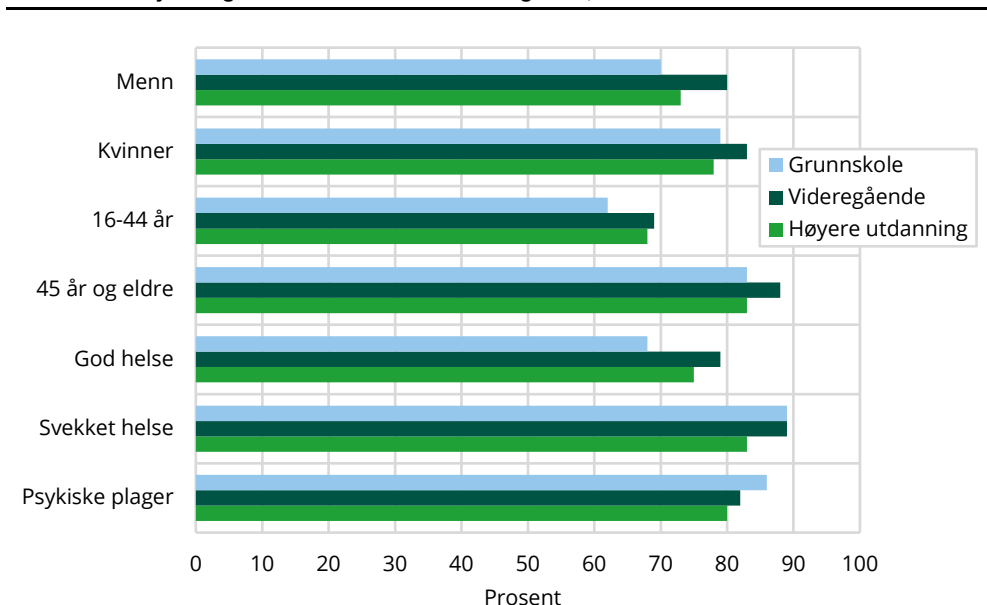
I 2019 hadde

- 75 prosent menn og 80 prosent kvinner,
- 53 prosent 16-44 år og 87 prosent 45 år og over,
- 87 prosent med svekket helse og 74 prosent med god helse målt blodtrykket sitt i løpet av en to års periode.

Høyt blodtrykk er ingen sykdom, men høyt blodtrykk øker risikoen for en rekke lidelser, blant annet hjerte- og karsykdom. 15 prosent sier at de har hatt høyt blodtrykk i løpet av en 12 måneders periode, og andelen øker med alder og ligger på 38 prosent for gruppen over 67 år. Det er 77 prosent har fått målt blodtrykket sitt hos lege eller annet helsepersonell siste to år, mot 74 prosent i 2015.

Det er litt flere kvinner enn menn og litt flere eldre enn yngre som har fått målt blodtrykket. Forskjellene etter utdanningsnivå er forholdsvis små, mens de er noe større etter inntektsgrupper. Det er flest som har målt blodtrykket i den høyeste inntektsgruppen. Det er også flere enn gjennomsnittet som har målt blodtrykket blant dem med svekket helse, og blant personer med psykiske plager.

Om vi ser på blodtrykksmålinger etter utdanningsgrupper, kan vi se at det ikke er noen klar sosial gradient for de fleste gruppene. Det er en omvendt sosial gradient for personer med psykiske plager, hvor flest har sjekket seg i den laveste utdanningsgruppen. Også blant personer med svekket helse, ser vi at det er en litt høyere andel som har sjekket blodtrykket sitt blant dem med lavere og middels utdanningsnivå. Personer med videregående utdanning har sjekket blodtrykket sitt noe oftere enn personer i de to andre utdanningsgruppene.

Figur 4.3 Andel 16 år og over som har fått blodtrykket målt i løpet av en to årsperiode. Alder, kjønn og helsetilstand etter utdanningsnivå, 2019

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Svekket helse, hjerte- og karsykdom og høyt blodtrykk er alle skjevt sosial fordelt blant personer over 44 år, det vil si at vi finner flest i de laveste utdanningsgruppene. Dette er samme mønster som i 2015 undersøkelsen. Andelen som har fått sjekket blodtrykket sitt siste 2 år av lege eller annet helsepersonell er jevnt over høyt uavhengig av utdanning, og forskjellene mellom dem er små.

Tabell 4.3 Andel 45 år og eldre med svekket helse, hjerte-karsykdom¹ og/eller høyt blodtrykk som har fått målt blodtrykket i løpet av en to års periode etter utdanning, 2019

	Grunnskole	Videregående	Høyere utdanning
Har svekket helse	28	16	10
Av disse: (N=735)			
Har målt blodtrykket siste to år	93	93	90
Har hjerte-/karsykdom	9	6	3
Av disse: (N=252)			
Har målt blodtrykket siste to år	96	97	98
Har høyt blodtrykk	30	28	18
Av disse: (N=1114)			
Har målt blodtrykket siste to år	99	97	97

¹ Hjerteinfarkt eller varige plager etter hjerteinfarkt, angina, hjertekramper, hjerneslag eller varige plager etter slag.

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

4.4. Måling av kolesterol i blodet

I 2019 hadde

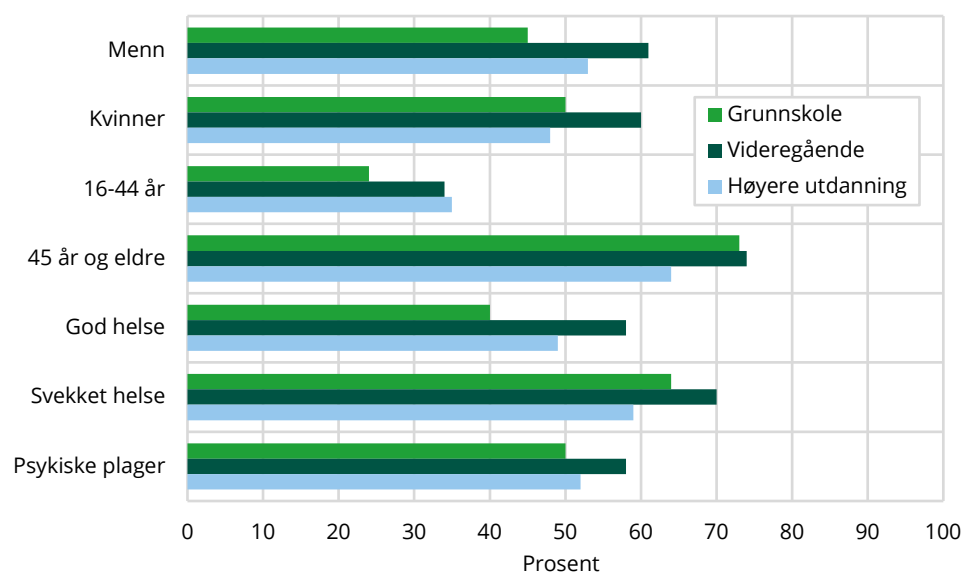
- 54 prosent menn og 52 prosent kvinner,
- 32 prosent 16-44 år og 71 prosent 45 år og over,
- 65 prosent med svekket helse og 50 prosent med god helse målt kolesterolet sitt siste to år.

Høyt kolesterol (hyperlipidemi) er en tilstand hvor man har høye verdier av fettstoffer i blodet. Dette kan gi økt risiko for blant annet hjertesykdom og slag. Personer med høyt kolesterol blir ofte anbefalt å spise sunnere og mosjonere mer, men kan også bli satt på kolesterolsenkende medisiner. Ifølge reseptregisteret til FHI var det 596 000 brukere av lipidmodifiserende midler i 2019, og antallet har økt de siste årene.

I levekårsundersøkelsen om helse er det 10 prosent som sier at de har høyt kolesterolnivå, og det øker til 17 prosent blant personer 45 år og eldre. Det er 53 prosent som har fått målt kolesterolnivået i blodet siste to år, og det er omtrent samme nivå som i 2015, hvor andelen lå på 51 prosent. Det er små forskjeller etter kjønn, men langt flere eldre enn yngre som har målt kolesterotet. Det er også flere som har målt kolesterotet i den høyeste inntektsgruppen og blant personer med svekket helse.

Det er bare blant yngre at vi kan se en viss sosial gradient, mens det blant personer 45 år og eldre er særlig mange med lav og middels utdanning som har fått målt kolesterolnivået sitt, slik er det også blant dem med svekket helse. Både for menn og kvinner og personer med psykiske plager er det en noe høyere andel blant dem med utdanning på videregående nivå, som har målt kolesterotet siste 2 år, som vist i figur 4.4.

Figur 4.4 Andel 16 år og over som har fått kolesterotet målt i løpet av en to års periode. Alder, kjønn og helsetilstand etter utdanning, 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå.

Det er jevnt over mange i gruppen 45 år og eldre med svekket helse som har sjekket kolesterotet sitt, og også her er det flest i den videregående utdanningsgruppen, 81 prosent. Blant personer med hjertesykdom finner vi et lignende mønster. I denne gruppen er det også litt flere som har testet seg. 95 prosent av personene i aldersgruppen 45 år og eldre med påvist høyt kolesterol har testet seg i den høyeste utdanningsgruppen, men her er andelen som har testet seg jevnt høy uavhengig av utdanningsnivå.

Tabell 4.4 Andel 45 år og eldre med svekket helse, hjerte-karsykdom⁶ og høyt kolesterolnivå som har fått målt kolesterotet i løpet av en to års periode etter utdanning, 2019

	Grunnskole	Videregående	Høyere utdanning
Har svekket helse	28	16	10
Av disse: (N=697)			
Har målt kolesterotet siste to år	71	81	72
Har hjerte-/karsykdom	9	6	3
Av disse: (N=247)			
Har målt kolesterotet siste to år	90	93	86
Har høyt kolesterolnivå i blodet	21	19	12
Av disse (N=776)			
Har målt kolesterotet siste to år	93	94	95

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå.

