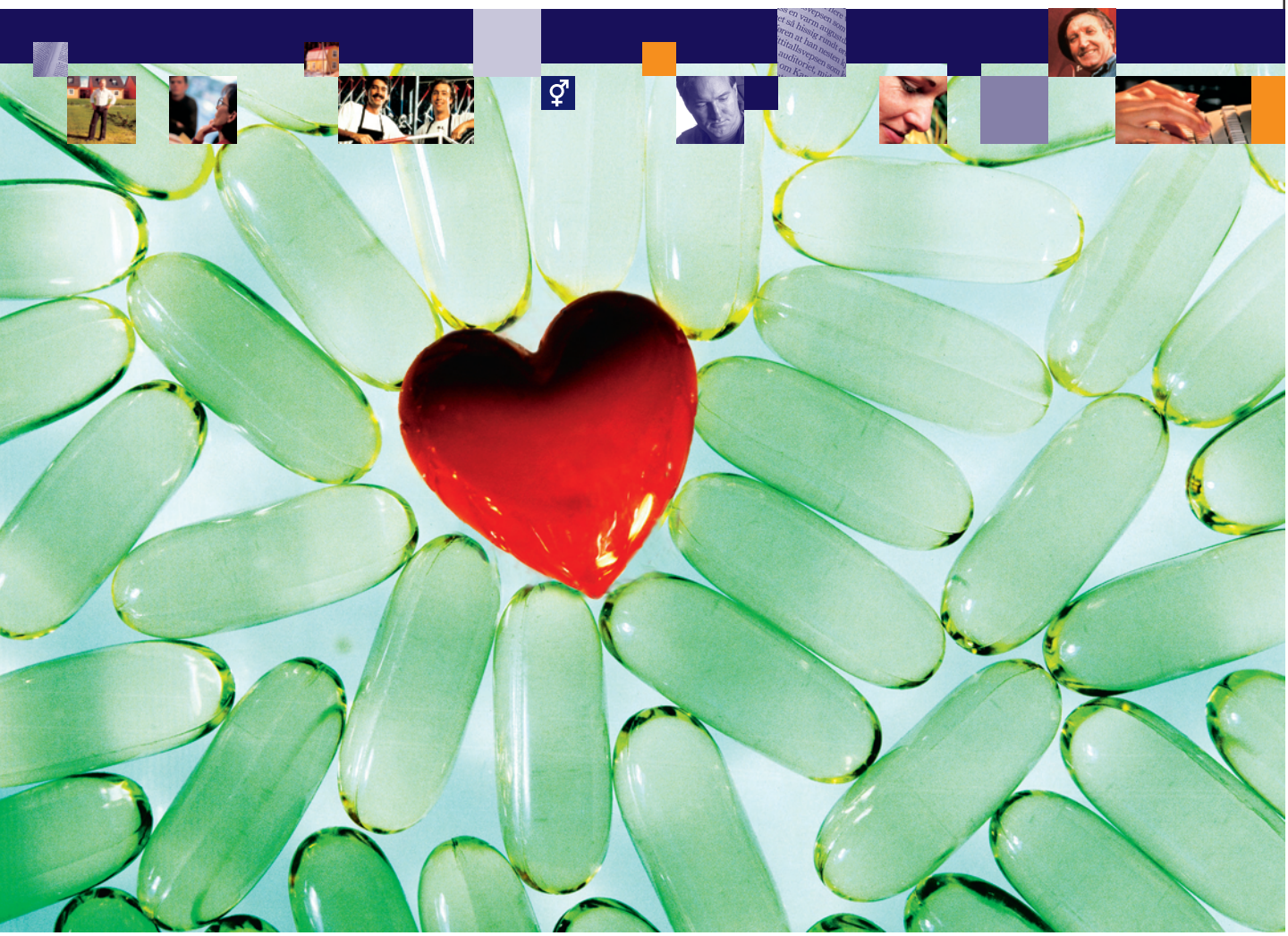
BARNE- OG LIKESTILLINGSDEPARTEMENTET

Rapport

Helse og bruk av helse-tjenester – forskjeller mellom kvinner og menn



BARNE- OG LIKESTILLINGSDEPARTEMENTET

Rapport

Helse og bruk av helse-tjenester – forskjeller mellom kvinner og menn

Forord

Vi mangler god og tilstrekkelig kjønnsspesifikk kunnskap om helse. Menn og kvinner er forskjellige fysisk og psykisk. De opplever livssituasjoner og livsløpet ulikt. Disse forskjellene har betydning for helse, livskvalitet og levealder. Kvinners og menns livsløp og livssituasjoner har endret seg de siste tiårene, noe som har konsekvenser for helse, livskvalitet og sykdom. Jeg har valgt å fokusere på kvinners og menns helse i en rapport som er en del av likestillingsvedlegget i år. Rapporten gir et bredt og sammensatt bilde av både kvinners og menns helse.

Det har vært mangel på kunnskap om sykdommer og helseplager som særlig rammer kvinner. Ofte har resultater fra studier av menn blitt gjort gyldig for kvinner uten at det finnes vitenskaplig begrunnelser for dette. På den annen side har menns livssituasjoner også endret seg de siste åra. Vi trenger oppdaterte tall og analyser som kan kaste lys over endringen i livssituasjoner og livsløp for både kvinner og menn.

Som et ledd i arbeidet med å integrere kjønnsperspektivet i budsjettarbeidet etter Likestillingsloven § 1 a, legger Barne- og likestillingsdepartementet årlig frem et tematisk vedlegg til St.prp.nr.1. Dette vedlegget er utarbeidet av Statistisk sentralbyrå og består av tre deler. I; Hoveddelen i årets vedlegg er en rapport med en bred kartlegging av kvinners og menns helse. II og III; Indikatordelen tar for seg sentrale temaer som sysselsetting, lønn, inntekt og makt med nøkkeltall for de siste 20 årene og en kortfattet analyse av hvert av temaene.

I rapporten kommer flere interessante paradokser til syne. Kvinner har for eksempel flere helseproblemer og plager. Til tross for dette er kvinners levealder høyere enn menns. Selv om sykdommer som typisk rammer menn har vært i fokus innen medisinsk forskning, bruker likevel menn helsetjenestene mindre enn kvinner

Det er betydelige forskjeller mellom kvinner og menn når det gjelder uførhet og uførepensjonering. Flere kvinner enn menn mottar uføreytelser. Menn blir uførepensjonert i yngre alder og har høyere uføregrad. Når antallet med uføreytelser i tillegg øker, er det viktig å skaffe mer kunnskap om uførhet, hvem som blir uføretrygdet og hvorfor, hvor store forskjellene er innen ulike yrker og mellom kvinner og menn. Hvem er det som faller utenfor arbeidsmarkedet på grunn av dårlig helse, og er det forskjeller mellom kjønnene med hensyn til uføreårsak, uføregrad, når i livsløpet det skjer og hvilken sivilstatus de har når det skjer?

Ved å skaffe oss mer oppdatert kunnskap om kjønnsforskjeller i livskvalitet, helse og livsløp vil vi kunne lage en mer treffsikker politikk på alle områder, men spesielt når det gjelder å forebygge helseskader og forbedre livskvaliteten for den enkelte, sørge for at folk kan stå i arbeidslivet lengre og ved det dekke arbeidskraftsbehovet i åra framover.

Barne- og likestillingsminister

Innholdsfortegnelse

Figurregister 4

Tabellregister 5

Innledning 6

Sammendrag 7
Menns og kvinners helse 7
Bruk av primærhelsetjenester 7
Bruk av spesialisthelsetjenester 7
Menn, kvinner og uførepensjon 7

Del 1 8
1 Menns og kvinners helse 8
1.1 Kvinner lever lengst, menn får flere friske år 8
1.2 Kvinner har flere helseplager enn menn 10
1.3 Lønnsarbeid er helsebringende … 12
1.4 Fysisk arbeidsmiljø 13
1.5 Flere kvinner har lange sykefraværsperioder … 13
1.6… og er oftere sykmeldt 13
1.7 Helseproblemer blant barn 14
1.8 Unge kvinner har mer helseplager 15
1.9 Helseproblemene øker med alderen for begge kjønn 16
1.10 Kvinner er mer åpne om helseproblemer 18
1.11 Vi drikker mer enn før 18
1.12 Mindre hverdagsaktivitet, mer mosjon 19
1.13 Flere med fedme 20
2 Bruk av primærhelsetjenester 22
2.1 Størst kjønnsforskjeller i legebruk blant yngre 22
2.2 Hos fastlegen: Depresjon og kronisk sykdom i nedre luftveier er vanlige diagnoser for begge kjønn . . . 23
2.3 Menn kontakter oftere allmennlegen på grunn av kronisk sykdom 23
2.4 To av tre resepter hos allmennlegen til kvinner 25
2.5 Kvinner henvises oftere til spesialist 25
2.6 Psykisk helse: kvinner søker hjelp 25
2.7 Flere kvinner enn menn bruker fysioterapeut og alternativ behandling 26
3 Bruk av spesialisthelsetjenester 27
3.1 Flere kvinner enn menn på sykehus 27
3.2 Flest menn innlagt for hjerte- karsykdommer 27
3.3 Svangerskap og alder forklarer mye av kjønnsforskjellene 29
3.4 Barn: Flest gutter på sykehus 30
3.5 Dagbehandling – flest kvinner, men menn hyppigst til dialyse 31
3.6 Flest kvinner til polikliniske konsultasjoner 32
4 Menn, kvinner og uførepensjon 34
4.1 Økt sysselsetting, men stadig flere mottar uføreytelser 34
4.2 Varig uførepensjon: Flere kvinner enn menn 37
4.3 Tidsbegrenset uførestønad: Flere kvinner enn menn 38
4.4 Vanligste årsak til uførhet: Muskel-skjelettsykdom blant kvinner, psykiske lidelser blant menn 40
4.5 Gradert uførhet: flere kvinner 43
4.6 Varig uførepensjon: flere kvinner 45

Del 2 47
5 Kvinners og menns yrkesdeltagelse 47
5.1 Mange kvinner i Norge jobber.... 47
5.2 .. men nesten halvparten jobber deltid 48
5.3 Fortsatt kvinne- og mannsdominerte yrker 49
5.4 Kvinner i fruktbar alder trekker sykefraværet opp 50
6 Kvinners og menns lønn 51
6.1 Flere deltidsansatte kvinner 52
6.2 Størst lønnsspredning blant menn 52
6.3 Stor lønnsforskjell i lederyrker 52
6.4 Høyere utdanningsnivå gir større lønnsforskjeller 53
6.5 Mer bonus til menn 53
7 Kvinners og menns inntekt 54
7.1 Flere kvinnelige hovedinntektstakere 54
7.2 Kvinner i flertall blant uførepensjonistene 54
7.3 Og 9 av 10 minstepensjonister er kvinner 54
8 Makt og politikk 56
8.1 De fleste sjefer er menn 56
8.2 Få kvinnelige styreledere 56
8.3 Flest menn på Stortinget og i kommunestyrer 57
8.4 Flest kvinner ved valgurnene 58
8.5 Kun to av ti ordførere er kvinner 58
9 Innvandrerkvinner og menn i Norge 59
9.1 Lavere yrkesdeltaking blant kvinner enn blant menn 59
9.2 Innvandrerkvinner har lavere inntekter 60
9.3 Lav valgdeltakelse blant de ikke-vestlige innvandrerkvinnene.. 60
9.4 men 46 prosent av kandidatene er kvinner 60

Del 3 61
10 Indikatorer på likestilling 61

Referanser 67

Figuroversikt

Figur 1.1. Forventet levealder ved fødsel for de nordiske landene. 2005 8
Figur 1.2. Forventet levealder fra fødsel. 1971-2005. Menn og kvinner. 9
Figur 1.3. Andel med helseproblemer som påvirker hverdagen i ganske stor og stor grad. Menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent. 1998, 2002, 2005 10
Figur 1.4. Andel med meget god eller god helse. Menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent. 2005 11
Figur 1.5. Andel med meget god eller god helse. Menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent. 1998, 2002, 2005 11
Figur 1.6. Andel med sykdom som påvirker hverdagen i noen grad og i stor grad. Menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent. 2005 12
Figur 1.7. Tapte dagsverk pga. egenmeldt og legemeldt sykefravær for arbeidstakere 16-69 år i prosent av avtalte dagsverk. Kvartalstall. Kvinner og menn 2000-2006 14
Figur 1.8. Forekomst av utvalgte lidelser. Menn og kvinner 16-24 år. Prosent. 2005 16
Figur 1.9. Forekomst av utvalgte lidelser. Menn og kvinner 25-44 år. Prosent. 2005 16
Figur 1.10. Forekomst av utvalgte lidelser. Menn og kvinner 45-66 år. Prosent. 2005 17
Figur 1.11. Forekomst av en del utvalgte sykdommer. Menn og kvinner 67-79 år. Prosent. 2005 18
Figur 1.12. Drikker mye alkohol 2 eller flere ganger per uke. Menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent. 2005 19
Figur 1.13. Mosjonerer ukentlig eller oftere. Menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent. 20
Figur 1.14. Andel med fedme (BMI >30) blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. 1995, 1998, 2002,2005. Prosent 21
Figur 2.1. Kvinner og menn som har vært hos fastlegen: Andel som har oppsøkt lege på grunn av kroniske lidelser. Aldersgrupper. Prosent. 24
Figur 3.1. Antall døgnopphold ved somatiske sykehus for bosatte i Norge. Etter kjønn og hoveddiagnosegruppe. 2006 28
Figur 3.2. Antall døgnopphold ved somatiske sykehus per 1000 innbyggere, etter kjønn og alder. Svangerskapsrelaterte opphold er ekskludert. 2006 29
Figur 3.3. Dagbehandling ved somatiske sykehus, etter kjønn og aldersgruppe. 2006 32
Figur 4.1. Mottakere av uføreytelser. Antall. 1995-2006 35
Figur 4.2. Mottakere av varig uførepensjon. Etter kjønn. Antall. 1995-2006 37
Figur 4.3. Mottakere av varig uførepensjon. Etter kjønn og aldersgruppe. Antall. Pr. 31. desember 2006 38
Figur 4.4. Mottakere av tidsbegrenset uførestønad. Etter kjønn. Antall. 2004-2006 39
Figur 4.5. Mottakere av tidsbegrenset uførestønad. Etter kjønn og aldersgruppe. Antall. Pr. 31. desember 2006 40
Figur 4.6. Mottakere av varig uførepensjon. Etter kjønn og primærdiagnosegruppe. Prosent. Pr. 31. desember 2005 41
Figur 4.7. Mottakere av tidsbegrenset uførestønad. Etter kjønn og primærdiagnosegruppe. Prosent. Pr. 31.desember 2005 42
Figur 4.8. Mottakere av varig uførepensjon. Uføregrad blant menn. Pr. 31.desember 2006. 43
Figur 4.9. Mottakere av varig uførepensjon. Uføregrad blant kvinner. Pr. 31.desember 2006. 44
Figur 4.10. Mottakere av varig uførepensjon. Etter kjønn og sivilstand. Prosent. Pr. 31.desember 2004 45
Figur 5.1. Kvinner og menn i arbeidsstyrken 20-66 år. Utvalgte land. Prosent. 2006 47
Figur 5.2. Yrkesfrekvens for kvinner og menn. 16-74 år 48
Figur 5.3. Deltidsarbeidende kvinner og menn 15 år og eldre. Utvalgte land. 3. kvartal 2005 48
Figur 5.4. Sysselsatte kvinner og menn i utvalgte yrkesgrupper. 1986 og 2006. Prosent 49
Figur 5.5. Legemeldt sykefravær for arbeidstakere etter alder og kjønn. Prosent. 2006 50
Figur 6.1. Kvinners lønn i prosent av menns lønn per 3. kvartal 1998-2006. Gjennomsnittlig månedslønn per heltidsekvivalent. Alle ansatte 51
Figur 6.2. Andel menn og kvinner per desil 3. kvartal 2006. Heltidsekvivalenter. Alle ansatte 52
Figur 7.1. Andel minstepensjonister blant alders- og uførepensjonister. Kvinner og menn. 1989-2005 55
Figur 8.1. Andel kvinnelige ledere i ulike sektorer/ på ulike nivåer. 2006 56
Figur 8.2. Andel kvinner på Stortinget og i kommunestyrene. 1969-2005. 57
Figur 9.1. Kvinner i alderen 16-74 år, etter yrke1 og landbakgrunn. 4. kvartal 2006. Prosent 60

Tabelloversikt

Tabell 1.1. Andel av sysselsatte med ulike helseplager som helt eller delvis skyldes jobben. Menn og kvinner. 2003. Prosent. 13
Tabell 1.2. Sykefravær. Årsak, varighet. Menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent. 2003 13
Tabell 1.3. Andel som har vært plaget av ulike symptomer i en tremåneders periode. Kvinner og menn 16-24 år. Prosent. 2005 15
Tabell 1.4. Andel som røyker eller som bruker snus. Menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent. 2005 19
Tabell 2.1. Andel som har vært hos allmennlege siste år og andel som har vært hos allmennlege 5 eller flere ganger siste år. Menn og kvinner og familiefase. Prosent. 2005 22
Tabell 2.2. Konsultasjoner for de vanligste enkeltdiagnosene hos fastlegen målt i en tremåneders periode fra januar-mars 2006. SEDA-utvalget. Fordeling på enkeltdiagnoser for kvinner og menn. Prosent 23
Tabell 2.3. De vanligste kroniske diagnosene som settes hos allmennlegen 24
Tabell 2.4. Har symptomer på psykiske vansker (HSCL >1,75) eller brukt sovemedisin, beroligende medisin eller medisin mot depresjon daglig eller ukentlig de siste ukene. Menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent. 2005 25
Tabell 2.5. Andel som har vært hos fysioterapeut, kiropraktor eller alternative behandlere siste år og antall kontakter per 100 personer. Menn og kvinner i ulike aldersgrupper 26
Tabell 3.1. Døgnopphold1 og liggedager per 1 000 innbyggere, etter kjønn og alder. Svangerskapsrelaterte opphold er ikke medregnet. 2006 30
Tabell 3.2. Vanligste årsaker til polikliniske konsultasjoner[1] ved offentlige[2] somatiske sykehus, etter kjønn. 2006 33
Tabell 6.1. Gjennomsnittlig månedslønn per heltidsekvivalent og kvinners lønn i prosent av menns lønn per 3. kvartal 2006. Alle ansatte etter sektor 51
Arbeid 61
Lønn 62
Inntekt 63
Makt og politikk 64
Helse 65

Innledning

Rapporten har til hensikt å belyse forskjeller mellom kvinner og menn innen helse og deres bruk av helsetjenester. Rapporten inneholder en indikatordel og indikatortabeller som beskriver utvikling i likestilling mellom kvinner og menn på ulike samfunnsområder over tid. Data, tekst, figurer og tabeller er utarbeidet av Statistisk sentralbyrå.

Rapporten er delt inn i tre deler:
I del 1 ser vi nærmere på menns og kvinners helse, bruk av primærhelsetjenester, spesialhelsetjenester og uførepensjon.
Del 2 omhandler kvinners og menns yrkesdeltagelse, lønn- og inntektsforskjeller og kjønnsforskjeller innen makt og politikk. Del 2 inneholder også et kort kapittel om innvandrerkvinner i forhold til innvandrermenn og kvinner uten innvandrerbakgrunn, på ulike områder.
Del 3 inneholder indikatortabeller for temaene arbeid, lønn, inntekt, makt og politikk, helse og for innvandrerkvinner og menn.