⁶ Hjerterinfarkt eller varige plager etter hjerterinfarkt, angina, hjertekramper, hjerneslag eller varige plager etter slag.

4.5. Måling av blodsukker

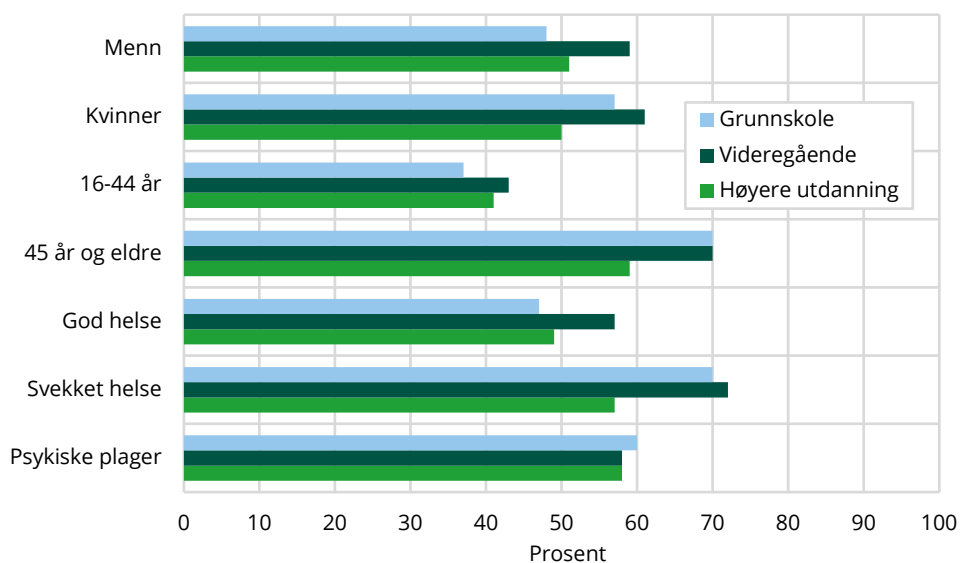
I 2019 hadde

- 53 prosent menn og 56 prosent kvinner,
- 41 prosent 16-44 år og 67 prosent 45 år og over,
- 68 prosent med svekket helse og 58 prosent med god helse målt blodsukkeret sitt siste to år.

Blodsukker er mengden glukose som sirkulerer i blodet på et gitt tidspunkt. Måling av blodsukker benyttes blant annet for å si noe om risikoen for diabetes, og for å kunne følge med på egen sykdom for personer med diabetes type 1 eller type 2. Om lag 55 prosent av befolkningen har fått målt blodsukkeret sitt siste to år, i 2015 lå andelen på 53 prosent. Flest finner vi i den eldste aldersgruppen. Som for de andre målingene, er det flere med svekket helse enn god helse som har sjekket blodsukkeret sitt hos helsepersonell en eller flere ganger siste to år.

Som vist i figur 4.4, er det også her et mønster hvor det er flere som har sjekket blodsukkeret sitt hos helsepersonell i gruppen med utdanning på videregående nivå, enn det er i de to andre utdanningsgruppene. Det gjelder for både menn og kvinner, yngre under 45 år og personer med god helse. Det er flest med utdanning på grunnskole og videregående nivå som har sjekket blodsukkeret sitt blant voksne og eldre, og blant personer med svekket helse. Mens det kun er små forskjeller etter utdanningsnivå blant personer med psykiske plager.

Figur 4.5 Andel 16 år og over som har fått målt blodsukkernivået målt i løpet av en to års periode. Alder, kjønn og helsetilstand etter utdanning, 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Høyt utdannende voksne og eldre (45 år og over) med svekket helse har noe sjeldnere sjekket blodsukkeret sitt, sammenliknet med de to andre utdanningsgruppene. 63 prosent har målt det siste to år, mot 78 prosent blant dem med utdanning på videregående nivå.

Personer med diabetes bør følge med på blodsukkeret sitt og som vist i tabell 4.5 har omtrent alle sjekket det (hos lege eller helsepersonell). Det er en dobbelt så andel som har diabetes i den laveste utdanningsgruppen, sammenliknet med den høyeste, likevel er det litt flere som har målt blodsukkeret sitt hos helsepersonell i den høyeste utdanningsgruppen, 99 prosent, men forskjellene mellom utdanningsgruppene er små.

Tabell 4.5 Andel 45 år og eldre med svekket helse eller diabetes som har fått målt blodsukkeret i løpet av en to års periode etter utdanning, 2019

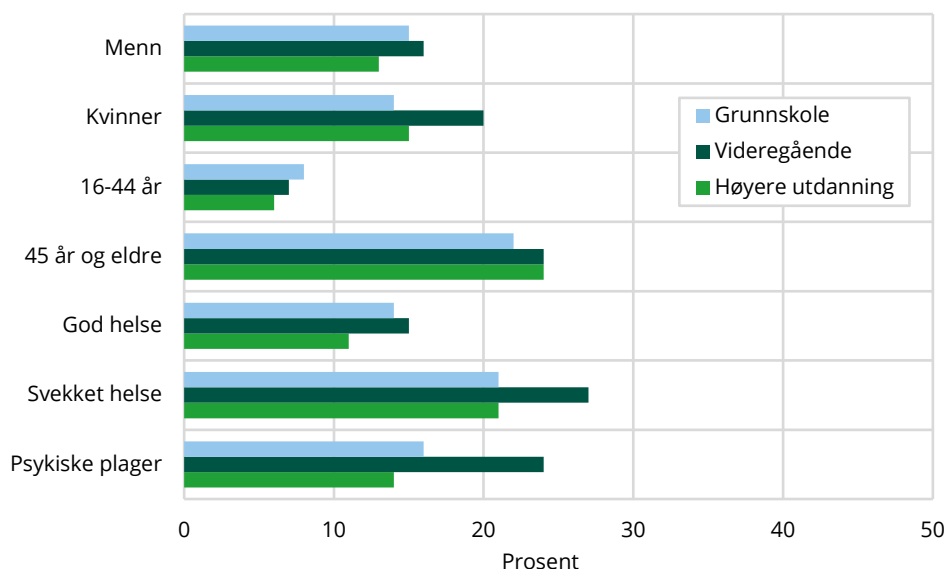
	Grunnskole	Videregående	Høyere utdanning
Har svekket helse	28	16	10
Av disse: (N=690)			
Har målt blodsukkeret siste to år	74	78	63
Har diabetes	11	8	5
Av disse: (N=327)			
Har målt blodsukkeret siste to år	96	96	99

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

4.6. Prøver for å påvise tarmkreft

Tarmkreft er en vanlig form for kreft i Norge, og tarmkreft oppdages ofte sent, noe som kan komplisere forløpet. Det finnes flere ulike prøver man kan benytte for å sjekke for tarmkreft. Den enkleste er en avføringsprøve hvor man sjekker for blod i avføringen. Mens en mer avansert metode innebærer koloskopi av tarmen. Det er 18 prosent som oppgir at de noen gang har gjennomført en undersøkelse for tykktarms- eller endetarmskreft. Det er 7 prosent som har tatt en avføringsprøve siste tre år, mens det er 13 prosent som har tatt en koloskopiundersøkelse siste 5 år. I den videre analysen slås disse to metodene sammen, og utgjør da 15 prosent.

Vi ser en svak sosial gradient for unge for tarmtester, mens for de øvrige aldersgruppene er det ingen sosial gradient. Det er små forskjeller etter utdanning både for menn og grupper 45 år og eldre. Flest har testet seg blant personer med utdanning på videregående nivå. Siden antall prøver som gjennomføres vil være påvirket av helsen til de som testes, og andelen med svekket helse er størst i de lavere utdanningsgruppene, er det naturlig at det tas flere prøver i disse to gruppene. Som vist i figuren, er andelen som har tatt en tarmtest lavere blant dem med god helse enn blant dem med svekket helse.

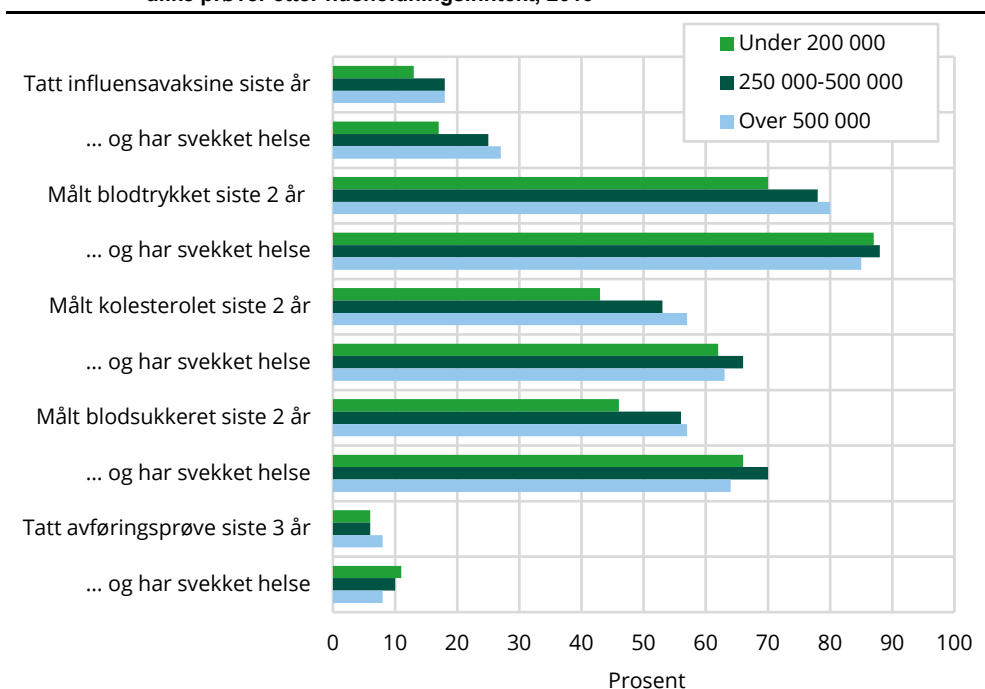
Figur 4.6 Andel 16 år og over som har tatt en avføringsprøve i løpet av en 3 års periode eller en koloskopi i løpet av en 5 års periode. Alder, kjønn og helsetilstand etter utdanning, 2019

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå.