Sammendrag

Menns og kvinners helse

- Kvinner lever 4,5 år lenger enn menn i gjennomsnitt
- Flere kvinner enn menn har varig sykdom, skade eller funksjonshemming som ikke har så store konsekvenser for dem i hverdagen, men nesten like mange menn og kvinner har helseproblemer som påvirker deres hverdag i stor grad
- Kvinner har høyere legemeldt sykefravær enn menn. Egenmeldt sykefravær er det samme
- Før 16-årsalderen er gutter litt mer utsatt for sykdom enn jenter, mens unge kvinner 16-24 år har mer sykdommer og symptomer enn unge menn. Forskjellen er særlig stor for psykiske symptomer
- Kvinner har mer fibromyalgi, artrose og psykiske vansker, menn har mer diabetes og hjerteinfarkt
- Flere menn enn kvinner sliter med overvekt eller fedme

Bruk av primærhelsetjenester

- Flere kvinner enn menn går til legen, og de har flere konsultasjoner per år
- Høyt blodtrykk er den vanligste sykdommen som både kvinner og menn oppsøker allmennlegen for. Kvinner kommer oftere til legen med gikt og revmatiske sykdommer, mens relativt flere menn kommer med hjerteforstyrrelser og diabetes
- Flere kvinner enn menn blir henvist til spesialist

Bruk av spesialisthelsetjenester

- Kvinner står for over halvparten av oppholdene på somatiske sykehus
- Overrepresentasjonen skyldes at kvinner i reproduktiv alder må på sykehus i forbindelse med svangerskap og fødsler og høyere levealder for kvinner
- Flere menn enn kvinner er på sykehus med hjerte- og karsykdommer. Forskjellene er ikke så store for andre diagnoser
- Fram til 15-årsalderen er det flere gutter enn jenter som legges inn på sykehus
- Kvinner får flest dagbehandlinger og har flest polikliniske konsultasjoner
- Menn er i flertall blant de som får dialysebehandling ved nyresvikt, kvinner får utført flere undersøkelser og behandlinger for øyesykdommer

Menn, kvinner og uførepensjon

- Flere kvinner enn menn mottar uføreytelser, og den største forskjellen mellom kjønnene er å finne blant mottakere av tidsbegrenset uførestønad
- Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev er den vanligste årsaken til uførhet blant kvinner, mens den vanligste blant menn er psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser
- Det er en lavere andel helt uføre blant kvinner enn blant menn
- Gradert uførhet (at man er mindre enn 100 prosent ufør) er mer vanlig blant nye uførepensjonister
- Flere gifte kvinner enn gifte menn mottar varig uførepensjon

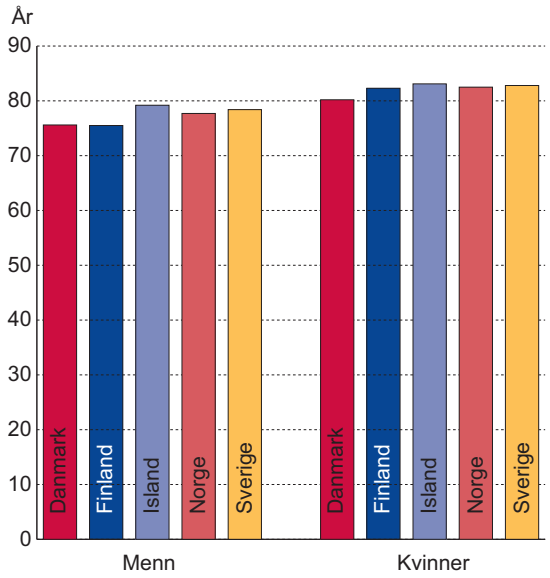
Del 1

1 Menns og kvinners helse

1.1 Kvinner lever lengst, menn får flere friske år

En historisk viktig indikator på helsetilstanden er levealderen. Levealderen i Norge er høy, men ikke like høy for menn som for kvinner. I alle vestlige land er det kvinnene som lever lengst. Til enhver tid under livsløpet, med unntak av de eldste, dør 40 prosent flere menn enn kvinner.

Figur 1.1. Forventet levealder ved fødsel for de nordiske landene. 2005

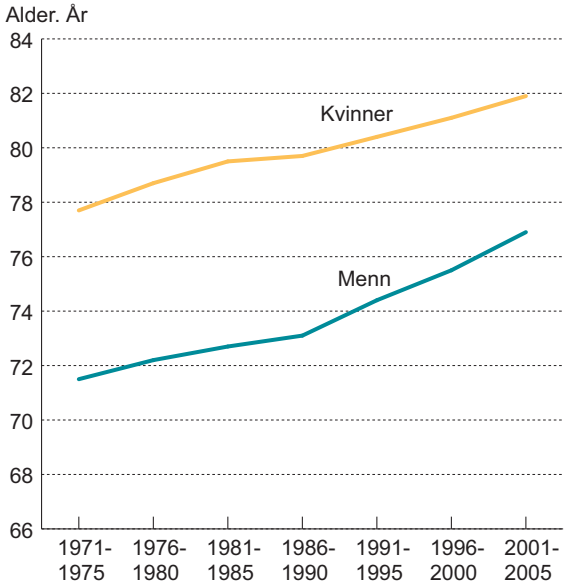


Kilde: Nordiske statistikkbyråer. Nordisk statistisk årbok, Danmarks Statistik, http://www.dst.dk/

I Norge er gjennomsnittlig forventet levealder for en nyfødt jente og en nyfødt gutt henholdsvis 82,7 og 78,1 år. De senere årene har menn hatt en sterkere økning i forventet levealder enn kvinner, og gapet mellom kjønnene reduseres.

Forskjellen i forventet levealder er redusert med en tredel de siste 20 årene. I 2006 forventet man at kvinner ville leve 4,5 år lenger enn menn i gjennomsnitt. En økning i levealderen er imidlertid ikke ensbetydende med flere "friske" leveår. Det kan for enkelte bety flere år med redusert helse eller funksjonsproblemer. Helsen svekkes og forekomsten av sykdom og skader øker med alder.

Figur 1.2. Forventet levealder fra fødsel. 1971-2005. Menn og kvinner.

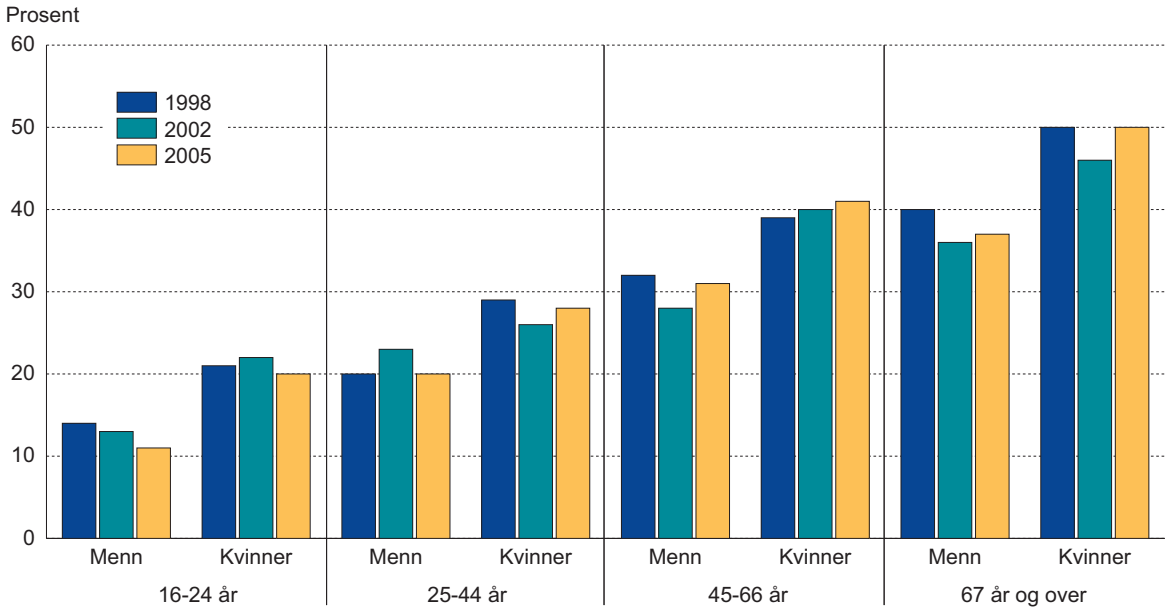


Kilde: Befolkningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå

Forventet levealder beregnes årlig ut fra alderen på de som døde og de som overlevde forrige år. Hvis dette mønsteret i dødelighet holdes uendret for årene framover, kan det beregnes hvor gammel et "gjennomsnitts" nyfødt barn vil bli med denne forutsetningen.

Beregninger av forventede leveår i god helse eller uten nedsatt funksjonsevne viser at menn lever kortere, men får flere friske leveår sammenlignet med kvinner. "Healthy Life Years" (HLY) er en indikator som måler antall år en person i en gitt alder antas å leve uten funksjonsvansker. Beregninger viser at forventet levealder i god helse var 66,3 år for menn og 64,2 år for kvinner i gjennomsnitt i 2003. I forhold til estimert levealder betyr det at rundt 11 år for menn og i underkant av 18 år for kvinner i gjennomsnitt, vil være leveår der de er begrenset i sin livsutfoldelse på grunn av helseproblemer (http://epp.eurostat.ec.europa.eu).

Figur 1.3. Andel med helseproblemer som påvirker hverdagen i ganske stor og stor grad. Menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent. 1998, 2002, 2005



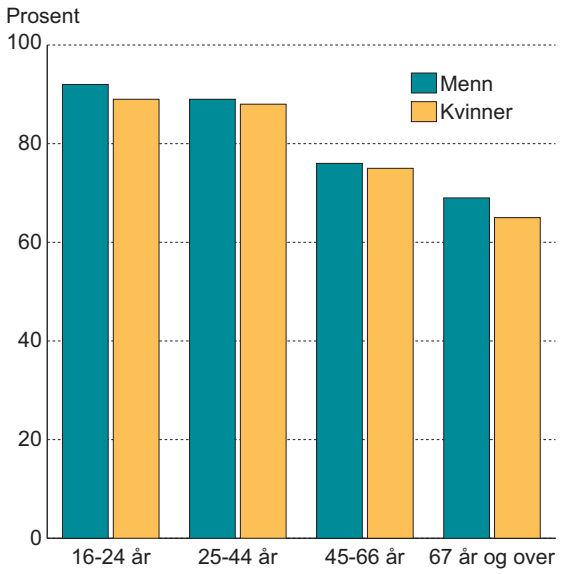
Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå

At levealderen øker skyldes i stor grad at dødeligheten av hjerte-/kar sykdommer har avtatt. Det at menn lever kortere enn kvinner henger sammen med at menn er mer utsatt enn kvinner for å pådra seg alvorlige sykdommer i sirkulasjonsorganene i relativt ung alder. Kreft er den andre store dødsårsaken. Menn har høyere dødelighet enn kvinner av kreft i aldersgrupper over 55 år. Lungekreft har de senere årene økt blant kvinner, men dødeligheten av lungekreft er fremdeles dobbelt så høy blant menn som blant kvinner. I alderen 35-55 år er det flere kvinner enn menn som dør av kreft. Dette skyldes at brystkreft og andre kreftformer som bare rammer kvinner, ofte oppstår i relativt ung alder. I tillegg er menn gjennom hele livet mer utsatt for ulykker og voldshandlinger med dødelig utgang. Om lag dobbelt så mange menn som kvinner begår selvmord hvert år (Dødsårsaksregisteret, SSB). Flesteparten av dem som begår selvmord er i aldersgruppen 40-49 år. Biologi er ikke tilstrekkelig for å forklare forskjeller i dødelighet og forventet levetid.

1.2 Kvinner har flere helseplager enn menn

En høyere andel kvinner enn menn oppgir at de har en varig sykdom, skade eller funksjonshemming. Det er også flere kvinner som sier at helseproblemene de har påvirker hverdagen. Samtidig er det liten forskjell mellom kvinner og menn i vurdering av egen helse. Når kvinner og menn blir spurt om hvordan de vurderer egen helse sier fire av fem at helsen er god. En andel på 6 prosent sier at helsen er dårlig.

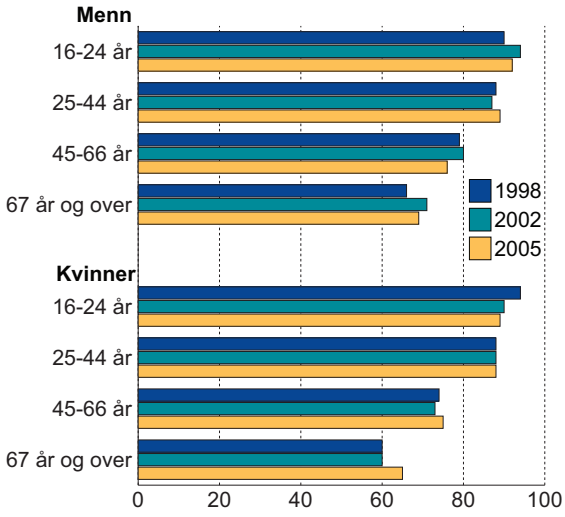
Figur 1.4. Andel med meget god eller god helse. Menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent. 2005



Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå

I kognitive intervjuer, det vil si dybdesamtaler med intervjupersoner, har SSB kartlagt hva "folk flest" tenker på med begrepet helse. Begrepet ble tillagt ulikt innhold etter alder og kjønn. I samtalene fremkom det at man først og fremst tenker på fysisk og mental helse, men også sunnhet og god fysisk form. Egenvurdert helse er et stabilt mål og er i flere studier vist å kunne predikere dødelighet. Det har vært liten endring i hvordan kvinner og menn vurderer egen helse siste 10 års periode. Imidlertid ser helt unge kvinner i alderen 16-24 år ut til å oppleve en forverring i helsetilstanden – fra 94 prosent med god helse i 1998, til 90 prosent i 2002 og 89 prosent i 2005. Selv om det er lavere andeler som sier at helsen er god blant eldre, er det i denne gruppen vi ser den mest positive utviklingen. Blant eldre menn og i noen grad eldre kvinner har det vært en forbedring i samme periode (Helse- og levekårsundersøkelsene, SSB).

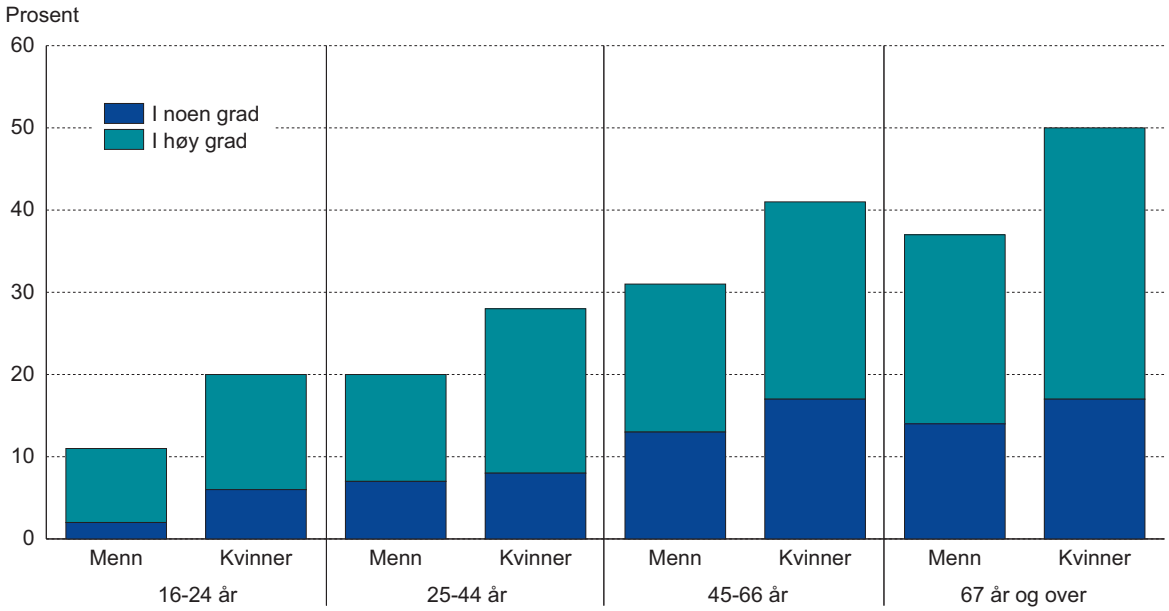
Figur 1.5. Andel med meget god eller god helse. Menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent. 1998, 2002, 2005



Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå

Vel 60 prosent av befolkningen har en varig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne. Det er imidlertid langt færre som har sykdom, skade eller funksjonshemming som har konsekvenser for dem i hverdagen. Mens 9 prosent av menn og 12 prosent av kvinner sier de har et helseproblem med store konsekvenser i hverdagen, har 15 prosent av menn og 23 prosent av kvinner helseproblemer som påvirker hverdagen i noen grad. Tallene kan tyde på at den største forskjellen mellom kvinner og menn ikke gjelder de mest alvorlige helseproblemene, men at en høyere andel kvinner har vansker som påvirker hverdagen i noen grad. Mens en av fire menn har en sykdom som påvirker hverdagen i noen eller høy grad gjelder dette en av tre kvinner.

Figur 1.6. Andel med sykdom som påvirker hverdagen i noen grad og i stor grad. Menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent. 2005



Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå

1.3 Lønnsarbeid er helsebringende …

.. hevder WHO i en rapport om kjønn, helse og arbeid (http//:www.who.int/gender/documents/en) der de omtaler helseeffekter på kvinner og menn i ulike yrker og bransjer. Noe av bakgrunnen for utsagnet er at lønnsarbeid gir struktur i tilværelsen, følelse av tilhørighet og økonomisk selvstendighet. Imidlertid vil helsegevinsten i stor grad være avhengig av de fysiske og organisatoriske arbeidsforholdene man jobber under, samt arbeidsmiljøet.

73 prosent av menn og 66 prosent av kvinner i Norge i alderen 15-74 år, var sysselsatt i 2006. Knapt halvparten av kvinnene er i deltidsarbeid, og mange kvinner gir uttrykk for at de ønsker å jobbe mer (Arbeidskraftundersøkelsen, SSB). Kvinners yrkesdeltakelse er i større grad enn menns yrkesdeltakelse avhengig av gode velferdsordninger. Fordi det er kommet på plass bedre og mer dekkende ordninger for barnehager, permisjonsrettigheter og omsorg for nære pårørende, er atskillig flere kvinner i arbeid i dag sammenlignet med tidligere. Likevel er arbeidsmarkedet svært kjønnsdelt. Kvinner og menn arbeider i ulike yrker og i ulike sektorer. Kvinner jobber ofte i tjenesteytende yrker, pleie- og omsorgsyrker, samt i skolen, og i offentlig sektor. Mange menn jobber i privat sektor og har i større grad administrativt og produksjonsrettet arbeid.

1.4 Fysisk arbeidsmiljø

Mange kvinner, men også mange menn, har arbeid som de opplever som belastende. I tabellen under er det listet opp en del helseeffekter som helt eller delvis skyldes arbeidet man utfører, og der det er forskjeller mellom menn og kvinner (Levekårsundersøkelsen 2003, SSB). Om lag én av tre føler seg fysisk utmattet minst en gang i uka når de kommer hjem fra jobben.