Inntekt og forebyggende helsearbeid

Er det slik at det å sjekke seg for sykdom kan være et spørsmål om økonomiske ressurser? Figur 4.7 viser influensavaksine og ulike prøver, justert for helsetilstand. I rapporten fra 2017 ble prøvene justert med helsemålet *mindre enn god helse*⁷, et mindre strengt mål på helsetilstand. Da var den sosiale gradienten mer tydelig, enn den blir med svekket helse-målet som er noe strengere. Vi kan likevel se en sosial gradient for influensavaksine, blant dem med svekket helse. Det er også en sosial gradient blant dem som har fått målt blodtrykket eller kolesterolet siste to år, men når det justeres for helsetilstand, utlignes disse. Det gjør de også for blodsukkerprøvene. Avføringsprøver gjennomført siste tre år, er nesten likt fordelt mellom inntektsgruppene, og her ser vi en svak omvendt sosial gradient når det justeres for helsetilstand.

Figur 4.7 Andel 16 år og eldre og andel med svekket helse som har tatt influensavaksine og ulike prøver etter husholdningsinntekt, 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Levekårsundersøkelsen om helse 2019

KVINNER: Har du noen gang tatt mammografi? *Røntgenbilde av brystene.* Når hadde du sist en slik undersøkelse?

KVINNER: Har du noen gang tatt celleprøve av livmorhalsen? Når tok du sist en slik prøve?

Har du noen gang blitt undersøkt eller tatt prøver med tanke på tykktarms- eller endetarmskreft? Var dette en avføringsprøve? Når tok du sist en slik prøve?

Har du noen gang tatt en koloskopiundersøkelse? *Koloskopi er en fysisk undersøkelse av tykktarmen.* Når hadde du sist en slik undersøkelse?

⁷ Se nærmere beskrivelse av helsemålene i kapittel 5.

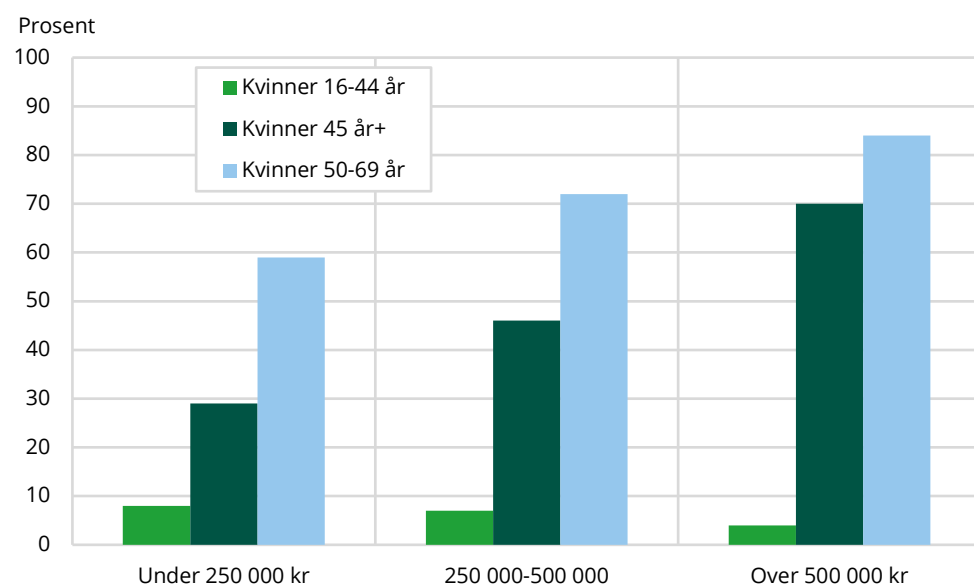
4.7. Deltakelse i screeningsprogrammer

Bruk av mammografi

Alle kvinner mellom 50 og 69 år inviteres til deltakelse i mammografi-programmet hvert annet år. Programmet har som mål å redusere dødeligheten av brystkreft, som er den vanligste kreftformen for kvinner. I 2019 fikk 3 726 kvinner en brystkreft-diagnose (Kilde: Kreftregisteret). I hht. Levekårsundersøkelsen om helse, 2019 hadde 30 prosent av kvinnene tatt mammografi siste to år. I målgruppen er andelen betydelig høyere, 76 prosent. Det er samme andel som i 2015 undersøkelsen.

Når vi ser på bruk av mammografi etter inntekt, er det en klar sosial gradient, både for kvinner sett under ett og etter aldersgrupper. Særlig er det store forskjeller etter inntektsgrupper for kvinner i alderen 45 år og eldre, men også i målgruppen 50 til 69 år er det flere som tar mammografi i den høyeste inntektsgruppen (84 prosent), enn i de to lavere inntektsgruppene. For de yngste kvinnene er det snakk om en omvendt sosial gradient, hvor andelen som har vært til mammografi er noe høyere blant kvinner med lavest inntekt.

Figur 4.8 Andel kvinner som har vært til mammografi i løpet av en to års periode. Alder etter husholdningsinntekt, 2019

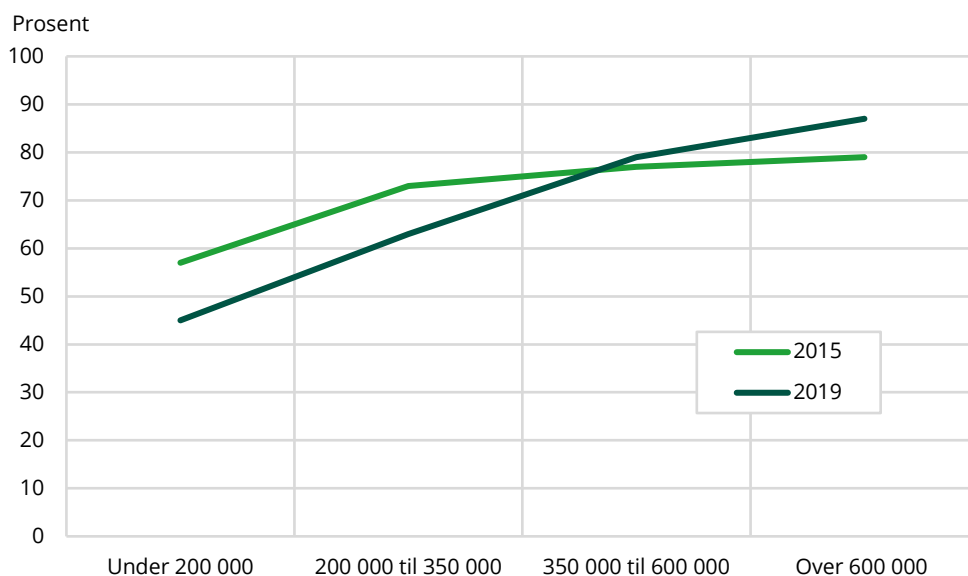


Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Dette mønsteret er ikke like klart når vi ser på utdanningsgrupper, her er det en flat trend for de yngste. Det er fortsatt en sosial gradient etter utdanning for kvinner 45 år og eldre, om enn ikke like tydelig som etter inntektsgrupper.

Når det kommer til endring over tid for mammografi-screening, så kan det se ut til at det er en lavere andel enn i 2015 som har deltatt blant kvinner i lavere inntektsgrupper i 2019, mens det ser ut til å være en viss økning i den høyeste inntektsgruppen.

Figur 4.9 Andel kvinner som har vært til mammografi i løpet av en to års periode. Målgruppen (50-69 år) etter husholdningsinntekt, 2015 og 2019

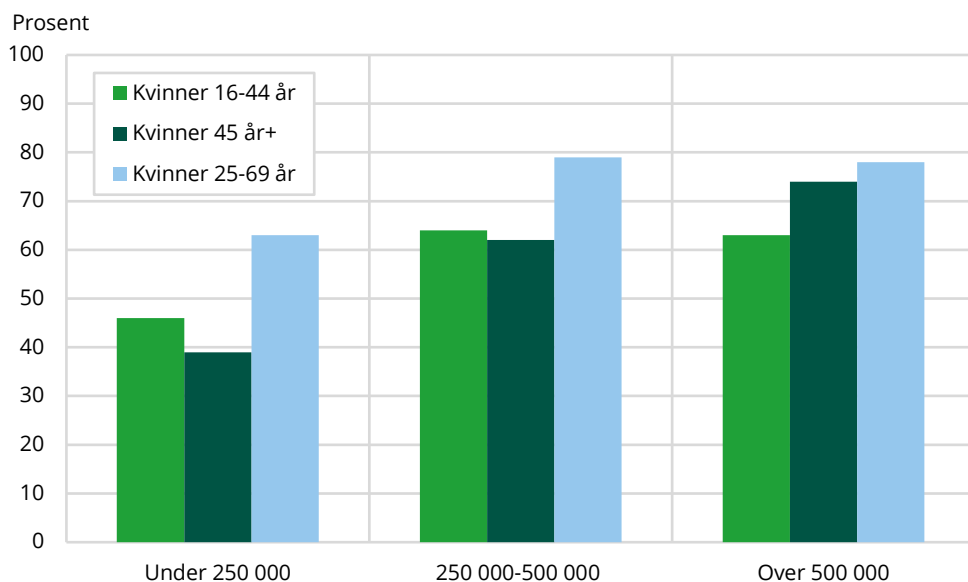


Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Bruk av celleprøver

Kvinner i alderen 25 til 69 år anbefales å ta regelmessige celleprøver fra livmorhalsen for å se etter tidlige stadier av kreft. Årlig får omtrent 300 kvinner påvist livmorhalskreft, mens mellom 70 og 90 dør årlig av sykdommen (Sykepleien, 2019.) 47 prosent av kvinnene i utvalget oppgir å ha tatt en celleprøve siste to år. Mens 61 prosent har tatt det siste tre år, som er det anbefalte tidsrommet mellom celleprøvene. Det er en litt høyere andel enn i 2015, hvor 56 prosent oppga at de hadde tatt en celleprøve siste tre år.