Tabell 1.1. Andel av sysselsatte med ulike helseplager som helt eller delvis skyldes jobben. Menn og kvinner. 2003. Prosent.

	Menn	Kvinner
Føler seg ukentlig fysisk utmattet når de kommer hjem fra arbeid	29	37
Føler seg nedfor pga. kritikk eller vansker på jobb 1 gang i mnd eller oftere	21	24
Har smerter i nakke, skuldre eller øvre del av ryggen	11	17
Har smerter i armer, håndledd eller hender	7	12
Har smerter i hofter, ben, kne eller føtter	5	6
Har ukentlig vansker med å sove fordi de tenker på jobben	7	9
Har hodepine eller migrene	3	8
Har vært utsatt for arbeidsulykker siste 12 mnd	4	2
Antall ansatte som svarte	1 221	1 192

Kilde: Levekårsundersøkelsen, Statistisk sentralbyrå

1.5 Flere kvinner har lange sykefraværsperioder …

Flere kvinner enn menn har hatt sammenhengende sykefravær på mer enn 14 dager siste år. Dette gjelder nesten én av fire kvinner over 24 år (25 prosent), og om lag 15 prosent av menn i samme aldersgruppe. Menn i alderen 25-44 år har i snitt hatt flest fraværsdager på grunn av arbeidsulykker. Menn og kvinner i alle aldersgrupper har hatt omtrent like mange sykefraværsperioder på mer enn 14 dager. Det er en relativt høy andel blant helt unge menn som sier at helseplagene som har ført til fraværet, skyldes arbeidet.

Tabell 1.2. Sykefravær. Årsak, varighet. Menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent. 2003

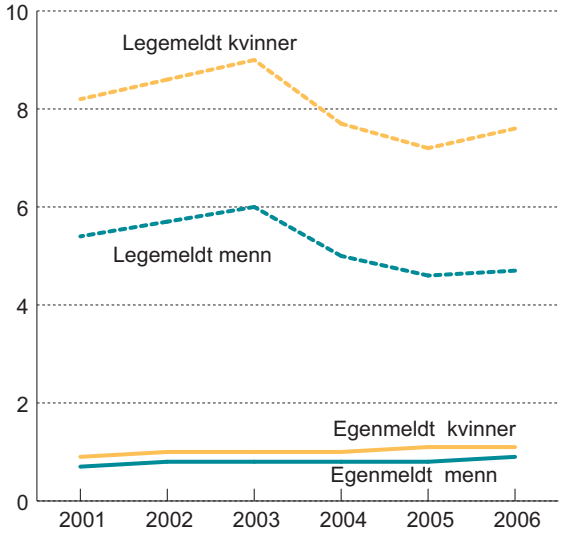
	16-24 år		25-44 år		45-66 år	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Antall fraværsdager siste år pga arbeidsulykker, gjennomsnitt	0,5	0,6	2,6	1,4	0,7	0,1
Hatt sammenhengende sykefravær på mer enn 14 dager, siste 12 mnd	12	9	13	23	17	25
Antall sykefraværsperioder på mer enn 14 dager, gjennomsnitt	1,6	1,8	1,5	1,4	1,3	1,2
Årsak til sykefraværet var helseplager som skyldtes jobb	5	1	7	10	10	11

Kilde: Levekårsundersøkelsen, Statistisk sentralbyrå

1.6… og er oftere sykmeldt

Flere kvinner enn menn får sykmelding fra allmennlege, og kvinner blir sykmeldt hyppigere enn menn. Tre av fem sykmeldinger som skrives ut av allmennlege, skrives ut til kvinner. Denne forskjellen består, om enn noe redusert, også når det korrigeres for sykmeldinger knyttet til svangerskap og fødsel (Sentrale data fra allmennlegetjenesten (SEDA)). Kjønnsforskjeller i bruk av sykmeldinger (sykmeldingspraksis) bekreftes også av SSBs statistikk over sykefravær, som viser at 7,6 prosent kvinner og 4,3 prosent av mannlige arbeidstakere hadde legemeldt fravær fra arbeidet i 2006.
Det egenmeldte sykefraværet er i størrelsesorden 1 prosent for begge kjønn.

Figur 1.7. Tapte dagsverk pga. egenmeldt og legemeldt sykefravær for arbeidstakere 16-69 år i prosent av avtalte dagsverk. Kvartalstall. Kvinner og menn 2000-2006



Kilde: Sykefraværsregisteret og utvalgsundersøkelse om egenmeldt fravær, Statistisk sentralbyrå

Fastlegen skriver ut flere sykmeldinger til kvinner enn til menn, men det er liten forskjell i fordelingen på diagnoser. "Depressiv lidelse" er den mest brukte sykmeldingsdiagnosen både for menn og kvinner.

Influensa er den nest vanligste sykmeldingsdiagnosen for begge kjønn. Imidlertid er "psykisk ubalanse" tredje største årsak for kvinner, mens menn har rygglidelser. Foruten forskjeller knyttet til svangerskap og fødsel, har menn noe høyere andel sykmeldinger knyttet til ryggproblemer, ulykker og skader. Belastningsskader og plager er en hyppig årsak til sykefravær hos kvinner, men disse er av en slik karakter at de bare i mindre grad blir registrert av Arbeidstilsynet. Sykdom som kvinner pådrar seg i arbeidslivet utvikler seg gjerne over tid, og blir sjelden definert som yrkessykdom (St.meld. nr. 16 (2002-2003)). Tiltak for å bedre arbeidsmiljøet fokuserer oftere på farlige stoffer og kraftig støy enn på tunge løft.

Siden 1980-tallet har sykefraværet økt. Dette har sammenheng med at flere kvinner er aktive på arbeidsmarkedet enn tidligere, se avsnitt 5.1 i del 2. Sykdom i forbindelse med svangerskap er hovedforklaringen på kjønnsforskjellen, se avsnitt 5.4 i del 2 (Bjørnstad 2006).

1.7 Helseproblemer blant barn

Flertallet av norske barn har god helse selv om en del plager ser ut til å tilta utover i ungdomsårene, særlig blant jenter. Blant barn og unge er det problemer knyttet til allergi og astma som er mest utbredt. Utover i ungdomsårene øker forekomsten av skader, smerter og plager fra muskler og skjelett, og psykisk betingede symptomer.

Aborttall, dødelighetstall samt tall på spedbarnshelse viser at gutter er mer sårbare i småbarnsalder. Allerede i mors liv er de mer utsatt gjennom høyere hyppighet av spontanaborter, komplikasjoner ved fødselen, og ved å ha dårligere helse i første leveår. Det er også flere guttebarn enn jentebarn som dør.

Det er høyere andeler gutter i alderen 6-15 år som har helseproblemer sammenlignet med jenter, selv om forskjellene er relativt små (Helse- og levekårsundersøkelsen 2005). Blant barn opp til 15 års alder er luftveisinfeksjoner den hyppigste årsaken til legebesøk (SEDA). Mellom 36 og 37 prosent av barn under 4 år oppsøker lege med luftveisinfeksjoner (Lunde 2007). Flere gutter enn jenter kommer til fastlegen med problemstillinger som legen diagnostiserer som "psykisk lidelse". Det kan omfatte vansker knyttet til hyperaktivitet, dysleksi, konsentrasjonsvansker, sengevæting mv. (SEDA).

Helse- og levekårsundersøkelsen 2005 viser at det er høyere andel gutter i alderen 6-15 år som har vært urolige eller rastløse eller hatt store konsentrasjonsvansker i løpet av en tre måneders periode sammenlignet med jenter på samme alder.

Astma er vanligere blant gutter enn jenter, henholdsvis 9 og 6 prosent (Helse- og levekårsundersøkelsen 2005). Samtidig har 5 prosent av guttene sammenlignet med 3 prosent av jentene tatt astmamedisiner daglig i løpet av de siste 4 ukene. Gutter er mer utsatt for skader enn jenter. Mens 15 prosent av guttene hadde vært utsatt for skade eller forgiftning som medførte besøk hos lege eller tannlege siste år, gjaldt dette 10 prosent av jentene (Helse- og levekårsundersøkelsen 2005).

1.8 Unge kvinner har mer helseplager

De største helseutfordringene for denne aldersgruppen er knyttet til psykiske vansker, luftveislidelser og muskel-/skjelettlidelser. Tall fra Helse- og levekårsundersøkelsen 2005 viser at unge jenter over 15 år i langt større grad enn gutter er plaget med smerter, hodepine eller har følt seg trette og slappe.

Tabell 1.3. Andel som har vært plaget av ulike symptomer i en tremåneders periode. Kvinner og menn 16-24 år. Prosent. 2005

Har vært plaget siste 3 måneder med …	Menn	Kvinner
..smerter i kroppen	10	17
.. hodepine eller migrene	16	30
.. kløe eller svie	3	8
.. kvalme eller fordøyelsesbesvær	5	12
.. svimmelhet eller dårlig balanse	3	9
.. angst eller fobier	2	6
.. nedstemt eller deprimert	5	13
.. irritabel eller aggressiv	7	12
.. konsentrasjonsvansker	10	12
.. søvnproblemer	7	14
.. trett eller slapp	12	29

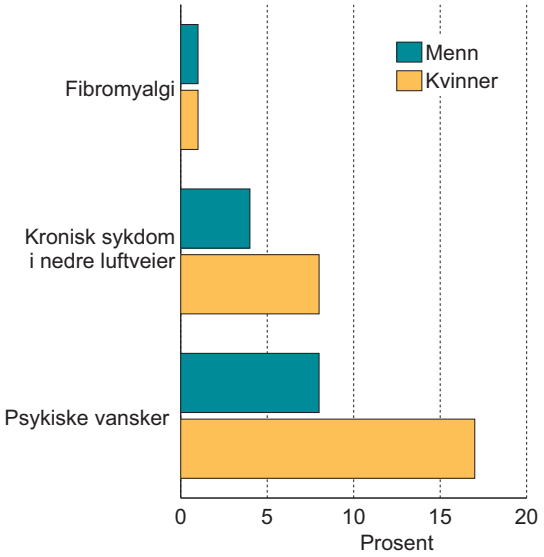
Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå

Sammenlignet med andre aldersgrupper har mange i alderen 16-24 år symptomer på psykiske lidelser. Psykisk helse er vanskelig å fange opp gjennom befolkningsundersøkelser, særlig blant barn og unge. Likevel kan man med utgangspunkt i spørsmål om man har følt seg nedstemt/vært deprimert, hatt søvnproblemer med videre, anta grad av manglende trivsel og fungering. I følge målinger (Helse- og levekårsundersøkelsen 2005) har 8 prosent av unge menn og 17 prosent av unge kvinner så vidt mange og sterke symptomer at de mest sannsynlig har et psykisk problem. Videre har 5 prosent jenter og 2 prosent gutter en sykdom i muskler eller skjelett[1]. Det er også forholdsmessig høye andeler blant yngre kvinner som angir kroniske sykdommer i nedre luftveier[2]. Dette er en sekkebetegnelse for flere lungelidelser blant annet kronisk bronkitt, kronisk obstruktiv lungelidelse (KOLS), emfysem og astma. Blant unge har de fleste av de som faller i denne sykdomsgruppen astma, mens andelen med KOLS og emfysem øker med alder. Om lag 8 prosent av kvinner i alderen 16-24 år sier at de har kronisk sykdom i nedre luftveier (astma).

[1] Sykdomsopplysningene er fra intervjuer fra Helse- og levekårsundersøkelsene. Opplysningene fra respondentene er kodet etter Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer, 10. revisjon, WHO, (ICD-10)

[2] Kroniske sykdommer i nedre luftveier, J40-J47, (ICD-10)

Figur 1.8. Forekomst av utvalgte lidelser. Menn og kvinner 16-24 år. Prosent. 2005

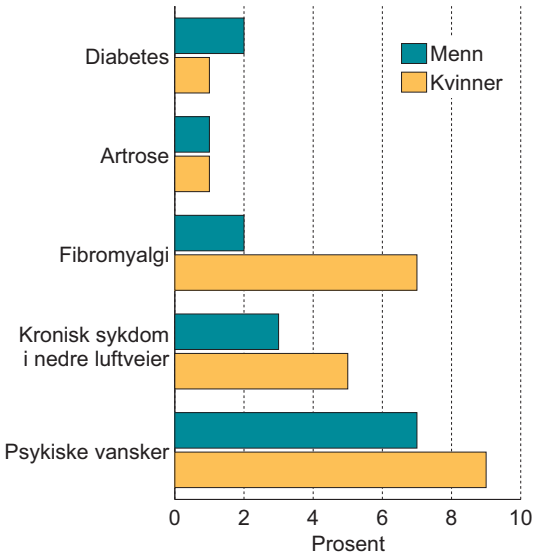


Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå

1.9 Helseproblemene øker med alderen for begge kjønn

Mens kun 1 prosent sier at de har fibromyalgi blant 16-24 åringer, er forekomsten høyere blant kvinner i alderen 25-44 år. I tillegg er det flere i alderen 25-44 år som har artroser (slitasjegikt). Det er imidlertid lavere andeler i denne aldersgruppen som angir så vidt mange og sterke symptomer på psykiske vansker som i den yngste aldersgruppen, og forskjellen mellom menn og kvinner er mindre. Om lag 1 prosent kvinner og 2 prosent menn i alderen 25-44 år sier at de har diabetes.

Figur 1.9. Forekomst av utvalgte lidelser. Menn og kvinner 25-44 år. Prosent. 2005



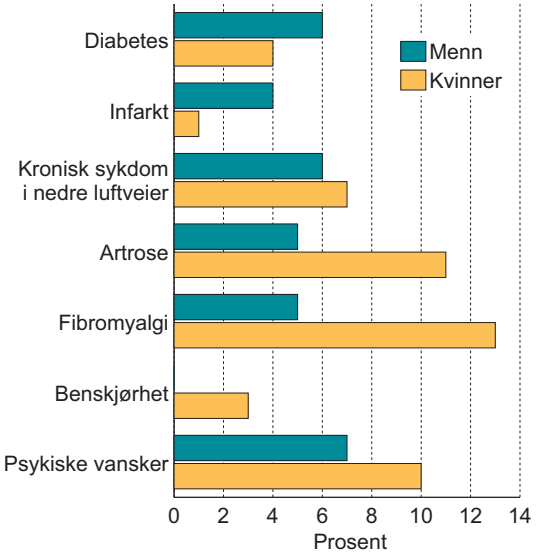
Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå

Etter 45 års alder øker forekomsten av helseproblemer markert både blant menn og kvinner. For en del sykdommer blir kjønnsforskjellene mindre. Blant kvinner og menn i alderen 45-66 år er det muskel-/skjelettlidelser, hjerte-/karlidelser og åndedrettslidelser som er mest utbredt. I denne aldersgruppen er det høyere forekomst av slitasjesykdommer blant kvinner. Høye andeler blant kvinner i denne aldersgruppen forteller at de har sykdommer som artrose, fibromyalgi og benskjørhet.

En andel av disse kvinnene uførepensjoneres for kroniske smerter eller psykiske plager før de når pensjonsalderen. Kvinner står også for nesten tre av fire konsultasjoner hos fastlegen med artrose (slitasjegikt) som hoveddiagnose. Diagnosen forekommer hyppigst i aldersgrupper over 45 år (SEDA).

I intervjuer i Helse- og levekårsundersøkelsen 2005 sier flere menn enn kvinner i alderen 45-66 år at de har diabetes. Det er også flere menn enn kvinner som går til legen med diabetes (SEDA). Det gjelder både diabetes 1 og 2. Hos fastlegen skrives det ut flere resepter til menn over 40 år med diabetes sammenlignet med kvinner på samme alder (Reseptregisteret, FHI). Blant yngre er det liten forskjell. Diabetes øker risiko for hjerteinfarkt, og menn får gjerne hjerteinfarkt tidligere enn kvinner. Forekomsten øker dramatisk med alder. I aldergruppen 45-66 år er andelen menn som sier de har hatt hjerteinfarkt fire ganger så høy som for kvinner. Registreringer hos fastlegen viser at mer enn dobbelt så mange menn som kvinner, uavhengig av alder, går til legen med infarkt (SEDA).

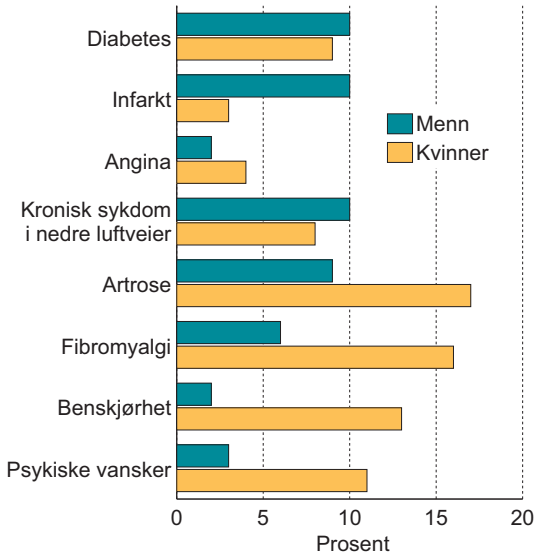
Figur 1.10. Forekomst av utvalgte lidelser. Menn og kvinner 45-66 år. Prosent. 2005



Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå

Etter 67 år har langt flere menn opplevd et hjerteinfarkt og forekomsten av diabetes øker. Både blant menn og kvinner er andelen med diabetes (type 1 og 2) nærmere 10 prosent. I denne aldersgruppen er det flere kvinner enn menn som sier at de har angina (hjertekramper). Det er også flere kvinner som sier at de har en muskel-/skjelett sykdom som fibromyalgi (kronisk smertesyndrom), samt artroser. 17 prosent av kvinnene sier at de lider av benskjørhet. Andelen menn og kvinner med kronisk sykdom i nedre luftveier er klart høyere i denne aldersgruppen, og høyest for menn.

Figur 1.11. Forekomst av en del utvalgte sykdommer. Menn og kvinner 67-79 år. Prosent. 2005



Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå

Blant eldre (80 år og over) er fordelingen mellom kvinner og menn på sykdommene som referert i figuren over, men forekomsten er høyere. I tillegg pådrar eldre menn seg sykdommer i urin- og kjønnsorganer (prostata) og i åndedrettsorganene (astma, KOLS, emfysem mv.), mens de eldste kvinnene i større grad rapporterer om nervøse lidelser (depresjoner, angst mv.) og skader (blant annet lårhalsbrudd).

1.10 Kvinner er mer åpne om helseproblemer

Betydningen av emosjonell støtte, at en har noen å være åpen i forhold til og få bekreftelser på seg selv fra, blir ofte framhevet i litteraturen om psykisk helse. De som ikke har noen å snakke fortrolig med, har oftere dårligere psykisk helse enn de som har fortrolige. Helse- og levekårsundersøkelsen 2005 viser at om lag 3 prosent av menn og 2 prosent av kvinner sier at de ikke har noen å snakke fortrolig med. Kvinner involverer venner og kollegaer i større grad. Over halvparten av kvinnene snakker med venner om slike problemer, sammenlignet med vel en tredel av mennene. Dette bekrefter en antakelse om at menn er mer familieorienterte i sitt valg av noen å snakke fortrolig med (Barstad 2005).