Figur 4.10 Andel kvinner som har tatt celleprøve i løpet av en tre års periode. Alder etter husholdningsinntekt, 2019

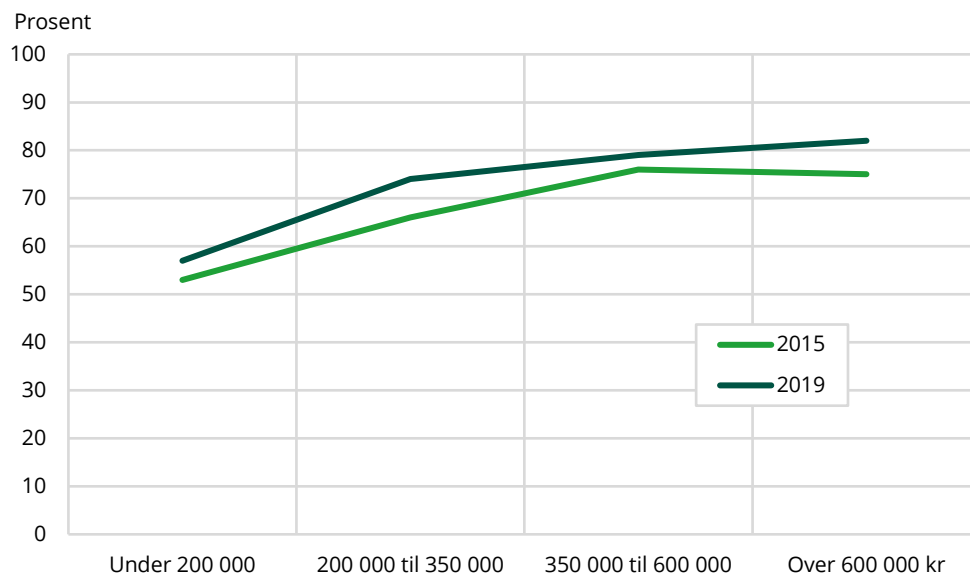


Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Det varierer hvor mange som har tatt en celleprøve og færrest finner vi i den laveste inntektsgruppen. Særlig er det få kvinner med lav inntekt som har sjekket seg i aldersgruppen 45 år og eldre, her ligger andelen på 39 prosent, se figur 4.10.

Det ser ut til å være en viss økning over tid i andelen som har tatt celleprøver siste tre år for både de yngste, men også for målgruppen 25-69 år. Bare målgruppen er vist i tabell 4.11. Unntaket er aldersgruppen 45 år og eldre, hvor andelen er omtrent like som i 2015 (tall ikke vist i figur).

Figur 4.11 Andel kvinner som har tatt celleprøve i løpet av en tre års periode. Målgruppen (25-69 år) etter husholdningsinntekt, 2015 og 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, Statistisk sentralbyrå

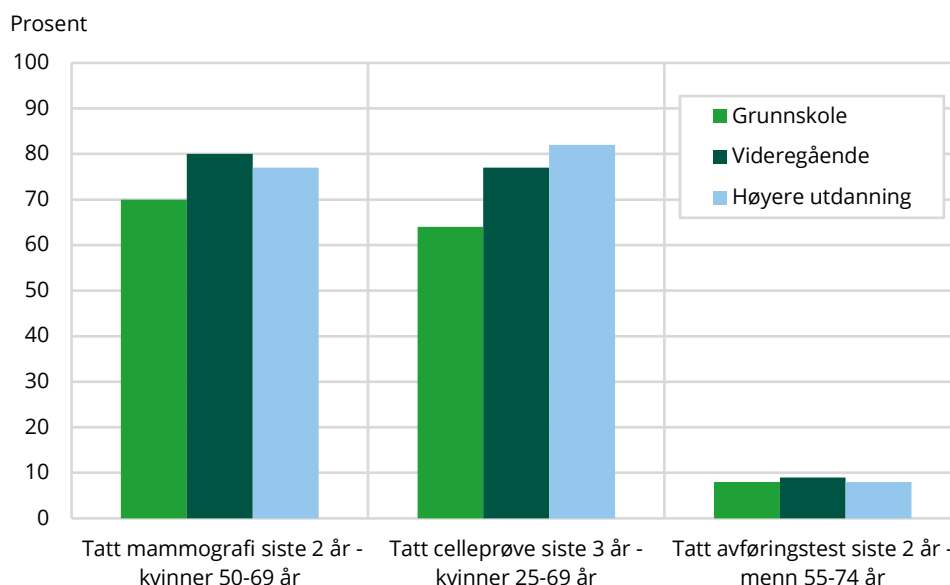
Deltakelse i screeningprogrammer etter målgruppe og utdanning

Under vil vi se på deltagelse i screeningprogrammer⁸ etter utdanningsnivå, etter anbefalt aldersgruppe og anbefalt testhyppighet. Siden både mammografi og celleprøver kun gjelder kvinner, vil vi vise menns bruk av tarmtester, i dette tilfellet avføringstester. Fra og med 2021 innfører Helsedirektoratet et nasjonalt screeningprogram, hvor menn og kvinner i alderen 55 til 74 år blir anbefalt å sende inn en test som kan avdekke usynlig blod i avføringen. Norge ligger i verdens-toppene over antall tilfeller av tykk- og endetarmskreft, og screening kan medføre redusert dødelighet (kilde: Kreftforeningen).

Det er jevnt over høy deltagelse i de offentlige screeningprogrammene for kvinner. Tarmscreeningsprogrammet for begge kjønn starter først opp i løpet av 2021. Som vist i figur 4.12 er det noe lavere deltagelse i screeningprogrammene blant kvinner med utdanning på grunnskolenivå, det gjelder for både celleprøver og mammografi. Men det er bare for celleprøvene at vi ser en klar sosial gradient. I mammografi-programmet er det høyest deltagelse i gruppen med videregående utdanning, her har åtte av ti tatt en livmorhalsprøve siste tre årene. Blant mennene som har tatt en avføringstest siste to år finner vi ikke noen sosial gradient i bruken, det er kun små forskjeller mellom de ulike utdanningsgruppene.

⁸ Screeningprogrammer er undersøkelser hvor man undersøker utvalgte deler av befolkningen systematisk, for å oppdage sykdom eller forstadier til sykdom før symptomene har vist seg.

Figur 4.12 Andel kvinner som har tatt mammografi i løpet av en to års periode, andel kvinner som har tatt celleprøve i løpet av en tre års periode og andel menn som har tatt avføringstest i løpet av en to års periode etter utdanning, 2019



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Små forskjeller over tid etter utdanningsnivå

Det er forholdsvis små forskjeller i deltakelse i screeningprogrammene mellom 2015 og 2019 etter utdanningsnivå. Det har vært en liten økning i andelen som har tatt en mammografiundersøkelse for de to høyeste utdanningsgruppene i 2019, slik er det også for celleprøvene. Mens for kvinner med utdanning på grunnskolenivå ser andelen som har tatt en celleprøve siste tre år ut til å ha gått litt ned. For menn er endringene i andel som har tatt en avføringsprøve mindre og nivået er omtrent likt i 2015 og i 2019.

4.8. Oppsummert

Bruk av både vitaminer og mineraltilskudd er vanlig i befolkningen. Og over halvparten har brukt dette i løpet av en 14 dagers periode. Det er flere enn tidligere som har tatt en influensavaksine, og flest er det i de to høyeste inntektsgruppene. Vi kan se en sosial gradient etter inntekt for influensavaksine også når det justeres for helsetilstand. Den sosiale gradienten etter utdanningsnivå endrer seg når det justeres for svekket helse, og vi finner høyest andel blant personer med utdanning på videregående nivå.

For blodtrykksmålinger er det en sosial gradient etter inntekt, men den flates ut når det justeres for helsetilstand, slik er det også for flere av de andre prøvene. Det er således en høyere andel som har sjekket seg en eller flere ganger hos helsepersonell siste to år, når vedkommende kommer fra et hushold med høy inntekt, enn fra et hushold med lavere inntekt. Når det justeres for svekket helsetilstand, endrer dette mønsteret seg, og prøvetakingen er nærmest likt fordelt i de ulike inntektsgruppene.

Ser vi på utdanningsnivå, er det særlig personer med utdanning på videregående nivå at mange har sjekket seg hos lege eller annet helsepersonell. Det er forholdsvis små forskjeller etter kjønn for prøvetaking, mens den er større etter alder. Det er flere som sjekker seg regelmessig i den eldste aldersgruppen, enn i den yngste aldersgruppen.

For kvinner i alderen 45 år og eldre er det en sosial gradient etter både inntekt og utdanning for bruk av mammografi. Også i målgruppen 50 til 69 år, er det flest i den høyeste inntektsgruppen som har testet seg, mens det er flest med utdanning på videregående nivå som har tatt mammografi siste to år. Også for celleprøver siste tre år er det en sosial gradient etter inntekt for kvinner 45 år og over, mens vi ser en sosial gradient etter utdanningsnivå for målgruppen 25-69 år.

Dette mønsteret gjelder ikke for avføringsprøvene, da disse er nokså likt fordelt uavhengig av inntektsgrupper, derimot kan vi se en svak omvendt sosial gradient når det justeres for helsetilstand.

5. Oversikt over ulike variable og begreper benyttet i rapporten

Datagrunnlaget i denne rapporten er hovedsakelig fra levekårsundersøkelsen om helse, som ble gjennomført høsten 2019. Her har nesten 8 000 personer blitt intervjuet via telefon om blant annet helsetilstand, bruk av helsetjenester og levevaner. Undersøkelsene gikk tidligere ca. hvert 4 år, mens fremover vil de bli gjennomført hvert 6 år og neste undersøkelse vil gjennomføres i 2025. En beskrivelse av utvalg, frafall, datainnsamling og opplysninger som er påkoplest fra registre finnes i dokumentasjonsrapporten;

<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/levokarsundersokelsen-om-helse-2019>.

Informasjon om undersøkelsen som ble utført i 2015 finnes her:

<http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/levokarsundersokelsen-om-helse-2015>.

Det er en del variabler som går igjen i flere kapitler og definisjon og koding av disse blir presentert under.

Husholdningsinntekt

Inntekt etter skatt per forbruksenhet er husholdningsinntekt etter skatt justert for husholds størrelse. Ved bruk av inntekt som mål på levestandard er det ikke tilstrekkelig å kun se på den individuelle inntekten. Personer med lav eller ingen inntekt kan likevel ha en høy levestandard fordi de er del av et hushold hvor en eller flere i husholdet har høy inntekt. Dette gjelder for eksempel de fleste barn og ungdommer. Det er derfor vanlig å se på husholdets samlede nettoinntekt, og husholdets størrelse og sammensetning. For å korrigere for husholdnings størrelse er det vanlig å bruke en ekvivalensskala.

$$\text{Ekvivalent netto husholds-inntekt} = \frac{\text{Total netto inntekt i husholdet}}{\text{Ekvivalent husholds størrelse.}}$$

Ekvivalent husholds størrelse er summen av vektene tilknyttet hvert enkelt medlem av husholdet i henhold til EUs ekvivalensskala: første voksne person får vekt 1, følgende voksne personer får vekt 0,5, og hvert barn under 14 år får vekt 0,3. Deretter lages det et inntektsmål som viser husholdningsinntekten justert for husholds størrelse. Etter denne ekvivalensskalaen trenger derfor en familie på to voksne og to barn en samlet inntekt etter skatt tilsvarende 2,1 ganger inntekten til en aleneboende for å ha samme levestandard. Median inntekt etter skatt per forbruksenhet i 2017, var 369 000 kroner (SSB, 2019).

Lavinntektshushold; dvs. personer som bor i hushold med inntekt under 60 prosent av medianinntekten i befolkningen.

En tredelt inntektsinndeling av husholdningsinntekt blir ofte benyttet i denne rapporten:

- Under 250 000 kroner
- 250 000 til 499 999 kroner
- 500 000 kroner eller over.

En firedeling av husholdningsinntekt blir også benyttet i noen sammenhenger:

- Under 200 000 kroner
- 200 000 – 350 000 kroner

- 350 000 – 600 000 kroner
- Over 600 000 kroner

Det er inntekt fra 2018 som benyttes i rapporten, da inntektsopplysninger fra 2019 ikke var tilgjengelige da arbeidet med rapporten ble gjennomført.

Inntektsopplysningene kobles til filen fra register og er ikke selvrapporterte.

Utdanning

Opplysninger om utdanningsnivå er hentet fra SSBs utdanningsregister og viser personens høyeste fullførte utdanningsnivå per 1. oktober 2018. Originalvariabelen er inndelt i følgende nivåer:

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

For å forenkle fremstillingen er de ulike nivåene slått sammen til tre kategorier.

Gruppene i tabellen over blir inndelt slik;

- 0, 1 og 2 utgjør grunnskolenivå
- 3, 4 og 5 utgjør videregående utdanning
- 6, 7 og 8 utgjør universitets-/høyskoleutdanning.

Uoppgitt utdanning er ikke vist i figurer og tabeller i rapporten. Det vil kunne gjelde bl.a. innvandrere, hvor Statistisk sentralbyrå mangler opplysninger om utdanningsnivået i en del tilfeller. I dette datasettet er det 169 personer vi mangler utdanningskoder for.

Alder

I denne rapporten skiller vi mellom personer 16-44 år og personer som er 45 år eller eldre. Tidvis refereres de under 45 år til som «yngre», mens de over 45 år blir referert til som «eldre».

Økonomisk status

Dette er økonomisk status for intervjupersonen, og er selvrapportert under intervjuet. 11 kategorier er slått sammen til 6 eller 5 i rapporten.

Original variabel:

- 1 Ansatt, fulltid
- 2 Ansatt, deltid
- 3 Selvstendig næringsdrivende, fulltid
- 4 Selvstendig næringsdrivende, deltid
- 5 Arbeidsledig
- 6 Student eller elev i arbeidsrettet opplæring
- 7 Alders- eller AFP-pensjonist
- 8 Ufør eller ikke i stand til å arbeide
- 9 Utfører verneplikt
- 10 Hjemmearbeidende
- 11 Annen inaktiv person

Variabelen blir deretter kategorisert i seks kategorier, som vist under, men enkelte steder blir gruppene arbeidsledig og uføre slått sammen, for å gjøre gruppen større og mer robust.

1, 2, 3, 4 = I jobb

5 = Arbeidsledig

6, 9 = Student el. elev med arbeidsrettet opplæring, el. verneplikt

7 = Alders- eller AFP-pensjonist

8 = Ufør eller ikke i stand til å arbeide

10, 11 = Hjemmearbeidende eller annet.

Helsetilstand

Det er laget en indeks for *egenvurdert helse* og *egenvurdert tannhelse*. I denne rapporten har vi valgt å sette cut-off på 6, et litt strengere mål enn i 2015-rapporten der vi hadde et cut-off på 5 i sammen indeks. De som har svart at helsen verken er god eller dårlig, ikke er vist i figurer og tabeller.

Psykisk helse

For å kunne si noe om den psykiske helsen er indeksen HSCL-5 benyttet, som er kortversjonen av Hopkins liste over symptomer på angst og depresjon. Listen er et mye brukt måleinstrument som egentlig består av 25 spørsmål (Moum og Tambs, 1993). Intervjupersonen skal svare på hvordan han eller hun har følt seg siste 14 dagene og angi hvor mye hvert enkelt problem som de hadde vært plaget av hadde vært til besvær siste 14 dager. *Følgende spørsmål inngår i indeksen:*

1. nervøsitet eller indre uro
2. stadig redd eller engstelig
3. følelse av håpløshet med tanke på fremtiden
4. nedtrykt, tungsindig eller
5. mye bekymret eller urolig

Svarpersonene ble gitt fire svaralternativer; veldig mye plaget, ganske mye plaget, litt plaget og ikke plaget. Det beregnes en gjennomsnittsskår basert på svarene. Her er cut-off satt til 2.0 og over. Personene i denne gruppen antas å ha psykiske plager.

Aleneboende

I utvalgte kapitler brukes en variabel som sier noe om antall personer i et hushold. Det skilles mellom aleneboende og personer som bor sammen med noen, enten dette er en voksen partner, barn eller begge deler.

Landbakgrunn

Her skilles det mellom de som har landbakgrunn fra Norge og de som har landbakgrunn fra øvrige land. Disse vil da kunne ha en bakgrunn fra alt fra Sverige til Syria. For personer født i utlandet, er dette (med noen få unntak) eget fødeland. For personer født i Norge er det foreldrenes fødeland. I de tilfeller der foreldrene har ulikt fødeland, er det morens fødeland som blir valgt. Hvis ikke personen selv eller noen av foreldrene er utenlandsfødt, hentes landbakgrunn fra de første utenlandsfødte en treffer på i rekkefølgen mormor, morfar, farmor eller farfar.

Håndtering av «missing» i rapporten

Tallene i rapporten er kjørt uten «missing», det vil si at uoppgitt og/eller vet ikke-svar er holdt utenfor tabellfremstillingene. Dette gjør at antall personer i utvalget (N) vil kunne variere noe mellom ulike variabler og dermed i tabeller og figurer.

Overlapp mellom ulike grupper

Det ses på en rekke ulike grupper i rapporten som kjønn, alder, utdanning, inntekt, helsetilstand, arbeidsstatus osv. og disse vil ofte ikke være gjensidig utelukkende. Man kan ha både dårlig helse og dårlig råd, eller være arbeidsledig og ha psykiske plager. For å vise hvor stor andel som overlapper hverandre i de ulike gruppene er det utarbeidet en tabell, se vedlegg C.