1.11 Vi drikker mer enn før

Tall fra Helse- og levekårsundersøkelsen 2005 viser at 24 prosent røyker daglig, 10 prosent røyker av og til og en andel på 4 prosent bruker snus. Det har vært en nedgang i dagligrøyking i alle aldersgrupper. Unge kvinner røyker i noe større grad enn unge menn, mens det i den eldste aldersgruppen er en litt høyere andel menn som røyker. Røyking øker risiko for å utvikle blant annet lungesykdommer. Statistikken viser at det er høyere andeler kvinner enn menn som har kronisk sykdom i nedre luftveier i yngre aldersgrupper. Antallet tilfeller av lungekreft blant kvinner har også økt de senere årene.

Snusbruk er blitt mer vanlig, og bruken varierer med kjønn og alder. Det er flest unge menn som snuser, 14 prosent av gutter i alderen 16-24 år og 9 prosent av menn i alderen 25-44 år bruker snus av og til eller regelmessig. Videre bruker 4 prosent av jenter i alderen 16-24 år og 2 prosent av kvinner i alderen 25-44 år snus.

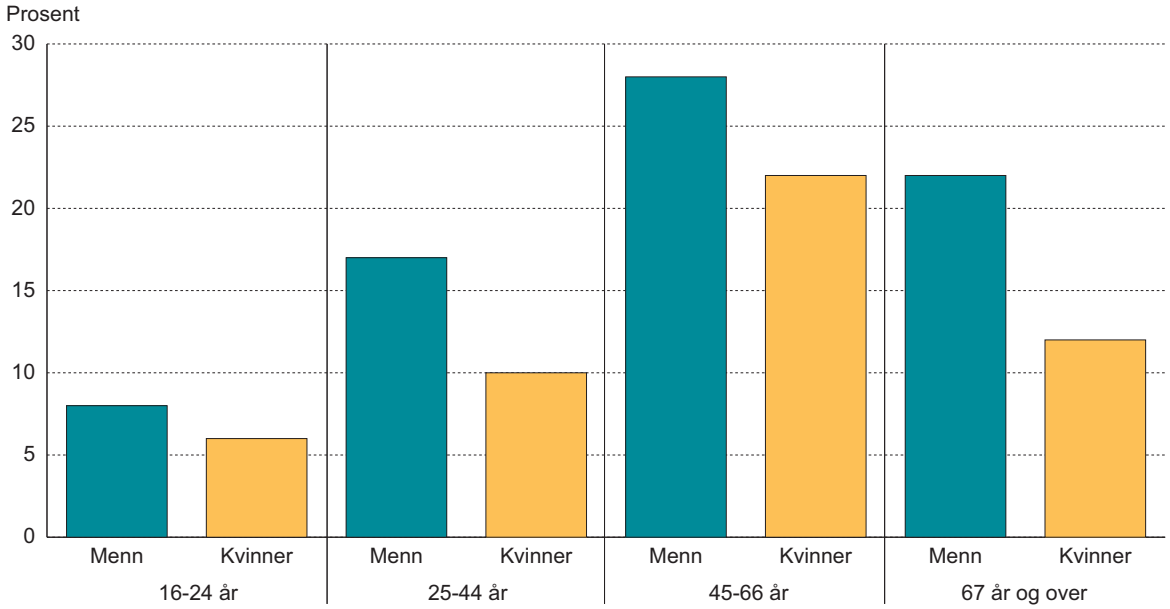
Tabell 1.4. Andel som røyker eller som bruker snus. Menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent. 2005

	16-24 år		25-44 år		45-66 år		67 år og over	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Røyker daglig	20	22	27	27	27	27	16	13
Røyker av og til	14	16	14	11	8	8	3	2
Bruker snus av og til eller daglig	14	4	9	2	3	0	:	:

Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå

Nordmenn drikker i gjennomsnitt mer enn før. Menn drikker mer enn kvinner i alle aldre, men middelaldrende kvinner (45-66 år) nærmer seg menns nivå (Helse- og Levekårsundersøkelsen 2005).

Figur 1.12. Drikker mye alkohol 2 eller flere ganger per uke. Menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent. 2005



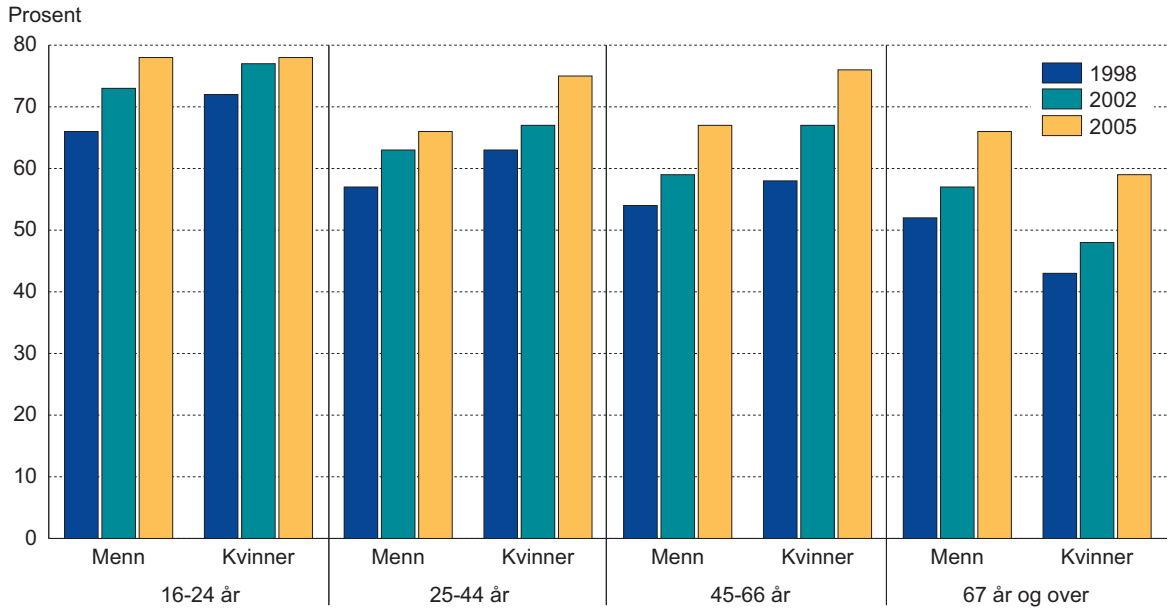
Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå

1.12 Mindre hverdagsaktivitet, mer mosjon

Regelmessig fysisk aktivitet har en sykdomsforebyggende og helsefremmende effekt. Fysisk aktivitet bidrar i forebygging og behandling av blant annet hjerte-karlidelser, diabetes type 2, ulike krefttyper, benskjørhet, angst og depresjon.

Intervjuopplysninger viser at større deler av befolkningen mosjonerer og trener enn tidligere. Det gjelder særlig i grupper over 24 år. Andelen som mosjonerer regelmessig øker mest i de eldste aldersgruppene. Samtidig er andelen som sier at de aldri mosjonerer vesentlig redusert i alle aldersgrupper. Automatisering og mer stillesittende arbeid, gode transporttilbud, og økt konsentrasjon av boliger og butikker til mer avgrensede områder gjør at hverdagsaktiviteten går ned.

Figur 1.13. Mosjonerer ukentlig eller oftere. Menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent.



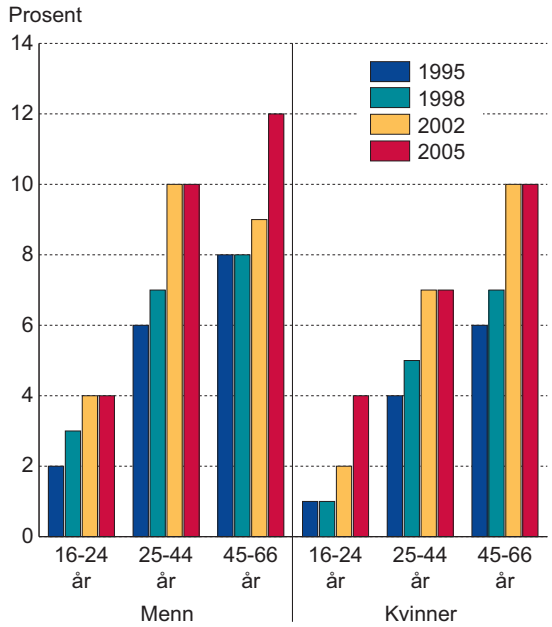
Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå

Mange nordmenn er glade i å gå tur i skogen eller på fjellet. 8 av 10 har vært på fottur, mens 5 av 10 har vært på skitur i skogen eller på fjellet siste år. Det er relativt små forskjeller mellom kvinner og menn i disse aktivitetene. Mens kvinner ofte er involvert i mosjonsaktiviteter, er flere menn enn kvinner aktive og interessert i lagidrett (Levekårsundersøkelsen om fritid 2004).

1.13 Flere med fedme

Andelen med overvekt og fedme har steget dramatisk i mange vestlige land. I Norge har det også vært en økning i andelen med fedme siste ti år. Blant menn i alderen 45-66 år og blant unge jenter (16-24 år) har det vært en økning fra 1998 til 2005. Overvekt og fedme øker risiko for helseproblemer, både fysisk og psykisk. På sikt vil dette mest sannsynlig øke forekomsten av diabetes, hjerte- karsykdommer og slitasjesykdommer i knokler og ledd.

Figur 1.14. Andel med fedme (BMI >30) blant menn og kvinner i ulike aldersgrupper. 1995, 1998, 2002,2005. Prosent



Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

2 Bruk av primærhelsetjenester

Menn oppsøker i mindre grad enn kvinner legekontorene. Om lag 65 prosent av menn og 75 prosent av kvinner går til allmennlegen i løpet av et år. Forskjellen mellom menn og kvinner er størst for grupper i fruktbar alder, og utjevnes med økende alder. I aldersgruppen 45-66 år er det ti prosentpoeng flere kvinner som har vært hos allmennlegen. I gruppen over 67 år har like store andeler menn som kvinner vært hos allmennlege siste år. Det er også like store andeler kvinner og menn som har hatt mer enn fem konsultasjoner siste år blant eldre (om lag 20 prosent).

2.1 Størst kjønnsforskjeller i legebruk blant yngre

Det er i aldersgrupper under 45 år at kjønnsforskjellene i bruk av allmennlegetjenester er størst. Dobbelt så høy andel kvinner har hatt flere enn 5 kontakter med allmennlege siste år sammenlignet med menn.

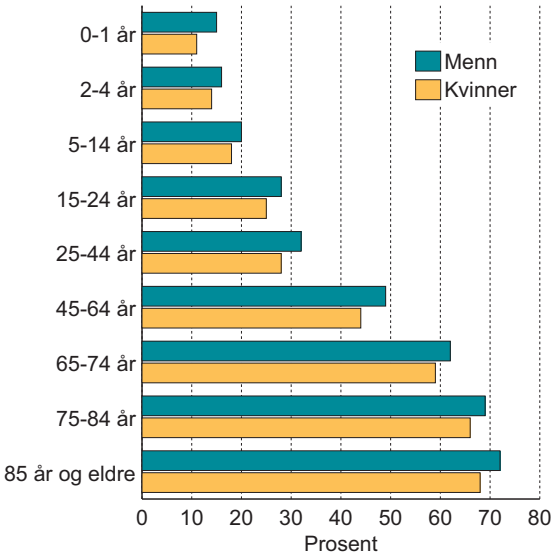
Tabell 2.1. Andel som har vært hos allmennlege siste år og andel som har vært hos allmennlege 5 eller flere ganger siste år. Menn og kvinner og familiefase. Prosent. 2005

		Hos allmennlege	Mer enn 5 ganger hos allmennlege
Alle	Menn	65	11
	Kvinner	75	18
Enslige 16-24 år som bor hos foreldre	Menn	60	6
	Kvinner	70	10
Enslige 16-24 år ellers	Menn	55	5
	Kvinner	77	14
Enslige 25-44 år	Menn	60	7
	Kvinner	79	21
Par 16-44 år u/ barn	Menn	58	7
	Kvinner	73	17
Enslige forsørgere	Menn	64	8
	Kvinner	74	24
Par med barn 0-6 år	Menn	60	7
	Kvinner	67	16
Par med barn 7-19 år	Menn	60	11
	Kvinner	68	15
Par uten barn 45-66 år	Menn	71	14
	Kvinner	83	19
Par uten barn 67 år og eldre	Menn	81	19
	Kvinner	74	16
Enslige 45-66 år	Menn	69	18
	Kvinner	79	24
Enslige 67 år og eldre	Menn	74	21
	Kvinner	81	19

Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå

Etter 45 års alder utjevnes forskjellene i helsetjenestebruk mellom menn og kvinner. Menn over 45 år som lever i parforhold, ser ut til å gå mer til legen enn menn som lever alene, men ikke oftere enn kvinner i samme familiefase. Etter pensjonsalder er det høyere andeler menn enn kvinner som har vært hos legen fem eller flere ganger siste år.

Figur 2.1. Kvinner og menn som har vært hos fastlegen: Andel som har oppsøkt lege på grunn av kroniske lidelser. Aldersgrupper. Prosent.



Kilde: System for Elektroniske Data fra Allmennlegetjenesten, SEDA

De vanligste kroniske sykdommene som blir diagnostisert er høyt blodtrykk, hjerterytmeforstyrrelser, diabetes og slitasjegikt. Høyt blodtrykk er den vanligste kroniske diagnosen både for menn og kvinner. Flere kvinner enn menn kommer med problemstillinger knyttet til slitasjegikt, leddgikt og reumatiske sykdommer, mens relativt flere menn kommer med hjerteforstyrrelser og diabetes.

Tabell 2.3. De vanligste kroniske diagnosene som settes hos allmennlegen
(Sortert på hyppigste forekomster blant kvinner)

Høyt blodtrykk
Diabetes mellitus
Hjerterytmeforstyrrelse
Slitasjegikt (inkl. hofte og kne)
Leddgikt/andre reumatiske sykdommer
Hypotyreose, Lavt stoffskifte
Hjertesvikt
Angina pectoris
Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)
Migrene
Høyt kolesterol
Beinskjørhet
Psoriasis
Demens
Epilepsi
Multippel sklerose
Hørselsvekkelse
Psykisk utviklingshemming
Parkinsonisme
Glaukom (Grønn stær)
Diagnoseregistrering i en tremånedersperiode fra mars-mai 2006
Omfatter 8755 konsultasjoner

Kilde: System for Elektroniske Data fra Allmennlegetjenesten, SEDA, Statistisk sentralbyrå

2.2 Hos fastlegen: Depresjon og kronisk sykdom i nedre luftveier er vanlige diagnoser for begge kjønn

En del lidelser og sykdommer er like for menn og kvinner og følger livsfaser og alder.
Depresjon, kronisk obstruktive luftveissykdommer, fibromyalgi og diabetes er de vanligste diagnosene fastlegen setter i møtet med kvinnelige pasienter. I tillegg til de nevnte diagnosene er det relativt sett mange menn som får diagnosene infarkt og slag.

Tabell 2.2. Konsultasjoner for de vanligste enkeltdiagnosene hos fastlegen målt i en tremåneders periode fra januar-mars 2006. SEDA-utvalget. Fordeling på enkeltdiagnoser for kvinner og menn. Prosent

	Menn	Kvinner	Alle
Depresjon	36	64	100
Kronisk sykdom i nedre luftveier[1]	45	55	100
Fibromyalgi	36	64	100
Diabetes II	51	49	100
Angina	53	47	100
Slag	60	40	100
Benskjørhet	8	92	100
Infarkt	71	29	100
Artrose	26	74	100
Spiseforstyrrelser	1	99	100
Diabetes I	57	43	100
Antall konsultasjoner	6 032	7 813	13 845

[1] Kodene R78, R79, R95;R96;R99 I Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten, Wonca International Classification Committee, ICPC-2

Kilde: System for Elektroniske Data fra Allmennlegetjenesten, SEDA, Statistisk sentralbyrå

2.3 Menn kontakter oftere allmennlegen på grunn av kronisk sykdom

Om lag like store andeler av kvinner og menn som tar kontakt med fastlegen, gjør det på grunn av kroniske sykdommer, om lag 40 prosent av konsultasjonene hos fastlegen. I alle aldersgrupper er imidlertid andelen med kronisk sykdom litt større blant menn. Fordi det antallsmessig er flere kvinner enn menn som går til lege, er det også flere kvinner enn menn som behandles av allmennlegen for kroniske diagnoser. Kvinner står for om lag 60 prosent av kontaktene hos allmennlegen for kroniske sykdommer.

2.4 To av tre resepter hos allmennlegen til kvinner

Allmennlegen skriver oftere ut resepter til kvinner enn til menn (SEDA). Av alle resepter på medisiner som skrives ut går nesten to tredeler til kvinner. Legemidler som påvirker nervesystemet utgjør den største legemiddelgruppen. Kvinner får flere resepter på antibiotika, migrenemidler, smertestillende midler og sovemidler enn menn. Menn på sin side bruker mer diabetesmedisiner og kolesterolsenkende midler enn kvinner.

2.5 Kvinner henvises oftere til spesialist

En av fire kvinner og én av fem menn har vært hos spesialist på sykehus siste år (Helse- og levekårsundersøkelsen 2005). Blant kvinner i fruktbar alder er det en vesentlig høyere andel enn menn som har vært hos spesialist, både spesialister på sykehus og private spesialister. Hvis henvisning knyttes til hoveddiagnosen, og henvisninger koblet til svangerskap og fødsel utelukkes, reduseres andelen henvisninger for kvinner. Til tross for dette er det flere kvinner enn menn som henvises videre til spesialist (SEDA). Forskjellene mellom menn og kvinner blir mindre med økende alder. Blant barn i alderen 2-14 år er det relativt flere gutter enn jenter som henvises videre inn i spesialisthelsetjenesten.

2.6 Psykisk helse: kvinner søker hjelp

Både kvinner og menn oppsøker allmennlegen med psykiske vansker. I befolkningsintervjuer der symptomer fanges opp ved hjelp av en serie enkeltspørsmål om hodepine, aggressivitet, følelse av håpløshet med videre, er det en høyere andel kvinner enn menn som blir registrert med psykiske vansker. Det er også flere kvinner som har oppsøkt profesjonell hjelp for vanskene sine. Blant kvinner under 45 år har mellom 6 og 7 prosent vært hos psykolog siste år (Helse- og levekårs-undersøkelsen 2005). Det er også en høyere andel kvinner som bruker medisiner mot søvnproblemer, uro og depresjon. Tallene for bruk av antidepressiva er høyest i de eldste aldergruppene. Tall fra Reseptregisteret (Folkehelseinstituttet) viser også at kvinner sto for to tredjedeler av bruken av antidepressive medikamenter i 2004, og at nesten dobbelt så mange kvinner som menn bruker antidepressiva.

Tabell 2.4. Har symptomer på psykiske vansker (HSCL >1,75) eller brukt sovemedisin, beroligende medisin eller medisin mot depresjon daglig eller ukentlig de siste ukene. Menn og kvinner i ulike aldersgrupper. Prosent. 2005

	16-24 år		25-44 år		45-66 år		67 år og over	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Har psykiske vansker	8	17	7	9	7	10	3	11
Brukt sovemedisin	0	2	1	2	4	8	6	14
Brukt beroligende medisin	0	2	1	1	3	3	2	7
Brukt medisin mot depresjon	1	2	3	4	4	8	2	6
Vært hos psykiater	0	1	1	1	1	2	0	0
Antall konsultasjoner hos psykiater siste år.								
Per 100 pers.	0	16	5	10	6	9	0	0
Vært hos psykolog	2	7	3	6	2	3	:	1
Antall kontakter med psykolog siste år.								
Per 100 personer	29	84	21	66	18	25	:	4

Kilde: Helse- og Levekårsundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå

Flere kvinner enn menn registreres med psykisk sykdom og psykiske vansker i befolkningsundersøkelser. Flere menn enn kvinner begår selvmord. Studier har imidlertid vist at unge kvinner i større grad enn unge menn registres med selvmords-forsøk (Bjerke 1990), men kjønnsforskjellene minker (Hjelmeland 1999). Selvmordsstatistikken viser nokså stabile selvmordstall, både for menn og kvinner.