Referanser

- Credicare (2016). Digital artikkel: <https://www.credicare.no/2016/09/odontofobi-ein-trussel:-mot-tannhelsen/>
- Dagens Medisin (2007): *Hver femte akuttinnleggelse gjelder KOLS*, 03/2007.
- Dahl, Espen, Heidi Bergsli og Kjetil A. van der Wel (2014): *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Fakultet for samfunnsfag/Sosialforsk. Høyskolen i Oslo og Akershus.
- Degife, Emshaw. G. (2010). *Inequality and inequity in physician service utilization in Norway*. Masteroppgave, Universitetet i Oslo.
- Dødsårsaksregisteret, FHI. <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Ekorndrud, Trond; Arne Jensen (2013): *Udekt behov for tannlegetjenester. Internasjonale sammenlikninger og analysar av sosiale og regionale skilnader i Noreg*. Rapporter 7/2013, Statistisk sentralbyrå.
- Ekorndrud, Trond; Othilde Skjøstad (2016): *Tannhelse blant voksne i Sverige og Noreg. Ein sosioøkonomisk analyse*. Rapport 28/2016, Statistisk sentralbyrå.
- Ekorndrud, Trond, Othilde Skjøstad og Inger Texmon (2019): *Tannregulering blant barn og unge. En analyse av behandlingsforløp og sosioøkonomiske forskjeller*, Rapporter 2019/27, Statistisk sentralbyrå.
- Finnvold, Jon Erik (2006): Fastlegen som portvaktar for spesialisthelsetjenesten. *Samfunnsspeilet* 2/2006. Statistisk sentralbyrå.
- Finnvold, Jon Erik (2009): *Likt for alle? Sosiale skilnader i bruk av helsetjenester*. Helsedirektoratet, IS-1738.
- Fosse, Irma Katharina Moe (2017): *Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester i Norge – En dekomponeringsanalyse*. Masteroppgave, Universitetet i Oslo, mai 2017.
- Helse- og omsorgsdepartementet: Meld. St. 7 (2019–2020), *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*.
- Helsedirektoratet. (2017). *Anbefalte tiltak mot sosial ulikhet i helse*. Rapport Fagrådet for sosial ulikhet i helse. IS-2749.
- Holmboe, Olaf., van Roy, B., Helgeland, J., Clench-Aas, J. & Dahle, K. A. (2006). *Social inequalities in health, lifestyle, and use of health services among children in Akershus County*. Kunnskapssenteret, Rapport 05-2006.
- Le, Christopher; Hanne Søberg Finbråten; Kjell Sverre Pettersen; Øystein Guttersrud (2020): *Befolkningens helsekompetanse – del 1*. Rapport IS-2959. Helsedirektoratet, Høyskolen Innlandet og Oslo Met.
- Lunde, Elin Skretting, Berit Otnes og Jorun Ramm (2017). *Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester – En kartlegging*. Rapport 16/2017, Statistisk sentralbyrå.
- Melhuus, Sigrid Hagerup (2016), *Helse for alle uansett? Om ulikhet i spesialisthelsetjenesten*, Agenda Perspektivnotat.
- Moum, Torbjørn; Kristian Tambs (1993): How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(5), 364–367.
- Kreftforeningen; screening for tarmkreft
<https://kreftforeningen.no/forebygging/screening-og-masseundersokelser/tarmscreeningprogrammet/>

- Kreftforeningen, screening for celleforandringer:
<https://kreftforeningen.no/forebygging/screening-og-masseundersokelser/livmorhalsprogramme/>
- Kreftregisteret: Antall kvinner med brystkreft 2019.
<https://sb.kreftregisteret.no/insidens>
- Omholt, Elisabeth Løyland (red.). *Økonomi og levekår for lavinntektsgrupper 2019*. Rapport 33/2019. Statistisk sentralbyrå.
- Reseptregisteret, FHI. Lipidmodifiserende midler.
<http://www.reseptregisteret.no/Prevalens.aspx>
- Sandvik H, Hunskaar S, Blinkenberg J.(2019): *Årsstatistikk fra legevakt 2018*. Rapport nr. 2-2019. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE, 2019.
- Slagsvold Carl-Erik, Einar Stranden (2005): Venøse leggsår. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 2005, 125: 891:4.
- Sykepleien, 2019. Digital artikkel; <https://sykepleien.no/2019/09/voksne-kvinner-dropper-sjekk-livmorhalskreft>
- Tannhelsetenesta 2021, årsverk i offentlig og privat tannhelsetjeneste, etter region, personellgruppe, sektor, statistikkvariabel og år:
<https://www.ssb.no/statbank/table/11774/tableViewLayout1/>
- Vikum, E., Bjørngaard, J. H., Westin, S., & Krokstad, S. (2013). Socio-economic inequalities in Norwegian health care utilization over 3 decades: the HUNT Study. *European Journal of Public Health*, 23(6), 1003–1010.

Vedlegg A: Vedleggstabeller til kapittel 2

Tabell A1 Kjennetegn ved ulike grupper. Prosent, 2019

	16-44 år	45 år og eldre	Menn	Kvinner	Grunn-skole	Videre-gående	Høyere utdanning	Husholds-inntekt > 500 000	N
ALLE	47	53	50	50	26	40	34	27	7 868
Landbakgrunn: Norsk	43	57	50	50	25	41	34	29	6 980
Landbakgrunn: Øvrige land	70	30	49	51	36	26	37	15	877
Gift/samboende	39	61	51	49	18	41	39	33	4 794
Bor alene	46	54	51	49	29	41	30	16	2 169
Bor i lavinntektshushold	68	32	44	56	40	34	26	0	880
Er i jobb (heltid/deltid)	53	47	53	47	18	38	43	34	4 766
Er arbeidsledig	78	22	58	42	53	27	20	4	154
Ufør	19	81	38	62	50	36	13	17	435
Alders/AFP-pensjonist	0	100	46	54	25	52	23	16	1 576

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Tabell A2. Helsetilstand. Ulike grupper. Prosent. 2019

	God helse	Svekket helse	Dårlig tannhelse	Psykiske plager	N
ALLE	80	14	6	10	7 868
Landbakgrunn: Norsk	79	14	6	10	6 980
Landbakgrunn: Øvrige land	86	14	11	13	877
Gift/samboende	81	13	6	7	4 794
Bor alene	74	19	10	14	2 169
Bor i lavinntektshushold	77	20	12	18	880
Er i jobb (heltid/deltid)	87	8	5	7	4 766
Er arbeidsledig	71	22	9	22	154
Ufør	22	62	23	35	435
Alders/AFP-pensjonist	70	19	7	5	1 576

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Tabell A3. Bruk av helsetjenester i ulike grupper. Prosent, 2019

	Allmennlege/fastlege	Døgn-opphold	Dag-opphold	Lege-spesialist	Psykolog	Psykiater	Fysio-terapeut	Tannlege	N
ALLE	75	10	17	36	6	1	19	77	7 868
Landbakgrunn: Norsk	76	10	18	36	6	2	21	78	6 980
Landbakgrunn: Øvrige land	70	8	12	31	7	1	15	67	877
Gift/samboende	75	9	18	38	4	1	20	79	4 794
Bor alene	75	13	18	33	10	2	19	73	2 169
Bor i lavinntektshushold	70	12	17	30	11	3	16	60	880
Er i jobb (heltid/deltid)	72	7	16	34	5	1	19	75	4 766
Er arbeidsledig	66	7	15	24	16	2	13	66	154
Ufør	88	23	32	53	13	4	31	76	435
Alders/AFP-pensjonist	86	16	18	41	1	0	21	86	1 576

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Tabell A4. Bruk av ulike helsetjenester etter utdanning og husholdningsinntekt i grupper med god helse. Prosent, 2019

GOD HELSE	Grunn- skole	Videre- gående	Høyere utdanning	Husholdningsinntekt		
				Under 250 000	250 000- 500 000	Over 500 000
Allmennlege	75	74	72	69	75	72
Allmennlege 5 ganger	22	18	16	19	19	16
Privat allmennlege	9	10	10	7	9	11
Legespesialist	29	32	37	28	33	37
Legespesialist 3 ganger	8	8	9	7	8	9
Dagopphold på sykehus	16	17	14	12	15	16
Dagopphold 3 ganger	4	4	3	3	4	4
Døgnopphold sykehus	11	8	6	8	8	8
Døgnopphold 2 ganger	3	2	1	3	2	2
Døgnopphold 5 netter	3	3	2	3	2	2
Psykisk helsevern - døgn	0	0	0	0	0	0
Psykiater	1	1	1	2	1	1
Psykolog	7	4	6	11	5	4
Psykolog 5 ganger	4	2	4	6	3	2
Fysioterapeut	18	18	20	14	18	22
Fysioterapeut 5 ganger	10	10	9	5	9	11
Ernæringsfysiolog	2	2	1	2	1	2
Tannlege	78	80	77	64	79	83
N	1 218	2 368	2 485	758	3 597	1 869

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Tabell A5. Bruk av ulike helsetjenester etter utdanning og husholdningsinntekt i grupper med svekket helse. Prosent, 2019

SVEKKET HELSE	Grunn- skole	Videre- gående	Høyere utdanning	Husholdningsinntekt		
				Under 250 000	250 000- 500 000	Over 500 000
Allmennlege	88	86	82	82	86	81
Allmennlege 5 ganger	44	40	40	41	42	36
Privat allmennlege	10	12	13	10	11	10
Legespesialist	46	50	57	46	50	51
Legespesialist 3 ganger	22	23	22	22	22	24
Dagopphold på sykehus	26	31	32	34	27	33
Dagopphold 3 ganger	11	12	11	11	11	16
Døgnopphold sykehus	27	23	19	27	22	22
Døgnopphold 2 ganger	13	11	7	14	10	12
Døgnopphold 5 netter	12	11	8	13	9	12
Psykisk helsevern - døgn	3	0	2	3	1	0
Psykiater	5	2	7	5	4	2
Psykolog	11	8	16	15	9	14
Psykolog 5 ganger	8	4	11	7	7	10
Fysioterapeut	25	29	30	24	29	29
Fysioterapeut 5 ganger	14	17	16	16	14	17
Ernæringsfysiolog	6	7	5	4	6	8
Tannlege	61	71	71	56	66	80
N	361	451	249	212	716	156

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Vedlegg B: Vedleggstabeller til kapittel 3

Tabell B1. Andel 16 år og over som oppgir et udekket behov for legehjelp og årsaker, 2019

	Har ikke råd	Lang ventetid	Problemer med transport/ lang vei	Andre grunner	Antall som har svart
Har udekket behov for legehjelp (delutvalg):	11	26	7	67	708
Menn	8	32	7	62	303
Kvinner	13	22	7	71	405
16-44 år	13	28	8	65	431
45 år og eldre	8	22	7	70	277
Grunnskolenivå	17	20	10	65	177
Videregående nivå	12	25	9	65	254
Høyere utdanning	5	28	4	73	262
Under 250 000	27	27	9	63	138
250 000 - 500 000	9	24	8	67	407
Over 500 000	2	28	5	70	163
God helse	7	24	6	71	361
Svekket helse	20	27	8	61	202
Psykiske plager	21	26	10	62	212
I jobb	6	26	5	70	434
Arbeidsledig	41	34	13	37	22
Elev, student eller vernepliktig	19	34	7	62	103
Alders- eller AFP-pensjonist	1	18	11	79	59
Ufør eller ikke i stand til å arbeide	22	18	10	63	77
Hjemmearbeidende eller annet	36	27	27	37	13
Bor alene	15	29	7	65	207
Bor sammen med andre	9	25	7	68	501
Landbakgrunn Norge	10	24	8	68	517
Landbakgrunn øvrige land	14	31	6	65	191

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Tabell B2. Andel 16 år og over som oppgir et udekket behov for tannlegehjelp og årsaker. Delutvalg, 2019

	Har ikke råd	Lang ventetid	Problemer med transport/ lang vei	Andre grunner	Antall som har svart
Har udekket behov for tannlegehjelp (delutvalg):	56	8	5	46	632
Menn	53	8	6	50	313
Kvinner	58	7	4	42	319
16-44 år	58	7	5	45	429
45 år og eldre	50	11	4	49	203
Grunnskolenivå	58	4	8	44	190
Videregående nivå	59	9	2	48	223
Høyere utdanning	48	10	5	49	193
Under 250 000	64	4	7	40	160
250 000 - 500 000	57	8	3	46	378
Over 500 000	33	16	8	59	94
God helse	44	11	4	52	245
Svekket helse	68	4	6	39	240
Psykiske plager	71	4	5	36	166
I jobb	54	10	4	47	400
Arbeidsledig	73	1	5	36	31
Elev, student eller vernepliktig	52	5	7	54	89
Alders- eller AFP-pensjonist	35	3	11	61	30
Utfør eller ikke i stand til å arbeide	63	5	4	36	72
Hjemmearbeidende eller annet	100	-	12	4	10
Bor alene	51	5	5	51	188
Bor sammen med andre	57	9	5	44	444
Landbakgrunn Norge	54	8	5	49	445
Landbakgrunn øvrige land	58	8	5	41	187

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Tabell B3. Andel 16 år og over som oppgir et udekket behov for psykolog eller psykiater og årsaker, 2019

	Har ikke råd	Lang ventetid	Problemer med transport/ lang vei	Andre grunner	Antall som har svart
Personer som har udekket behov for psykolog/psykiater (delutvalg):	27	26	5	63	304
Menn	22	26	6	68	90
Kvinner	29	27	5	61	214
16-44 år	30	27	5	62	223
45 år og eldre	17	24	8	68	81
Grunnskolenivå	24	20	10	69	86
Videregående nivå	26	28	6	59	104
Høyere utdanning	28	32	2	64	107
Under 250 000	41	26	6	60	78
250 000 - 500 000	23	25	5	65	180
Over 500 000	11	31	4	63	46
God helse	26	26	5	62	165
Svekket helse	29	26	8	70	82
Psykiske plager	29	33	7	60	171
I jobb	26	27	5	65	164
Arbeidsledig	29	32	8	46	22
Elev, student eller vernepliktig	29	28	1	59	65
Alders- eller AFP-pensjonist	8	20	13	67	8
Utfør eller ikke i stand til å arbeide	21	24	8	79	39
Hjemmearbeidende eller annet	59	-	23	48	6
Bor alene	29	28	7	63	107
Bor sammen med andre	26	25	5	63	197
Landbakgrunn Norge	23	25	5	65	220
Landbakgrunn øvrige land	36	30	5	59	84

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Tabell B4. Andel 16 år og over som ikke har hatt råd til å hente ut medisin på resept til tross for behov, 2019

	Ja	Nei	Har ikke hatt behov for medisiner	Antall som har svart
Alle	4	93	3	7 878
Menn	3	94	3	3 951
Kvinner	6	92	2	3 927
16-44 år	6	91	3	3 405
45 år og eldre	3	95	2	4 473
Grunnskolenivå	7	90	3	1 713
Videregående nivå	4	93	3	3 114
Høyere utdanning	3	95	3	2 891
Under 250 000	10	87	2	1 004
250 000 - 500 000	4	93	3	4 685
Over 500 000	1	96	3	2 189
God helse	3	94	3	5 558
Svekket helse	12	86	1	1 092
Psykiske plager	15	84	1	754
I jobb	4	93	3	4 766
Arbeidsledig	11	89	1	155
Elev, student eller vernepliktig	5	92	3	822
Alders- eller AFP-pensjonist	0	98	1	1 579
Ufør eller ikke i stand til å arbeide	18	81	1	441
Hjemmearbeidende eller annet	9	82	1	115
Bor alene	6	91	3	1 927
Bor sammen med andre	4	94	3	5 951
Landbakgrunn Norge	4	94	3	6 278
Landbakgrunn øvrige land	6	91	3	1 600

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse. Statistisk sentralbyrå

Vedlegg C: Overlapp mellom utvalgte grupper

Tabell C1. Overlapp mellom ulike grupper som inngår i rapporten. Prosent.

	Alle	Menn	Kvinner	16-44 år	45 år og eldre	Under 250 000	250 000 - 500 000	Over 500 000	Grunnskolenivå	Videregående nivå	Høyere utdanning	God helse	Svekket helse	Psykiske plager	I jobb	Arbeidsledig	Elev og student	Pensjonist	Ufør	Hjemmearbeidende o.l.	Anfall
Alle	100	50	50	47	53	14	59	27	26	38	33	71	14	10	61	2	11	19	6	2	7879
Menn	100	100	.	47	53	12	59	29	26	42	28	70	13	7	64	3	10	17	4	1	3952
Kvinner	100	.	100	47	53	16	59	25	25	34	37	71	15	13	57	2	12	20	7	2	3927
16-44 år	100	50	50	100	.	20	59	21	30	29	35	76	11	13	69	4	23	.	2	2	3405
45 år og eldre	100	50	50	.	100	9	59	32	23	46	31	66	17	8	53	1	0	35	9	1	4474
Under 250 000	100	43	57	67	33	100	.	.	38	32	22	62	21	18	37	7	27	16	10	3	1005
250 000 - 500 000	100	50	50	47	53	.	100	.	27	41	29	69	16	10	59	2	9	23	6	2	4685
Over 500 000	100	54	46	36	64	.	.	100	17	36	46	80	7	6	78	0	6	11	3	1	2189
Grunnskolenivå	100	51	49	54	46	21	62	17	100	.	.	62	21	15	42	4	22	18	11	2	1713
Videregående nivå	100	56	44	36	64	12	63	26	.	100	.	69	14	9	58	1	8	25	5	1	3114
Høyere utdanning	100	43	57	50	50	9	52	38	.	.	100	79	8	8	77	1	5	13	2	1	2891
God helse	100	50	50	50	50	12	57	31	23	37	36	100	.	6	66	2	12	16	2	1	5559
Svekket helse	100	48	52	36	64	21	65	14	39	38	19	.	100	29	36	4	6	26	25	4	1092
Psykiske plager	100	34	66	61	39	25	58	17	39	33	25	40	40	100	44	5	19	9	20	3	754
I jobb	100	53	47	53	47	9	57	35	18	37	42	77	8	7	100	.	.	.	.	.	4766
Arbeidsledig	100	58	42	78	22	46	50	4	47	24	17	65	22	22	.	100	.	.	.	.	155
Elev el. student	100	47	53	98	2	35	49	16	52	29	15	80	8	18	.	.	100	.	.	.	822
Pensjonist	100	46	54	.	100	12	72	16	25	52	23	62	19	5	.	.	.	100	.	.	1579
Ufør	100	38	62	19	81	24	60	17	50	35	13	19	61	35	.	.	.	.	100	.	441
Hjemmearbeidende o.l.	100	33	67	51	49	24	61	14	39	28	19	60	31	22	.	.	.	.	.	100	116