2.7 Flere kvinner enn menn bruker fysioterapeut og alternativ behandling

Også når det gjelder andre helsetjenester bruker kvinner tjenester som fysioterapi, kiropraktikk og alternative helsetjenester i større grad enn menn. Tall for kontakthyppighet viser at kvinner benytter slike tjenester i langt større omfang enn menn. I aldersgruppen 25-44 år er forskjellene imidlertid mindre og i aldersgruppen 45-66 år er det en høyere andel menn enn kvinner som har vært hos kiropraktor.

Tabell 2.5. Andel som har vært hos fysioterapeut, kiropraktor eller alternative behandlere siste år og antall kontakter per 100 personer. Menn og kvinner i ulike aldersgrupper

	16-24 år		25-44 år		45-66 år		67 år og over	
Konsulert:	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Fysioterapeut	8	12	12	14	13	20	12	23
antall kontakter per 100 pers.	81	185	152	168	252	407	180	340
Kiropraktor	4	6	8	9	9	7	4	6
antall kontakter per 100 pers.	21	55	46	56	36	46	26	27
Alternativ behandler	3	8	5	17	6	19	4	9

Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå

3 Bruk av spesialisthelsetjenester

3.1 Flere kvinner enn menn på sykehus

Pasientstatistikken viser at menn og kvinner har ulikt forbruk av sykehustjenester, men ulik bruk betyr ikke nødvendigvis forskjellsbehandling. Menn og kvinner har ikke helt sammenfallende helseproblemer, og hva sykehusene kan tilby ulike pasientgrupper, kan ikke uten videre tolkes som mangel på likestilling. Likevel kan data som belyser forskjeller i forbruksrater være et utgangspunkt for videre studier av likestilling i sykehussektoren.

I 2006 var det i overkant av 820 000 døgnopphold ved de somatiske sykehusene for personer bosatt i Norge. Kvinner sto for 54,3 prosent av oppholdene. Den gjennomsnittlige liggetiden per opphold er derimot noenlunde lik for begge kjønn og har vært det i en årrekke. I 2006 var liggetiden henholdsvis 5 døgn for menn og 5,1 for kvinner. Siden kvinner også har flere opphold, betyr det at menn har færre liggedager årlig ved sykehusene.

Kvinnene sto også for 51,3 prosent, av de om lag 544 000 dagbehandlingene (undersøkelser og behandlinger, se boks). Bildet er det samme for de polikliniske konsultasjonene ved offentlige somatiske sykehus, 56 prosent av disse gjaldt kvinner.

Døgnopphold, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner

Kapittelet ser på menns og kvinners bruk av de somatiske sykehustjenestene. Dataene er hentet fra Statistisk sentralbyrås Pasientstatistikk og ventelistedata fra Norsk pasientregister. Det betyr at bruk av øvrige somatiske spesialisthelse-
tjenester slik som legespesialister utenfor sykehus, opptreningsinstitusjoner, sykestuer og fødehjem ikke er omtalt. Psykisk helsevern drøftes heller ikke her.

Døgnopphold er et sammenhengende opphold hvor tjenestemottakeren normalt overnatter. Oppholdet løper fra innskriving til utskriving, og for eksempel permisjoner regnes ikke med. Man kan i særskilte tilfelle få 0 døgn som liggetid, blant annet hvis pasienten er innlagt for øyeblikkelig hjelp, men dør samme dag.

Dagbehandling er utredning og behandling som er mer omfattende enn poliklinisk konsultasjon, men hvor pasienten ikke overnatter. Dagbehandling kan utføres poliklinisk eller ved dagopphold, som er en planlagt innleggelse uten overnatting.

Poliklinisk konsultasjon er en konsultasjon ved poliklinikk som i det minste består av en utredning, og der det normalt er lege til stede. Kontakt med sykepleier som etter spesiell opplæring, delegasjon eller veiledning fra legen utfører det samme arbeidet og har tilsvarende fasiliteter medregnes også.

Liggedager (også kalt oppholdsdøgn) er antall døgn en pasient er innlagt. Liggedager beregnes som antall hele dager fra innskrivningsdato til utskrivningsdato. Inn og ut samme dag gir 0 liggedager.

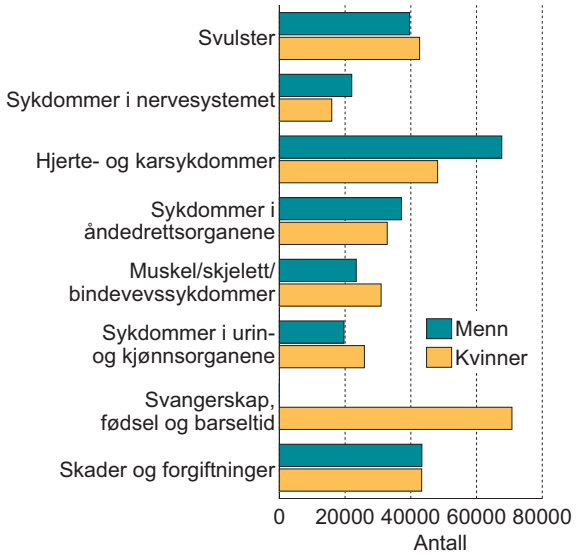
Gjennomsnittlig liggetid for en gruppe er summen av alle deres liggedager delt på antall døgnopphold for gruppen.

3.2 Flest menn innlagt for hjerte- og karsykdommer

Pasientstatistikken viser at det er forskjeller mellom kjønnene når det gjelder årsakene til sykehusopphold. Den vanligste hoveddiagnosegruppen ved døgnopphold for kvinner er svangerskapsrelaterte tilstander. Det var i overkant av 70 000 slike opphold i 2006. Dette dreide seg i hovedsak om fødsler. Av de om lag 56 000 fødslene dette året foregikk langt de fleste ved sykehus.

Hjerte- og karsykdommer er den vanligste årsaken til døgnopphold for menn, med 18 prosent av deres opphold. Her er det iskemiske hjertesykdommer, som hjerteinfarkt og angina pectoris (hjertekramper), som er de hyppigst forekommende hoveddiagnosene. Menn har nesten dobbelt så mange opphold som kvinner for disse hjertesykdommene. Hjernekarsykdommer, slik som hjerneslag, er derimot en nesten like hyppig innleggelsesårsak for begge kjønn.

Figur 3.1. Antall døgnopphold ved somatiske sykehus for bosatte i Norge. Etter kjønn og hoveddiagnosegruppe. 2006



Kilde: Pasientstatistikk 2006, Statistisk sentralbyrå.

Hoveddiagnose
En hoveddiagnose gis for den tilstanden som er hovedårsaken til at pasienten trenger behandling eller undersøkelse. Ved flere tilstander velges den mest ressurskrevende. I pasientstatistikken brukes den internasjonale sykdomsklassifikasjonen ICD-10. Hoveddiagnosegruppene følger kapittelinndelingen i ICD-10.

Menn får noe oftere hoveddiagnose innen gruppene sykdommer i nervesystemet (cerebral parese, multippel sklerose, Parkinson, epilepsi mm.) og sykdommer i åndedrettsorganene (lungebetennelse, astma, øvre luftveissykdommer mm.). Kvinner ligger derimot noe mer på sykehus for kreft. Det er i første rekke kreft i fordøyelsesorganer, bryst eller kjønnsorganer de behandles for. Også for andre sykdommer i urin- og kjønnsorganene har kvinner flere døgnopphold enn menn.

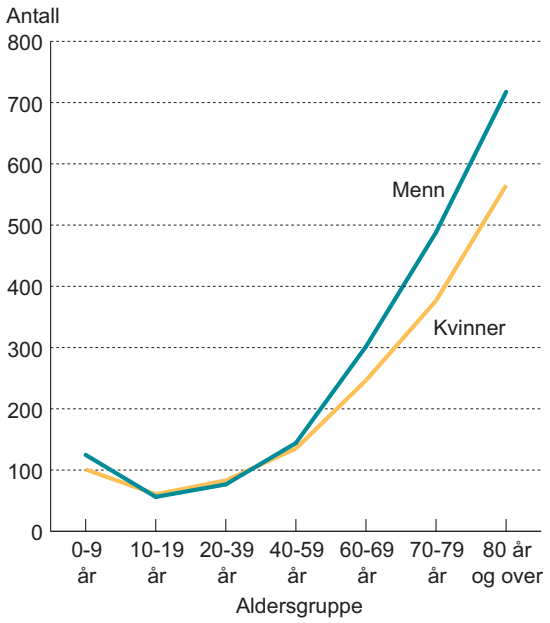
Levekårsundersøkelsen om helse viser at egenrapportert sykdom i muskel- og skjelettsystem og bindevev er klart hyppigere hos kvinner enn hos menn, noe som også gjenspeiler seg i antall døgnopphold for slike lidelser. Kvinner hadde over 7000 flere døgnopphold enn menn for dette i 2006, og muskel- og skjelettsykdommer var dermed hoveddiagnosegruppen med størst kvinnelig overvekt, med unntak av svangerskap og fødsler.

Skader og forgiftninger er derimot en nesten like vanlig årsak til opphold for begge kjønn totalt sett. Bildet blir mer nyansert når det tas hensyn til pasientens alder, men det er kun blant de eldre at kvinner er i flertall. Tallene for Norge samsvarer i begge tilfeller med bildet i de øvrige nordiske land. Det er en liten overvekt av skaderelaterte opphold for menn i fire av landene, mens det i Sverige er en svak overvekt for kvinner, målt per 100 000 innbyggere i 2004.

3.3 Svangerskap og alder forklarer mye av kjønnsforskjellene

I 2006 var det om lag 70 000 flere døgnopphold på somatiske sykehus for kvinner enn for menn, noe som omtrent tilsvarer antall svangerskapsrelaterte opphold. Forskjellen mellom kjønnene var størst for 20-39 åringer, noe som først og fremst skyldtes barnefødslene. Flere døgnopphold blant kvinner over 80 år kan på sin side særlig tilskrives høyere levealder blant kvinner. Det er med andre ord flere kvinner enn menn i befolkningen over 80 år. I andre aldersgrupper var det en jevnere fordeling av døgnopphold, og til og med en overvekt av opphold blant menn i noen aldersgrupper. Dette gjelder særlig barn i alderen 0-9 år og blant godt voksne mellom 60-69 år.

Figur 3.2. Antall døgnopphold ved somatiske sykehus per 1000 innbyggere, etter kjønn og alder. Svangerskapsrelaterte opphold er ekskludert. 2006



Kilde: Pasientstatistikk 2006, Statistisk sentralbyrå.

Ser man på de absolutte tallene for alle typer diagnoser, er det i aldersgruppene 20-29 år og 30-39 år at det er størst forskjeller i antall døgnopphold mellom kvinner og menn. Den store forskjellen forklares som tidligere nevnt i hovedsak av opphold som skyldes svangerskap og fødsler. Når man ser bort fra slike opphold og også tar hensyn til at det er noe færre kvinner i aldersgruppen 20-39 år, så ligger menns forbruksrate litt lavere enn kvinners. Dette gjelder også for 15-19-åringene, mens i alle andre aldersgrupper er mennene mer på sykehus (se tabell 3.1).

Menn har flere opphold enn kvinner på somatiske sykehus fra de er i midten av førtiårene til mot slutten av syttiårene. Data viser at svulster (i hovedsak kreft) er den viktigste enkeltårsaken for kvinners opphold i aldersgruppen 40-59 år, mens hjerte- og karsykdommer (spesielt hjerterelaterte sykdommer) er de vanligste for menn i tilsvarende alder.

I aldersgruppene 80-89 år og 90 år og over, er det derimot flere kvinner på sykehus. Dette henger sammen med at kvinner som nevnt lever gjennomsnittlig lenger enn menn, slik at de utgjør en klart større del av de eldste aldersgruppene: I 2006 var det i underkant av 75 000 menn som var 80 år og eldre, mens det var drøyt 142 000 kvinner. Kvinner som er 80 år og over har altså flere døgnopphold totalt sett enn mennene, men i forhold til antall personer i aldersgruppen har de færre opphold, se tabell 3.1. Menn fra 80 år har om lag 25 prosent flere døgnopphold og liggedager enn kvinnene i samme aldersgruppe, sett per 1000 innbyggere.

Pasientstatistikken viser også at det først er etter fylte 70 år at kvinnene har høyere ulykkesforekomst som medfører sykehusinnleggelse. Særlig har de en overhyppighet av bruddskader som lårbensbrudd og armbrudd. Innleggelser for skader i armene forkom tre ganger så ofte blant kvinner over 80 år som blant menn, sett per 1000 innbyggere. Dette må ses i sammenheng med at mange kvinner utvikler benskjørhet med alderen.

Tabell 3.1. Døgnopphold[1] og liggedager per 1 000 innbyggere, etter kjønn og alder. Svangerskapsrelaterte opphold er ikke medregnet. 2006

Alder	Døgnopphold		Liggedager	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
I alt	162	160	819	846
Under 1 år	431	368	2 667	2 336
1- 4 år	132	101	390	333
5- 9 "	61	50	172	143
10-14 "	49	46	151	148
15-19 "	63	75	204	223
20-24 "	71	76	237	217
25-29 "	66	75	222	234
30-34 "	74	82	268	269
35-39 "	87	95	316	337
40-44 "	105	104	383	398
45-49 "	122	120	488	505
50-54 "	152	145	660	663
55-59 "	198	174	941	862
60-64 "	272	230	1 421	1 241
65-69 "	341	266	1 978	1 563
70-74 "	437	330	2 759	2 102
75-79 "	544	422	3 557	2 798
80 år +	717	564	5 007	4 064

[1] Dagpasienter, pasienter ved psykiatriske avdelinger og alle uten gyldig bostedskommune i Norge er ikke medregnet.

Kilde: Pasientstatistikk 2006, Statistisk sentralbyrå.

3.4 Barn: Flest gutter på sykehus

Det er flere gutter enn jenter i alderen 0-14 år på sykehus målt i antall døgnopphold per 1000 innbyggere i den aktuelle aldersgruppen. Det fødes også flere guttebarn, så i absolutte tall blir forskjellene enda mer markante. Guttebarn er oftere premature og har dermed flere helseproblemer som følge av det. En studie basert på data fra Medisinsk fødselsregister viste at overrepresentasjon av gutter var særlig sterk blant svært tidlig fødte (Vatten og Skjærven 2004). I pasientstatistikken ser man også at guttebarn i alderen 0-9 år har flere døgnopphold per 1000 innbyggere for medfødte misdannelser enn jentene.

Gutter og unge menn er klart mer utsatt for ulykker som medfører kontakt med sykehus. Gutter i aldersgruppen 0-9 år hadde 10,2 døgnopphold per 1000 innbyggere med hoveddiagnose i gruppen skader og forgiftninger, og jentene 7,6. Tilsvarende tall for barn og unge i alderen 10-19 år var 17,5 opphold for gutter og 12,4 for jenter. Overvekten av gutter var størst når det gjaldt armbrudd og indre hodeskader som hjernerystelse.

3.5 Dagbehandling – flest kvinner, men menn hyppigst til dialyse

I 2006 hadde kvinner om lag 279 000 dagbehandlinger ved somatiske sykehus, mens mennene hadde nesten 265 000 slike undersøkelser og behandlinger. Det har vært en sterk økning i antallet dagbehandlinger de senere årene. Dette er både en følge av den teknisk/medisinske utviklingen og en villet politikk for økt kostnadseffektivitet.

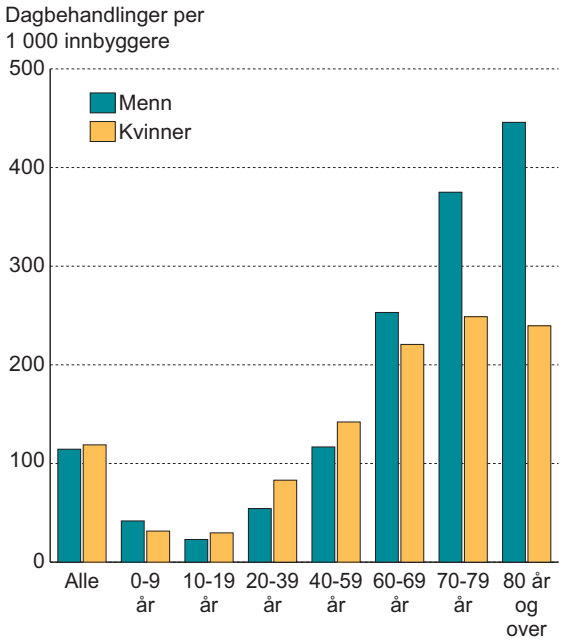
Kvinner hadde flest dagbehandlinger også om vi ser på tall per 1000 innbyggere. Mønsteret er noenlunde likt som for døgnopphold med flest behandlinger for menn i den yngste og i de eldste aldersgruppene. Hvis man ser bort fra svangerskapsrelaterte dagbehandlinger, er kjønnsforskjellene små. Det er da en svak overvekt av dagbehandlinger totalt per 1000 innbyggere for menn med 115 mot 112 for kvinner. For eldre 80 år og over hadde menn nesten dobbelt så mange dagbehandlinger som kvinner per 1000 innbyggere.

Dialyse ved nyresvikt var den klart hyppigst forekommende diagnosen for menn med bortimot 72 000 utførte dialyser i 2006. Hver pasient vil normalt generere mange dagbehandlinger ved nyresvikt, siden det kreves gjentatte dialyser for å holde blodet rent for avfallsstoffer. Kvinner hadde bare litt under halvparten så mange dialyser.

Den hyppigste kontaktårsak for kvinner var for hoveddiagnosegruppen ”andre behandlingstiltak” med 56 500, som i hovedsak omfatter kjemoterapi mot blant annet kreft. For mennene var dette den nest vanligst kontaktårsak med i underkant av 43 000 dagbehandlinger, deretter følger diverse rehabiliteringstiltak for blant annet hjertesykdom og rusmiddelmisbruk med 36 400. Denne diagnosegruppen omfatter også fysikalsk behandling og ortopedisk trening. Dette var den nest vanligste diagnosegruppen for kvinnene med nærmere 38 000 behandlinger.

Kvinner får utført langt flere undersøkelser og behandlinger for øyesykdommer. Mens kvinner hadde over 25 000 kontakter, hadde menn godt og vel 15 000. Mye av denne forskjellen ser ut til å ligge i at synsproblemer øker med alder, og at det er flere kvinner blant eldre. Kjønnsforskjellen er størst for hoveddiagnosen grå stær. Andelen med denne diagnosen (behandlinger for grå stær per 1000 innbyggere) er større for kvinner enn for menn.

Figur 3.3. Dagbehandling ved somatiske sykehus, etter kjønn og aldersgruppe. 2006



Kilde: Pasientstatistikk 2006, Statistisk sentralbyrå.

3.6 Flest kvinner til polikliniske konsultasjoner

Det var over 3,5 millioner polikliniske konsultasjoner på offentlige somatiske sykehus i 2006. Pasientstatistikken viser at kvinner sto for 56 prosent av disse konsultasjonene. I aldersgruppen 20-39 år var kvinner til flest polikliniske konsultasjoner mens menn var til flest konsultasjoner i aldersgruppen 0-9 år. I de øvrige gruppene var det en jevnere fordeling mellom kjønnene.

Svangerskapsrelaterte konsultasjoner var de hyppigst forekommende for kvinner. Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev var ellers den vanligste årsaken til kontakt med poliklinikken for kvinner, og de hadde over 60 000 flere slike konsultasjoner enn menn. Skader og forgiftninger var den vanligste kontaktårsaken for mennene. Bortimot 40 prosent av dette skyldtes skader på armene. Menn hadde i alt 27 000 flere konsultasjoner for skader og forgiftninger enn kvinner.

Tabell 3.2. Vanligste årsaker til polikliniske konsultasjoner[1] ved offentlige[2] somatiske sykehus, etter kjønn. 2006

Hoveddiagnosegruppe	Antall
For menn	
Skader og forgiftninger	165 909
Svulster	135 798
Sykdommer i muskler/skjelett/bindevev	131 710
Hjerte- og karsykdommer	131 129
Sykdommer i hud og underhud	106 815
Sykdommer i fordøyelsesorganene	79 888
For kvinner	
Svangerskapsrelaterte konsultasjoner[3]	273 978
Sykdommer i muskler/skjelett/bindevev	196 091
Svulster	152 747
Skader og forgiftninger	138 950
Sykdommer i hud og underhud	120 427
Sykdommer i urin- og kjønnsorganene	120 300

[1] Dagbehandlinger, utenlandsbosatte eller konsultasjoner uten gyldig kommunenummer er ekskludert

[2] Omfatter statlige sykehus og sykehus som har driftsavtale med et regionalt helseforetak.

[3] Inkluderer ICD-10-kodene O00-O99 og Z32-Z39

Kilde: Pasientstatistikk 2006, Statistisk sentralbyrå.

4 Menn, kvinner og uførepensjon

Det blir stadig flere som faller utenfor arbeidsmarkedet av helsemessige årsaker, og fra midten av 1990-tallet og fram til i dag har det vært en jevn vekst i antallet mottakere av uføreytelser. Det er flere kvinner enn menn som har mistet tilnytningen til arbeidsmarkedet på grunn av "sykdom, skade eller lyte" de siste ti årene, og det er forskjeller mellom kjønnene med hensyn til uføreårsak, uføregrad og hvilken sivilstand de har. Blant kvinner er sykdommer i muskel-skjelettsystemet den vanligste årsaken til uførpensjonering, mens den vanligste blant menn er psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Flere kvinner enn menn har gradert uførhet.

Uføreytelser
Uføreytelser kan innvilges personer som er mellom 18 og 67 år, har vært medlem av folketrygden de siste tre årene og har nedsatt inntektsevne på grunn av langvarig sykdom, skade eller lyte. Inntektsevnen må være nedsatt med minst 50 prosent. Før 1. januar 1998 var nedre aldersgrense for rett til uføreytelser satt til 16 år. Fra og med 1. januar 1998 er den nedre aldersgrensen hevet til 18 år.

Uføreytelser er delt inn i varig uførepensjon og tidsbegrenset uførestønad. Varig uførepensjon er en varig ytelse for de med nedsatt inntektsevne, og den medisinske lidelsen må ha medført en varig funksjonsnedsettelse av en slik art og grad at den utgjør hovedårsaken til nedsettelsen av inntektsevnen/arbeidsevnen. Tidsbegrenset uførestønad innvilges for ett til fire år etter en helhetsvurdering hvor det blir sannsynliggjort at personens inntektsevne kan bedres. Tidsbegrenset uførestønad ble innført 1. januar 2004. NAV forvalter uføreytelsene.

Uføreytelser er lovregulert gjennom Lov av 28. februar 1997 nr. 19 Om folketrygd (folketrygdloven).

4.1 Økt sysselsetting, men stadig flere mottar uføreytelser

Det har vært en kraftig vekst i sysselsettingen de siste to årene, og i internasjonal sammenheng er sysselsettingen i Norge høy. Samtidig er det en relativt stor andel av befolkningen i yrkesaktiv alder (18-67 år) som står helt eller delvis utenfor arbeidsmarkedet på grunn av "sykdom, skade eller lyte" og som mottar inntektssikring i form av varig uførepensjon eller tidsbegrenset uførestønad. Fra midten av 1990-tallet har denne andelen vært økende (St.meld. nr. 9 (2006-2007)).

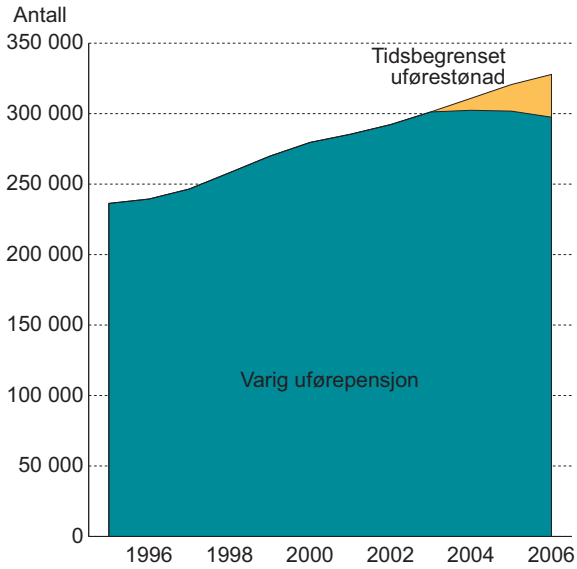
Norge er ett av landene i OECD-området med størst andel av befolkningen utenfor arbeidslivet på grunn av sykdom eller uførhet. Det bør imidlertid understrekes at internasjonale sammenligninger av yrkesdeltaking og bruk av ulike velferds-ordninger er vanskelig. Årsaken er at det er store forskjeller mellom ulike land med hensyn til kvinners yrkesdeltaking, den allmenne pensjonsalderen, utbredelsen av tidligpensjonsordninger, og utformingen av velferdsordningene. Norge er for eksempel ett av landene i Europa med høyest yrkesdeltaking blant kvinner[3] og høyest faktisk pensjonsalder[4] (NOU 2007:4).

[3] Yrkesdeltakingen vil si andelen av befolkningen som er yrkesaktive i form av å være sysselsatt eller arbeidssøkende. I Norge har yrkesdeltakingen blant kvinner steget med over fem prosentpoeng til om lag 70 prosent mens den blant menn har steget om lag ett prosentpoeng til 80 prosent i perioden 1994-2004. Sammenlignet med OECD-landene totalt er yrkesdeltakingen høyere i Norge både blant kvinner og menn. I Sverige er til sammenligning yrkesdeltakingen blant kvinner noe høyere mens den blant menn er på om lag samme nivå.

[4] Faktisk pensjoneringsalder, beregnet med utgangspunkt i pensjoneringsmønsteret for personer over 39 år, var i overkant av 62 år for kvinner og i overkant av 63 år for menn i perioden 1999-2004. I samme periode lå faktisk pensjoneringsalder for OECD-landene totalt noe lavere både for kvinner og menn. Sammenlignet med for eksempel Sverige hadde norske kvinner høyere og norske menn lavere faktisk pensjoneringsalder.

Uføreytelser er en inntektssikring som utløses av helsemessige årsaker. Resultatene fra Statistisk sentralbyrås helse- og levekårsundersøkelse viser at helsetilstanden i Norge er god, at den har vært stabilt god over flere år, og at helsetilstanden er bedre i Norge enn i andre land det er naturlig å sammenligne med[5]. Det kan imidlertid være flere forhold som har bidratt til økt uførepensjonering og variasjon i tilgangen på nye uførepensjonister i Norge fra 1995 til 2006. Demografiske forhold, utviklingen på arbeidsmarkedet, endringer i sykefraværet og regelendringer er noen av faktorene som ofte trekkes fram i diskusjonen (Dahl, 2005).

Figur 4.1. Mottakere av uføreytelser. Antall. 1995-2006



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

Arbeidslinja
Arbeidslinja ble lansert som et viktig prinsipp for arbeids- og velferdspolitikken på begynnelsen av 1990-tallet. Målsettingen var å få folk i aktive tiltak eller arbeid framfor å motta passive ytelser og stønader. Begrepet arbeidslinja ble første gang brukt i St.meld. nr. 39 (1991-1992) Attføringsmeldingen, og er senere blant annet brukt og omtalt i NOU 1993:17 Levekår i Norge, St.meld. nr. 35 (1994-1995) Velferdsmeldinga og St.meld. nr. 50 (1998-1999) Utjamningsmeldinga. Arbeidslinja er fortsatt en viktig rettesnor for arbeids- og velferdspolitikken.

Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv
Intensjonsavtalen mellom regjeringen og partene i arbeidslivet er ment å bidra til et mer inkluderende arbeidsliv og forebygge overgangen fra arbeid til trygd. Gjennom avtalen er det blant annet satt fokus på å redusere sykefraværet og uførepensjoneringen. Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) ble første gang inngått 3. oktober 2001. En forlengelse av avtalen ble inngått 14. desember 2005. IA-avtalen er inngått mellom Regjeringen og partene i arbeidslivet (arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene), og gjelder for perioden 2006-2009.

[5] I Sverige gjennomfører Statistiska centralbyrån årlig en undersøkelse kalt Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF). Resultatene fra denne viser blant annet at den norske befolkningen er mer positive i vurderingen av egen helse og helsetilstand.

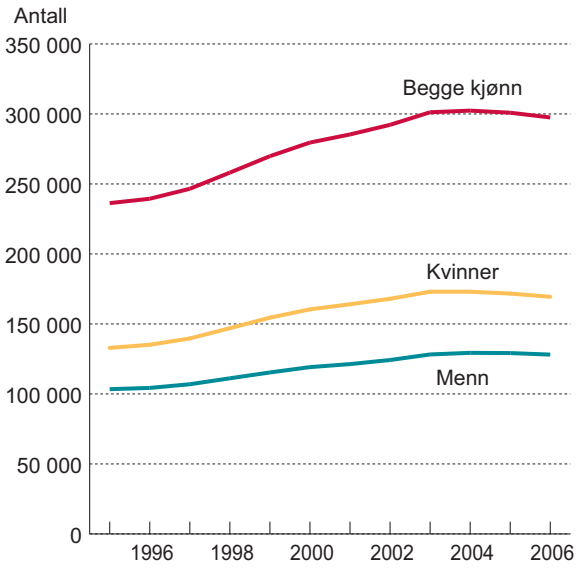
Sentrale myndigheter på arbeids- og velferdsområdet har forsøkt å redusere tilgangen på mottakere av uføreytelser på flere måter, blant annet gjennom innføringen av arbeidslinja som prinsipp for arbeids- og velferdspolitikken og inngåelsen av Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv. Til tross for dette har det vært en sammenhengende økning i mottakere av uføreytelser fra 1995 til 2006[6]. Tilgangen på nye uførepensjonister har variert noe fra år til år i perioden, og de siste årene har det blitt færre mottakere av varig uførepensjon. Denne reduksjonen har imidlertid blitt oppveid av den nye ordningen med tidsbegrenset uførestønad.

4.2 Varig uførepensjon: Flere kvinner enn menn

Fra 1995 til 2004 økte antallet mottakere av varig uførepensjon fra om lag 236 000 til 302 000, en økning på godt over 65 000 personer. Andelen av befolkningen i yrkesaktiv alder som mottok varig uførepensjon økte i samme periode fra 8,3 prosent til 10,4 prosent, en økning på over to prosentpoeng. Fra 2004 til 2006 sank imidlertid antallet og andelen mottakere av varig uførepensjon i befolkningen. Denne utviklingen skjedde samtidig med innføringen av tidsbegrenset uførestønad fra og med 2004.

Det er flere kvinner enn menn som mottar varig uførepensjon. Blant de over 297 000 mottakerne av varig uførepensjon i 2006 var det om lag 169 000 kvinner og 128 000 menn. Kvinner utgjorde 57 prosent og menn 43 prosent av alle mottakere av varig uførepensjon i 2006.

Figur 4.2. Mottakere av varig uførepensjon. Etter kjønn. Antall. 1995-2006



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

Økningen i antallet uførepensjonister er over tid noe sterkere blant kvinner enn blant menn. Andelen uførepensjonister i befolkningen i alderen 18-67 år er i tillegg høyere blant kvinner enn menn. I alt mottok om lag 12 prosent av kvinnene i yrkesaktiv alder varig uførepensjon i 2005. Blant menn var tilsvarende andel om lag 9 prosent samme år.

Det er flest mottakere i de eldre aldersgruppene og færrest i de yngre. Dette er en fordeling som har holdt seg relativt stabil de siste ti årene. Det er dessuten en overvekt av kvinner i de fleste aldersgrupper av uførepensjonister. Unntaket er aldersgruppene under 34 år.

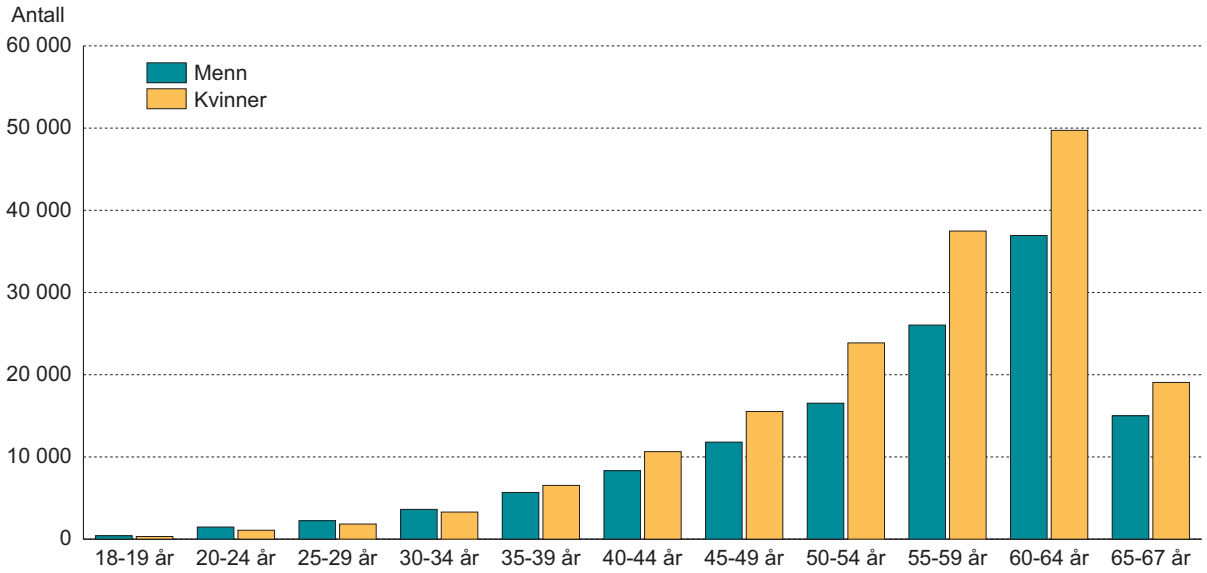
[6] Det var riktignok en nedgang i tallet på nye uførepensjonister i 2000 og 2001, og det er grunn til å tro at nedgangen i all hovedsak skyldtes myndighetenes innskjerpinger i attføringskravet i uførepensjonsordningen for noen nærmere definerte alders- og diagnosegrupper (Dahl, 2005).

Det er flest mottakere av varig uførepensjon i aldersgruppen 60-64 år. Denne gruppen utgjorde bortimot en tredjedel av alle mottakere av varig uførepensjon i 2006, hvorav rundt 57 prosent var kvinner og 43 prosent var menn. Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev var den viktigste uføreårsaken blant kvinner både i denne aldersgruppen og generelt blant kvinner over 50 år.

I de yngste aldersgruppene var det i 2006 en overvekt av menn. I aldersgruppen 18-19 år var det for eksempel om lag 44 prosent kvinner og 56 prosent menn. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser var den dominerende uføreårsaken blant menn under 40 år.

Kjønns- og aldersforskjellene blant mottakere av varig uførepensjon har holdt seg relativt stabile de siste ti årene. Det er spesielt kvinner og de over 50 år som er overrepresentert blant mottakere av varig uførepensjon.

Figur 4.3. Mottakere av varig uførepensjon. Etter kjønn og aldersgruppe. Antall. Pr. 31. desember 2006



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

Sannsynligheten for å bli uførepensjonert, også omtalt som uføretilbøyeligheten, er høyere blant kvinner enn blant menn (Dahl, 2005. Fevang og Røed, 2006). Det er flere faktorer som kan belyse hvorfor kvinner blir uførepensjonert oftere enn menn, og én av disse er yrkesbakgrunn. Økningen i antallet nye mottakere av uføreytelser fra 2005 til 2006 var størst blant personer med yrkesbakgrunn i helse- og sosialtjenesten og innen undervisning (Arbeids- og velferdsdirektoratet). Statistisk sentralbyrås arbeidskraftundersøkelse (AKU) viser på sin side at det er langt flere kvinner enn menn som er sysselsatt i disse næringene.

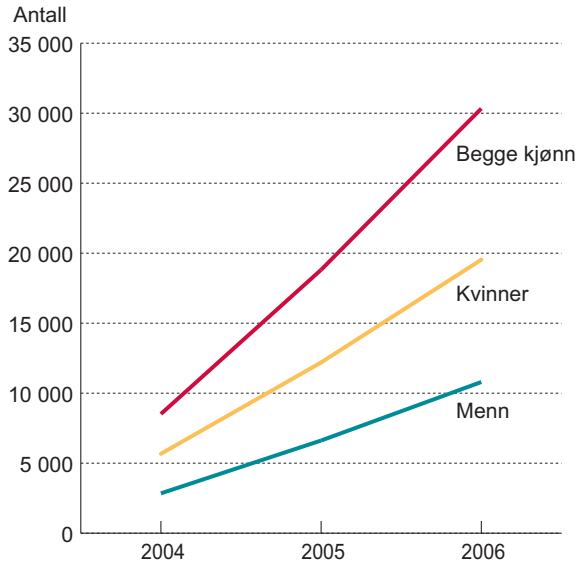
Sannsynligheten for å bli uførepensjonert stiger sterkt med økende alder. Aldring medfører gjerne mer sykelighet og flere helseproblemer, og det er derfor ikke overraskende at de eldste aldersgruppene er overrepresentert blant mottakere av varig uførepensjon. På den annen side har det vært en stor nedgang i uføretilbøyeligheten med økende alder blant de over 61 år, en utvikling som i all hovedsak er forårsaket av disse personenes mulighet til å benytte seg av forskjellige typer førtidspensjonsordninger (Dahl, 2005).

4.3 Tidsbegrenset uførestønad: Flere kvinner enn menn

Uføre som har opparbeidet seg rettigheter etter folketrygdloven kan fra og med 1. januar 2004 enten innvilges varig uførepensjon eller tidsbegrenset uførestønad. I vurderingen av tidsbegrenset uførestønad blir det blant annet tatt hensyn til sykdommens art, funksjonsvurderinger og tidligere tilknytning til arbeidslivet.