Figurregister

Figur 1.1	Andel 16-44 år med mindre enn god helse (indeks ≥ 5), svekket helse (indeks ≥ 6), varig sykdom eller psykiske plager, samt andel med god helse eller god tannhelse etter utdanning, 2019	9
Figur 1.2	Andel 45 år og eldre med mindre enn god helse (indeks ≥ 5), svekket helse (indeks ≥ 6), varig sykdom eller psykiske plager, samt andel med god helse eller god tannhelse etter utdanning, 2019	10
Figur 1.3	Andel 45 år og eldre med mindre enn god helse (indeks ≥ 5), svekket helse (indeks ≥ 6), varig sykdom eller psykiske plager, samt andel med god helse eller god tannhelse etter husholdningsinntekt, 2019	10
Figur 1.4	Andel 45 år og eldre med utvalgte sykdommer etter utdanning, 2019	11
Figur 2.1	Andel 16 år og over som har brukt ulike helsetjenester etter helsetilstand, 2019	12
Figur 2.2	Andel som har vært hos allmennlege/fastlege i løpet av 12 måneder. Helsetilstand etter utdanning, 2019	14
Figur 2.3	Andel med svekket helse som har vært hos allmennlege/fastlege fem eller flere ganger i løpet av 12 måneder. Alder og kjønn etter utdanning, 2019	15
Figur 2.4	Andel 16 år og over som har vært hos allmennlege/fastlege fem eller flere ganger i løpet av 12 måneder etter husholdningsinntekt, 2015 og 2019	15
Figur 2.5	Andel 16 år og over som har hatt døgnopphold på sykehus i løpet av 12 måneder. Helsetilstand etter utdanning, 2019	17
Figur 2.6	Andel med svekket helse som har hatt døgnopphold på sykehus i løpet av 12 måneder. Alder og kjønn etter utdanning, 2019	17
Figur 2.7	Andel med svekket helse som har hatt to eller flere døgnopphold på sykehus i løpet av 12 måneder. Alder og kjønn etter utdanning, 2019	18
Figur 2.8	Andel 16 år og over som har hatt døgnopphold i løpet av 12 måneder etter husholdningsinntekt, 2015 og 2019	18
Figur 2.9	Andel 16 år og over med dagopphold på sykehus i løpet av 12 måneder. Helsetilstand etter utdanning, 2019	20
Figur 2.10	Andel med svekket helse som har hatt dagopphold på sykehus i løpet av 12 måneder. Alder og kjønn etter utdanning, 2019	20
Figur 2.11	Andel med svekket helse som har hatt to eller flere dagopphold på sykehus i løpet av 12 måneder. Alder og kjønn etter utdanning, 2019	21
Figur 2.12	Andel 16 år og over som har hatt dagopphold på sykehus i løpet av 12 måneder etter husholdningsinntekt, 2015 og 2019	21
Figur 2.13	Andel 16 år og over som har vært hos legespesialist i løpet av 12 måneder. Helsetilstand etter utdanning, 2019	23
Figur 2.14	Andel med svekket helse som har vært hos legespesialist i løpet av 12 måneder. Alder og kjønn etter utdanningsnivå, 2019	23
Figur 2.15	Andel med svekket helse som har vært hos legespesialist i løpet av 12 måneder. Alder og kjønn etter husholdningsinntekt, 2019	24
Figur 2.16	Andel med svekket helse som har vært hos legespesialist tre eller flere ganger i løpet av 12 måneder. Alder og kjønn etter utdanning, 2019	24
Figur 2.17	Andel med svekket helse som har vært hos legespesialist tre eller flere ganger i løpet av 12 måneder. Alder og kjønn etter husholdningsinntekt, 2019	25
Figur 2.18	Andel med god helse som har vært hos legespesialist i løpet av 12 måneder. Alder og kjønn etter husholdningsinntekt, 2019	25
Figur 2.19	Andel 16 år og over som har vært hos legespesialist i løpet av 12 måneder etter husholdningsinntekt, 2015 og 2019	26
Figur 2.20	Andel med psykiske plager (HSCL-5 ≥ 2.0). Alder og kjønn etter utdanning, 2019	26
Figur 2.21	Andel som har vært hos psykolog i løpet av 12 måneder. Helsetilstand etter utdanning, 2019	27
Figur 2.22	Andel med svekket helse som har vært hos psykolog i løpet av 12 måneder. Alder og kjønn etter husholdningsinntekt, 2019	28
Figur 2.23	Andel 16 år og over som har vært hos psykolog i løpet av 12 måneder etter husholdningsinntekt, 2015 og 2019	28
Figur 2.24	Andel 16 år og over som har vært hos fysioterapeut i løpet av 12 måneder. Helsetilstand etter utdanning, 2019	29
Figur 2.25	Andel 16 år og over som har vært hos fysioterapeut i løpet av 12 måneder. Helsetilstand etter husholdningsinntekt. 2019	30
Figur 2.26	Andel med svekket helse som har vært hos fysioterapeut i løpet av 12 måneder. Alder og kjønn etter utdanning, 2019	30
Figur 2.27	Andel med svekket helse som har vært hos fysioterapeut fem eller flere ganger i løpet av 12 måneder. Alder og kjønn etter husholdningsinntekt, 2019	31

Figur 2.28	Andel med god helse som har vært hos fysioterapeut i løpet av 12 måneder. Alder og kjønn etter husholdningsinntekt, 2019.....	31
Figur 2.29	Andel 16 år og over som har vært hos fysioterapeut i løpet av 12 måneder etter husholdningsinntekt, 2015 og 2019	32
Figur 2.30	Andel 16 år og over med dårlig tannhelse. Alder og kjønn etter husholdningsinntekt, 2019	33
Figur 2.31	Andel 16 år og over som har vært hos tannlege i løpet av 12 måneder. Helsetilstand etter husholdningsinntekt, 2019.....	34
Figur 2.32	Andel med svekket helse som har vært hos tannlege i løpet av 12 måneder. Alder og kjønn etter husholdningsinntekt, 2019	34
Figur 2.33	Andel 16 år og over som har vært hos tannlege i løpet av 12 måneder etter husholdningsinntekt, 2015 og 2019	35
Figur 3.1	Andel 16 år og over med udekket behov for allmennlege eller legespesialist. Alder, kjønn og helsetilstand etter husholdningsinntekt, 2019.....	41
Figur 3.2.	Andel 16 år og over med udekket behov for allmennlege eller legespesialist etter husholdningsinntekt, 2015 og 2019.....	41
Figur 3.3	Andel 16 år og over som ikke har hatt råd til å hente ut reseptmedisiner på apotek/medisinutsalg. Alder, kjønn og helsetilstand etter husholdningsinntekt, 2019	42
Figur 3.4	Andel med dårlig tannhelse. Alder etter husholdningsinntekt, 2019	43
Figur 3.5	Andel 16 år og eldre med udekket behov for tannlege. Alder, kjønn og helsetilstand etter husholdningsinntekt, 2019	46
Figur 3.6	Andel 16 år og over med et udekket behov for tannlegehjelp etter hovedgrunn, 2019.....	46
Figur 3.7	Andel 16 år og over med udekket behov for tannlegehjelp og andel som har et udekket behov for tannlege av økonomiske grunner, 2006-2020	47
Figur 3.8	Andel som har et udekket behov for tannlege på grunn av økonomi (for dyrt) etter utvalgte europeiske land, 2019.....	48
Figur 3.9	Andel med et udekket behov for tannlege etter husholdningsinntekt, 2015 og 2019.....	48
Figur 3.10	Andel 16 år og eldre med udekket behov for psykolog eller psykiater. Alder, kjønn og helsetilstand etter husholdningsinntekt, 2019	51
Figur 3.11	Andel 16 år og eldre med udekket behov for psykolog eller psykiater etter husholdningsinntekt, 2015 og 2019	52
Figur 3.12	Andel 16 år og over som mener det er lett eller vanskelig å få pengene til å strekke til i det daglige etter udekket behov for lege, tannlege eller psykolog, 2019.....	53
Figur 4.1	Andel som er vaksinert mot influensa i løpet av 12 måneder. Alder, kjønn og helsetilstand etter utdanning, 2019	56
Figur 4.2	Andel som er vaksinert mot influensa i løpet av 12 måneder etter husholdningsinntekt, 2015 og 2019	57
Figur 4.3	Andel 16 år og over som har fått blodtrykket målt i løpet av en to årsperiode. Alder, kjønn og helsetilstand etter utdanningsnivå, 2019.....	58
Figur 4.4	Andel 16 år og over som har fått kolesterolet målt i løpet av en to års periode. Alder, kjønn og helsetilstand etter utdanning, 2019	59
Figur 4.5	Andel 16 år og over som har fått målt blodsukknivået målt i løpet av en to års periode. Alder, kjønn og helsetilstand etter utdanning, 2019	60
Figur 4.6	Andel 16 år og over som har tatt en avføringsprøve i løpet av en 3 års periode eller en koloskopiprøve i løpet av en 5 års periode. Alder, kjønn og helsetilstand etter utdanning, 2019	61
Figur 4.7	Andel 16 år og eldre og andel med svekket helse som har tatt influensavaksine og ulike prøver etter husholdningsinntekt, 2019	62
Figur 4.8	Andel kvinner som har vært til mammografi i løpet av en to års periode. Alder etter husholdningsinntekt, 2019.....	63
Figur 4.9	Andel kvinner som har vært til mammografi i løpet av en to års periode. Målgruppen (50-69 år) etter husholdningsinntekt, 2015 og 2019.....	64
Figur 4.10	Andel kvinner som har tatt celleprøve i løpet av en tre års periode. Alder etter husholdningsinntekt, 2019	64
Figur 4.11	Andel kvinner som har tatt celleprøve i løpet av en tre års periode. Målgruppen (25-69 år) etter husholdningsinntekt, 2015 og 2019	65
Figur 4.12	Andel kvinner som har tatt mammografi i løpet av en to års periode, andel kvinner som har tatt celleprøve i løpet av en tre års periode og andel menn som har tatt avføringstest i løpet av en to års periode etter utdanning, 2019	66

Tabellregister

Tabell 3.1	Andel 16 år og over som ikke har tatt kontakt med lege eller legespesialist til tross for behov, samt grunner for ikke å ha tatt kontakt (flere grunner kan oppgis). Etter alder, kjønn, utdanning, husholdningsinntekt, helsetilstand, arbeidsstatus, bostatus og landbakgrunn, 2019.....	39
Tabell 3.2	Andel 16 år og over som ikke har tatt kontakt med tannlege til tross for behov, samt grunner for ikke å ha tatt kontakt (flere grunner kan oppgis). Alder, kjønn, utdanning, husholdningsinntekt, helsetilstand, arbeidsstatus, bostatus og landbakgrunn, 2019.....	44
Tabell 3.3	Andel 16 år og over som ikke har tatt kontakt med psykolog eller psykiater til tross for behov, og grunner til at de ikke har tatt kontakt (flere grunner kan oppgis). Alder, kjønn, utdanning, husholdningsinntekt, helsetilstand, arbeidsstatus, bostatus og landbakgrunn, 2019	50
Tabell 4.1	Andel som har tatt vitaminer, influensavaksine, målt blodtrykk, kolesterol eller blodsukker (utført av helsepersonell) etter kjønn, alder, utdanning, husholdningsinntekt og helsetilstand, 2019	54
Tabell 4.2	Andel 45 år og eldre som har svekket helse eller kronisk lungesykdom, og andel av disse som har tatt influensavaksine siste 12 måneder etter utdanning, 2019	56
Tabell 4.3	Andel 45 år og eldre med svekket helse, hjerte-karsykdom og/eller høyt blodtrykk som har fått målt blodtrykket i løpet av en to års periode etter utdanning, 2019	58
Tabell 4.4	Andel 45 år og eldre med svekket helse, hjerte-karsykdom og høyt kolesterolnivå som har fått målt kolesterolet i løpet av en to års periode etter utdanning, 2019.....	59
Tabell 4.5	Andel 45 år og eldre med svekket helse eller diabetes som har fått målt blodsukkeret i løpet av en to års periode etter utdanning, 2019	61