Fra innføringen av tidsbegrenset uførestønad i 2004 og fram til 2006 økte antallet mottakere av tidsbegrenset uførestønad fra om lag 8 500 til over 30 000, en økning på godt over 20 000 personer i løpet av tre år. Det er langt flere kvinner enn menn som mottar stønaden. I 2006 var om lag to av tre mottakere kvinner, og kjønnsfordelingen var omtrent den samme i 2004 og 2005. Kjønnsfordelingen er med andre ord skjevere blant mottakere av tidsbegrenset uførestønad enn blant mottakere av varig uførepensjon.

Figur 4.4. Mottakere av tidsbegrenset uførestønad. Etter kjønn. Antall. 2004-2006

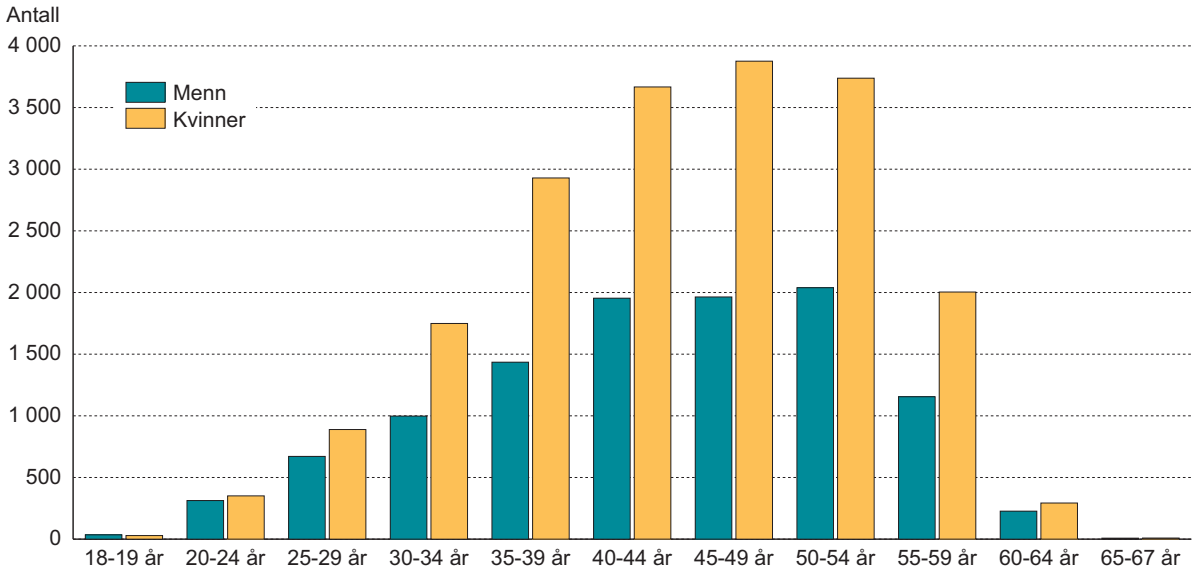


Kilde: www.nav.no (Tall og analyse), Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV). Statistisk årbok 2006, Statistisk sentralbyrå (SSB).

Alderssammensetningen blant mottakere av tidsbegrenset uførestønad er noe annerledes enn den for varig uførepensjon. Mottakerne av tidsbegrenset uførestønad er yngre, og hovedvekten av stønadsmottakerne er i alderen 40-54 år. I 2006 var det flest kvinner i alle aldersgruppene med unntak av den yngste (18-19 år). Aldersgruppene 18-19 år og 65-67 år var for øvrig de gruppene med klart færrest mottakere av tidsbegrenset uførestønad totalt.

I 2006 var de fleste mottakerne av tidsbegrenset uførestønad i aldersgruppen 45-49 år. Om lag en femdel av alle mottakere av stønaden var i denne aldersgruppen. I aldersgruppen 45-49 år var det for øvrig om lag 66 prosent kvinner og 34 prosent menn. Det er i denne aldersgruppen den største skjevfordelingen mellom kjønnene er å finne.

Figur 4.5. Mottakere av tidsbegrenset uførestønad. Etter kjønn og aldersgruppe. Antall. Pr. 31. desember 2006



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

Kjønnsfordelingen blant mottakere av tidsbegrenset uførestønad kan tyde på at kvinner i større utstrekning enn menn blir vurdert å ha mulighet til å restituere arbeids- og inntektsevnen når de først har blitt uføre.

4.4 Vanligste årsak til uførhet: Muskel-skjelettsykdom blant kvinner, psykiske lidelser blant menn

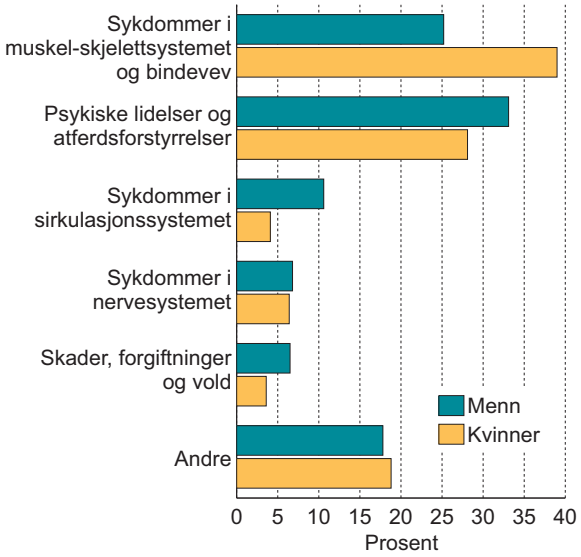
Det er et bredt spekter av medisinske diagnoser eller sykdommer som kan lede til uførhet. Likevel er det noen diagnoser og sykdommer som forårsaker mer uførhet enn andre, og det er forskjeller mellom kvinner og menn med hensyn til hvilke årsaker som dominerer.

Arbeids- og velferdsetaten (NAV) har fordelt personene som mottar varig uførepensjon i 31 primærdiagnosegrupper, og det er sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev som forårsaker flest uførepensjoneringer totalt.

Den viktigste årsaken til uførepensjonering blant kvinner er sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev. Denne primærdiagnosegruppen forklarte 39 prosent av tilfellene blant kvinner i 2005. Andelen kvinner med denne diagnosen øker med stigende alder og andelen er størst blant kvinner i de eldste aldersgruppene.

Blant menn er det psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som forårsaker flest uførepensjoneringer. Litt over 33 prosent av mennene som mottok varig uførepensjon i 2005 hadde denne diagnosen. Diagnosen psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser gjør seg mest gjeldende for menn under 40 år. Fordelingen etter kjønn, alder og primærdiagnosegruppe har holdt seg relativt stabil i perioden fra 1996 til 2005.

Figur 4.6. Mottakere av varig uførepensjon. Etter kjønn og primærdiagnosegruppe. Prosent. Pr. 31. desember 2005



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

For nye mottakere av varig uførepensjon i 2005, det vil si personer som ble uførepensjonert i løpet av 2005, er bildet noe annerledes med hensyn til uføreårsak. Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev var riktignok den viktigste årsaken til uførhet også blant nye mottakere av varig uførepensjon i 2005, og mange av de kjønnsrelaterte forskjellene som eksisterte blant uførepensjonister generelt var også å finne blant nye mottakere av varig uførepensjon. Andelen uførepensjoneringer som skyldtes psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, var imidlertid betraktelig lavere blant nye mottakere i 2005.

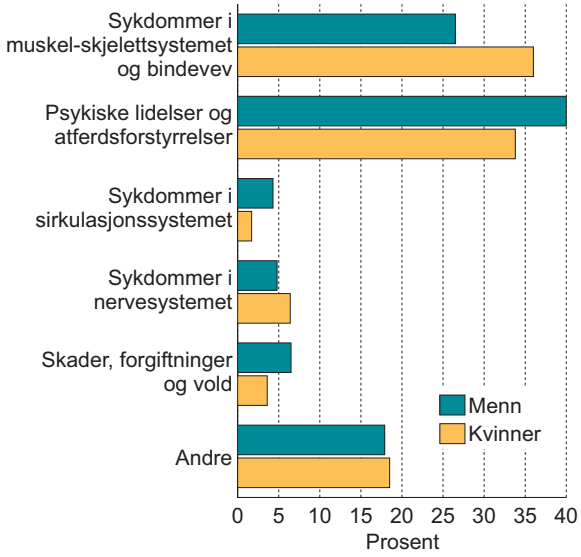
Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev var årsaken til uførhet i om lag 35 prosent av alle nye tilfeller i 2005. Diagnosen forekommer oftere som uføreårsak blant kvinner enn menn, henholdsvis 42 og 28 prosent.

Andelen med sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev som diagnose øker med stigende alder både blant kvinner og menn, og er størst blant kvinner i de eldste aldersgruppene. Dette er en tendens blant nye mottakere som har vedvart i hele perioden fra 1996 til 2005. Blant nye mottakere forklarte diagnosen psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser om lag 21 prosent av tilfellene, mens den forklarte over 30 prosent av tilfellene blant uførepensjonister generelt i 2005.

Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser er årsak til en mindre andel av uførepensjoneringene blant kvinner enn blant menn. Den største andelen var i 2005 å finne blant menn under 40 år. Andelen som rekrutteres til uførepensjon med psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som diagnose synker med stigende alder både blant menn og kvinner.

Mottakere av tidsbegrenset uførestønad tegner et litt annet bilde når det gjelder årsaken til uførhet. Totalt var psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser den viktigste årsaken til uførhet blant mottakere av tidsbegrenset uførestønad i 2005, tett fulgt av sykdommer i muskel-skjelettsystemet. Disse diagnosene forårsaket henholdsvis 36 prosent og om lag 33 prosent av alle tilfellene av tidsbegrenset uførestønad i 2005.

Figur 4.7. Mottakere av tidsbegrenset uførestønad. Etter kjønn og primærdiagnosegruppe. Prosent. Pr. 31.desember 2005



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

Blant kvinner med tidsbegrenset uførestønad var sykdommer i muskel-skjelettsystemet den viktigste årsaken til uførhet, mens psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser var den viktigste blant menn.

Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev forårsaket 36 prosent av alle tilfellene av tidsbegrenset uførestønad blant kvinner i 2005. Blant kvinner som mottok tidsbegrenset uførestønad var det videre om lag 34 prosent som var registrert med diagnosen psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som årsak til uførhet. Den tilsvarende andelen blant kvinner som mottok varig uførepensjon i 2005 var i overkant av 28 prosent.

Blant menn som mottok tidsbegrenset uførestønad i 2005 var det 40 prosent som hadde psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som diagnose. Til sammenligning var det i overkant av 33 prosent av mennene som mottok varig uførepensjon i 2005 som hadde denne diagnosen.

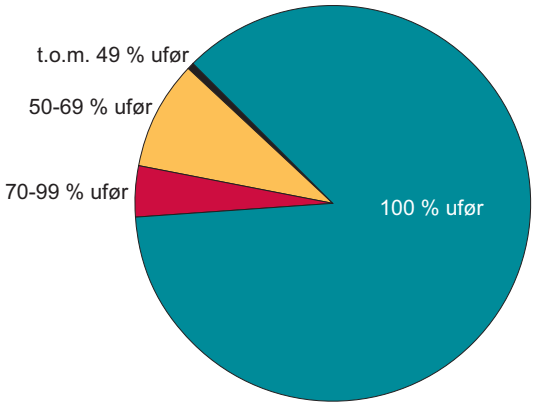
Etter innføringen av tidsbegrenset uførestønad har andelen med psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som uføreårsak blant mottakere av varig uførepensjon blitt redusert, samtidig som diagnosen har blitt den viktigste blant mottakere av tidsbegrenset uførestønad. Én forklaring på dette kan være at diagnosen i størst utstrekning forekommer blant personer under 40 år. Disse personene har potensielt mange år igjen i arbeidslivet og blir prioritert av sentrale myndigheter på ulike arbeids- og velferdsområder. Tidsbegrenset uførestønad er på sin side en midlertidig ytelse som gir rett og plikt til tettere oppfølging av stønadsmottakeren enn det varig uførepensjon gjør.

4.5 Gradert uførhet: flere kvinner

De fleste mottakerne av varig uførepensjon har en uføregrad på hundre prosent, og andelen mottakere av varig uførepensjon som er helt uføre er større blant menn enn blant kvinner. Det er likevel relativt mange mottakere av varig uførepensjon som har en uføregrad mellom 50 og 69 prosent, og denne graderingen forekommer oftere blant kvinner enn menn.

Blant mottakere av varig uførepensjon var det 77 prosent av kvinnene som var hundre prosent uføre i 2006. For mennene var tilsvarende andel over 86 prosent. Blant mottakere av varig uførepensjon var det videre over 16 prosent av kvinnene og ni prosent av mennene som hadde en uføregrad mellom 50 og 69 prosent, mens det var om lag seks prosent av kvinnene og fire prosent av mennene som hadde en uføregrad mellom 70 og 99 prosent i 2006. Fordelingen etter uføregrad har vært relativt stabil for mottakere av varig uførepensjon i perioden 1997-2006.

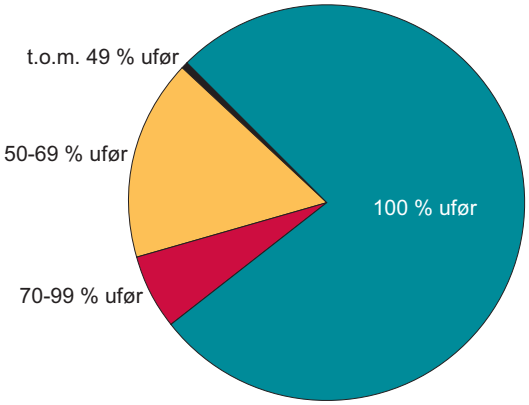
Figur 4.8. Mottakere av varig uførepensjon. Uføregrad blant menn. Pr. 31.desember 2006.



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

[7] Ungdom er for eksempel en prioritert gruppe i arbeidsmarkedspolitikken, jf St.prp. nr. 1 (2006-2007) for Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

Figur 4.9. Mottakere av varig uførepensjon. Uføregrad blant kvinner. Pr. 31.desember 2006.



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

Nye mottakere av varig uførepensjon tegner et litt annet bilde også i forbindelse med uføregrad. Mens det er stabilitet i fordelingen etter uføregrad blant mottakere av varig uførepensjon, er det en sterkere tendens til gradering av uførhet blant nye mottakere. De fleste nye mottakerne av varig uførepensjon i 2006 hadde en uføregrad på hundre prosent. Andelen med en uføregrad på hundre prosent var imidlertid noe lavere blant kvinner enn blant menn. Videre var det en relativt høy andel som hadde en uføregrad mellom 50 og 69 prosent, og denne graderingen gjorde seg særlig gjeldende blant kvinner.

Forskjellene mellom kjønnene når det gjelder uføregrad er større blant nye mottakere av varig uførepensjon enn blant mottakere av varig uførepensjon totalt. Blant kvinner som kom til som mottakere av varig uførepensjon i 2006 var det vel 68 prosent som hadde en uføregrad på hundre prosent. Den tilsvarende andelen blant menn var i overkant av 78 prosent. Videre var det 27 prosent av kvinnene som hadde en uføregrad på mellom 50 og 69 prosent. Blant mennene var denne andelen i overkant av 16 prosent. Blant nye mottakere av varig uførepensjon var det for øvrig om lag fire prosent av kvinnene og seks prosent av mennene som hadde en uføregrad mellom 70 og 99 prosent i 2006.

Blant nye mottakere av varig uførepensjon er det en tendens til mer gradering av uførheten enn tilfelle er blant mottakere av varig uførepensjon generelt. Mens det var i overkant av 73 prosent helt uføre blant nye mottakere av varig uførepensjon i 2006, var den tilsvarende andelen om lag 81 prosent blant alle som mottok varig uførepensjon samme år. Over tid er det likevel en tendens til at nye mottakere får stadig høyere uføregrad. Andelen som er helt uføre blant nye mottakere av varig uførepensjon har økt med over fem prosentpoeng fra 1997 til 2006. Økningen i andelen helt uføre skyldes i all hovedsak økt uføregrad blant kvinner.

Det var fra 2003 til 2004 andelen med uføregrad på hundre prosent blant nye mottakere av varig uførepensjon økte mest. Det er naturlig å anta at innføringen av tidsbegrenset uførestønad fra og med 2004 hadde betydning for denne økningen. Vurderingen av inntektsevnen som ligger til grunn for vedtak om tidsbegrenset uførestønad tilsier at noen av de som ellers ville mottatt gradert varig uførepensjon heller er innvilget tidsbegrenset uførestønad fra og med 2004.

Blant mottakere av tidsbegrenset uførestønad er andelen med en uføregrad på hundre prosent lavere både blant kvinner og menn. I 2006 var det i alt 68 prosent som var helt uføre mens om lag 25 prosent hadde en uføregrad på 50-69 prosent. Blant kvinnene var det drøye 64 prosent som var helt uføre og 28 prosent som hadde en uføregrad på 50-69 prosent. Blant mennene var de tilsvarende andelene henholdsvis drøye 74 og 18 prosent.

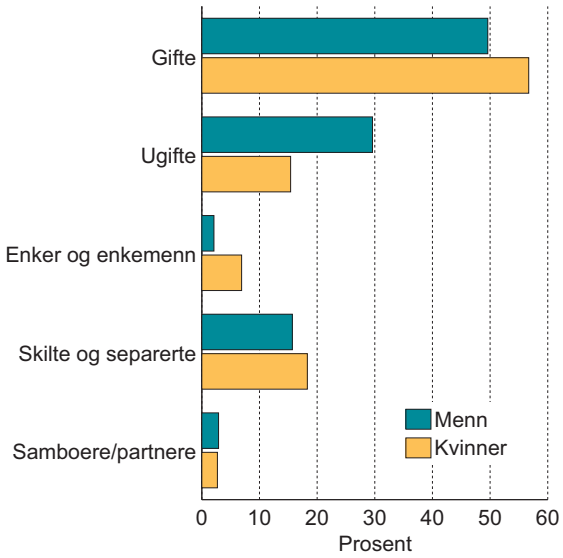
Det kan være flere årsaker til at andelen med gradert uførhet er høyere blant kvinner enn blant menn. En årsak kan være at kvinner i større utstrekning enn menn er ansatt i næringer som gjør det mulig å opprettholde arbeidslivstilknytningen[8]. Forskjeller i næringstilknytning (yrkesvalg) mellom kjønnene underbygger en slik vurdering.

En annen grunn kan være at selve årsaken til uførhet gir kvinner større muligheter enn menn til å opprettholde deler av arbeids- og inntektsevnen. Ulikheter i hva som forårsaker flest uførepensjoneringer hos henholdsvis kvinner og menn kan sies å støtte en slik forklaring. På den annen side er sykdommer i muskel-skjelettsystemet den viktigste uføreårsaken og helse- og sosialtjenesten den viktigste næringen blant kvinner. Arbeidsoppgavene i helse- og sosialtjenesten er gjerne fysisk belastende og taler mot at kvinner opprettholder noe av sin arbeids- og inntektsevne, i hvert fall med hensyn til å fortsette i samme yrke som før uførheten inntraff.

4.6 Varig uførepensjon: flere kvinner

Retten til varig uførepensjon fra folketrygden er en rettighet som er uavhengig av husholdningsstørrelse og sivilstand. Det er utelukkende en vurdering av enkeltpersoners sykdomsbilde og reduserte inntekts- og arbeidsevne som legges til grunn når en persons rett til varig uførepensjon blir avgjort. Med hensyn til husholdningsstørrelse er likevel andelen mottakere av varig uførepensjon høyere blant enslige enn i befolkningen generelt (Ramm, Jensen og Borgan, 2006).

Figur 4.10. Mottakere av varig uførepensjon. Etter kjønn og sivilstand. Prosent. Pr. 31.desember 2004



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

Når det gjelder sivilstand er de fleste mottakerne av varig uførepensjon gift. Videre er andelen gifte høyere blant kvinner enn blant menn, mens andelen ugifte er høyest blant menn.

I 2004 var det om lag 57 prosent av kvinnene med varig uførepensjon som var gift. Den tilsvarende andelen blant menn med varig uførepensjon var om lag 50 prosent. Det var flere gifte kvinner enn menn i alle aldersgrupper i 2004, og den største forskjellen i antall var i aldersgruppen 55-59 år.

[8] Arbeidskraftundersøkelsen (AKU) fra 2006 viser at de viktigste næringene blant kvinner er helse- og sosialtjenester, varehandel, hotell- og restaurantvirksomhet og undervisning. Blant menn er varehandel, hotell- og restaurantvirksomhet, industri- og bergverksdrift og forretningsmessig tjenesteyting, eiendomsdrift de viktigste næringene.

Videre var det drøye 15 prosent av kvinnene med varig uførestønad som var ugifte, mens den tilsvarende andelen var om lag 30 prosent blant mennene. Det var færre ugifte kvinner i alle aldersgrupper, og den største forskjellen var i aldersgruppen 45-49 år.

Omtrent like store andeler av kvinner og menn med varig uførepensjon var skilte og separerte eller samboere/partnere i 2004. Videre var det en høyere andel kvinner som var enker enn menn som var enkemenn, en forskjell som i hvert fall dels må tilskrives en høyere gjennomsnittlig levealder blant kvinner.

Det kan være flere årsaker til at andelen ugifte er lavere blant kvinner enn menn. En årsak kan være at kvinner er eldre enn menn når de blir uførepensjonert, og derfor er etablert i ekteskap eller samboerforhold i større utstrekning enn menn. Aldersfordelingen blant uførepensjonister støtter en slik forklaring. En annen og beslektet grunn er at sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev, som er den viktigste årsaken til uførhet blant kvinner, ser ut til å ramme senere i livet enn psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Det er i de yngste aldersgruppene den sistnevnte diagnosen er viktigst, og da spesielt blant unge menn.

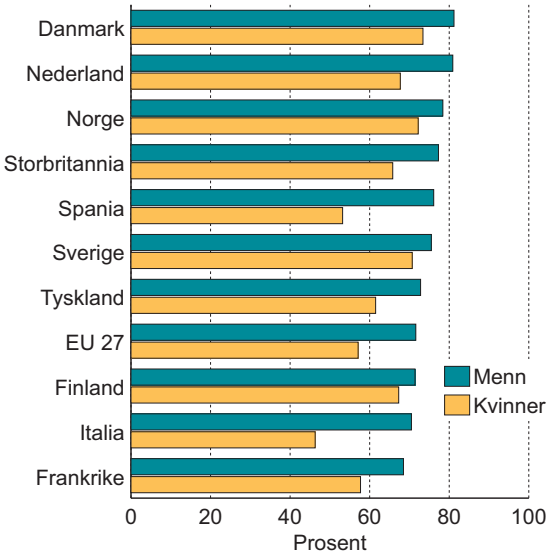
Del 2

5 Kvinners og menns yrkesdeltagelse

5.1 Mange kvinner i Norge jobber…

Yrkesdeltagelsen blant kvinner og menn i Norge er høy, og gapet mellom kvinner og menn har aldri vært mindre enn i 2006. Avstanden mellom kvinners og menns yrkesdeltagelse er liten sammenlignet med andre land, noe som skyldes at en større andel norske kvinner jobber sammenlignet med kvinner ellers i Europa. Norge har i tillegg relativt høye fødselstall sammenlignet med den vestlige verden, 1,9 barn per kvinne. Gode svangerskaps - og omsorgsordninger, barnehager osv. gjør det enklere å kombinere yrkesaktivitet og barn (Lappegård, 2005).

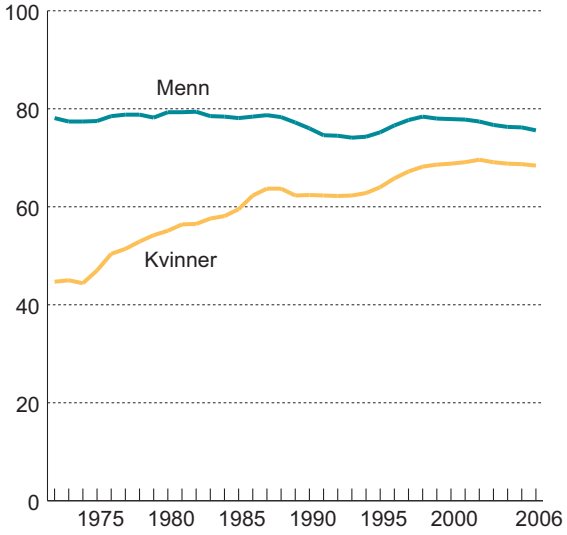
Figur 5.1. Kvinner og menn i arbeidsstyrken 20-66 år. Utvalgte land. Prosent. 2006



Kilde: Eurostat

Fra begynnelsen av 1970- tallet og fram til slutten av 1980-tallet økte kvinners yrkesaktivitet betydelig, fra 45 til 62 prosent, mens den holdt seg ganske stabil for menn, rundt 78 prosent. Særlig for kvinner i alderen 25-40 år økte yrkesaktiviteten kraftig fra 1980-tallet. Under den økonomiske lavkonjunkturen fra slutten av 1980-tallet og fram til 1993 holdt yrkesaktiviteten blant kvinner seg forholdsvis stabil, mens den falt noe for menn, fra 78 til 74 prosent. Utover 1990-tallet og frem til i dag har andelen økt for både kvinner og menn. Arbeidsstyrken utgjorde 1 150 000 kvinner og 1 300 000 menn i 2006, i følge Arbeidskraftundersøkelsen (AKU). Dette var 68 prosent av alle kvinner og 75 prosent av alle menn i alderen 15-74 år.

Figur 5.2. Yrkesfrekvens for kvinner og menn. 16-74 år



Kilde: Arbeidskraftundersøkelsen (AKU), Statistisk sentralbyrå

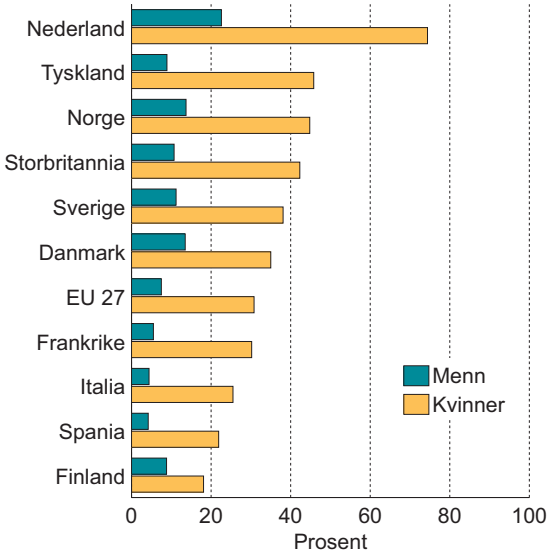
5.2 ... men nesten halvparten jobber deltid

Det norske arbeidsmarkedet er kjønnsdelt med hensyn til yrkesvalg og sektor, kvinner tjener i gjennomsnitt 15 prosent mindre enn menn og det er langt flere kvinner enn menn som jobber deltid.

Noe færre kvinner jobber deltid i dag enn for 15 år siden, mens det har vært en liten økning i deltidsandelen for menn. I 1990 jobbet 48 prosent av kvinnene og 9 prosent av mennene deltid, mot henholdsvis 44 og 13 prosent i dag.

Det er kun i Nederland og i Tyskland at flere kvinner jobber deltid enn i Norge. Hvis vi ser bort fra Nederland, er det også for norske menn mer vanlig å jobbe deltid enn i resten av Europa, selv om andelen er betydelig lavere enn for kvinner.

Figur 5.3. Deltidsarbeidende kvinner og menn 15 år og eldre. Utvalgte land. 3. kvartal 2005



Kilde: Eurostat

Det er ulike mønstre for deltidsarbeidende kvinner og menn. Det er særlig kvinner med flere enn ett barn som arbeider deltid. Kvinnene jobber gjerne tilnærmet full stilling (for eksempel 80 prosent), og oppfatter seg selv som yrkesaktive. Menn arbeider deltid i mer begrensede perioder i livet, og gjerne som et tillegg til studier eller mot slutten av arbeidslivet (Lohne og Næsheim, 2003).

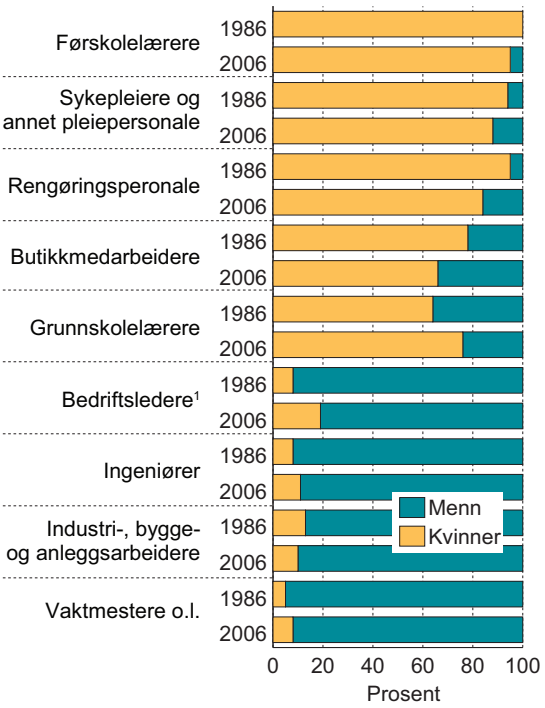
Om lag 16 prosent av kvinner og menn som jobber deltid er undersysselsatte. Siden kvinner utgjør majoriteten av deltidssysselsatte, er det likevel langt flere kvinner enn menn som er undersysselsatte. Til sammen var det 108 000 undersysselsatte i 2006, henholdsvis 82 000 kvinner og 26 000 menn. Flesteparten av de undersysselsatte jobber innen helse- og sosial og varehandel, noe som henger sammen med at deltidsandelen er høy innen disse næringene.

Undersysselsatte er definert som deltidssysselsatte personer som har forsøkt å få lengre arbeidstid ved å kontakte Aetat, annonsere selv, spørre nåværende arbeidsgiver osv. I tillegg må de kunne starte med økt arbeidstid innen en måned.

5.3 Fortsatt kvinne- og mannsdominerte yrker

En sammenligning av utvalgte yrkesgrupper fra 1986 til 2006, viser at det er klare kjønnsforskjeller (figur 5.4). Innenfor høgskoleyrker finner vi sykepleiere, grunnskolelærere og førskolelærere som domineres av kvinner og ingeniører som domineres av menn. Det har vært en liten økning av mannlige førskolelærere og sykepleiere, og en liten økning av kvinnelige ingeniører de siste 20 årene. Typiske mannsdominerte yrker er vaktmestere, industriarbeidere, bygge- og anleggsarbeidere og ingeniører. Blant bedriftsledere har kvinneandelen økt med rundt ti prosentpoeng de siste 20 årene, til 19 prosent i 2006 (Daugstad og Håland, 2003).

Figur 5.4. Sysselsatte kvinner og menn i utvalgte yrkesgrupper. 1986 og 2006. Prosent



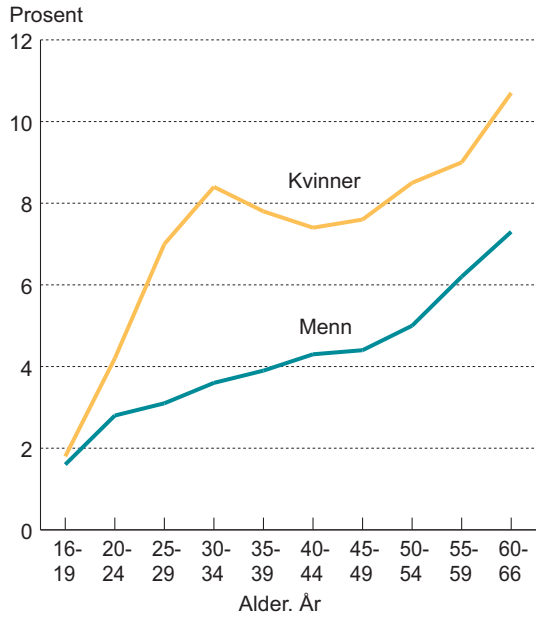
Kilde: Arbeidskraftundersøkelsen (AKU), Statistisk sentralbyrå

5.4 Kvinner i fruktbar alder trekker sykefraværet opp

Yrkesaktive kvinner har høyere sykefravær enn menn. Mens sykefraværet for menn er i underkant av 6 prosent av det totale antall dagsverk, er andelen blant kvinner ca. 8 prosent. Sykefraværet i Norge har økt klart siden begynnelsen av 1980-tallet. En av årsakene til dette er at grupper som forventes å ha høyt sykefravær, har kommet inn i arbeidslivet (Bjørnstad, 2006).

Kvinner har et høyere legemeldt sykefravær i alle aldersgrupper sammenlignet med menn (figur 5.5). Den største kjønnsforskjellen er å finne i alderen 30-34 år. Sykdom i forbindelse med svangerskap er hovedforklaringen på kjønnsforskjellen, da tidligere studier tyder på at fødselsrelatert sykefravær forklarer opptil halvparten av forskjellen i sykefravær mellom kvinner og menn (Hauge og Opdalshaug, 2000) (Bjørnstad, 2006).

Figur 5.5. Legemeldt sykefravær for arbeidstakere etter alder og kjønn. Prosent. 2006

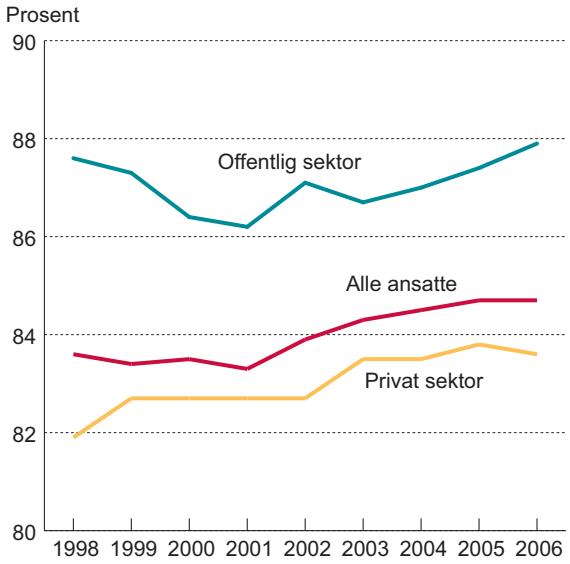


Kilde: Statistisk sentralbyrå

6 Kvinners og menns lønn

Kvinner tjener i gjennomsnitt om lag 15 prosent mindre enn menn. Det har vært en viss tilnærming mellom kvinners og menns lønn de siste 20 årene. Kvinners andel av menns lønn for alle ansatte, har økt fra 83,6 prosent i 1998 til 84,7 prosent i 2006. I privat sektor har andelen økt fra 81,9 prosent til 83,6 prosent, og i offentlig sektor fra 87,6 prosent til 87,9 prosent. Sammenlignet med resten av Europa var lønnsforskjellene mellom kvinner og menn i Norge på omtrent samme nivå som gjennomsnittet i EU-landene i 2005. Når det gjelder våre nærmeste naboland, ligger Sverige og Norge omtrent likt, mens forskjellen mellom kvinner og menn er om lag 2 prosentpoeng større i Danmark enn i Norge.

Figur 6.1. Kvinners lønn i prosent av menns lønn per 3. kvartal 1998-2006. Gjennomsnittlig månedslønn per heltidsekvivalent. Alle ansatte



Kilde: Lønnsstatistikk alle ansatte, Statistisk sentralbyrå

I offentlig sektor er kvinneandelen langt høyere enn i privat sektor, og flere jobber deltid. Spesielt gjelder dette blant kommuneansatte, der både kvinne- og deltidsandelen er høy. Det er også relativt store forskjeller innad i offentlig sektor. Det er for eksempel større lønnsforskjeller i helseforetakene enn blant ansatte i kommunene og skoleverket.

Tabell 6.1. Gjennomsnittlig månedslønn per heltidsekvivalent og kvinners lønn i prosent av menns lønn per 3. kvartal 2006. Alle ansatte etter sektor.

Sektor	Månedslønn		Kvinners lønn i prosent av menns lønn
	Menn	Kvinner	
Alle ansatte	32 700	27 700	84,7
Offentlig sektor	31 800	28 000	87,9
Av dette:			
Stat	32 600	29 300	89,7
Kommune og fylkeskommune	28 300	26 100	92,4
Skoleverket	32 600	31 500	96,7
Helseforetak	36 800	28 800	78,2
Privat sektor	32 800	27 400	83,6

Kilde: Lønnsstatistikk alle ansatte, Statistisk sentralbyrå

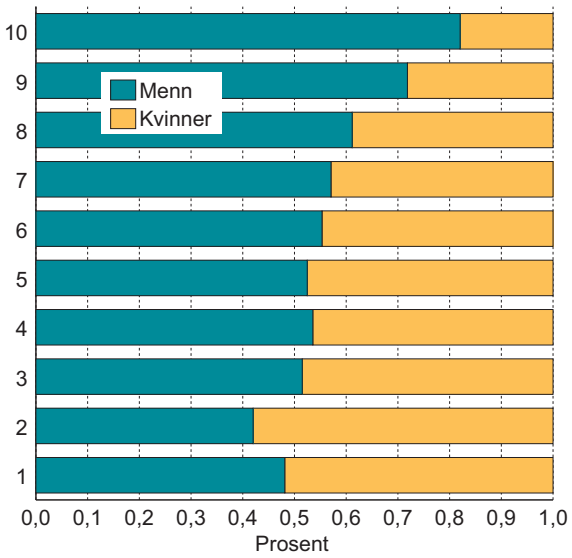
6.1 Flere deltidsansatte kvinner

En klart større andel kvinner enn menn jobber deltid. Ser vi på de deltidsansatte for seg var kvinners andel av menns lønn langt høyere enn for de heltidsansatte, med 96,6 prosent. Den tilsvarende andelen for heltidsansatte var på 86,8 prosent. Noe av denne store forskjellen kan forklares ved at de deltidsansatte fordeler seg noe ulikt mellom yrkesgruppene i forhold til de heltidsansatte, for eksempel er de fleste ledere heltidsansatte. Deltidsansatte kvinner er dessuten gjerne ansatt i andre næringer og yrker enn deltidsansatte menn.

6.2 Størst lønnsspredning blant menn

Menn dominerer i gruppene med høyest lønn når alle ansatte er sortert etter stigende lønn. Mer enn 80 prosent av personene i gruppen med høyest lønn (desil 10) er menn. Kvinner har en mer samlet plassering på lønnsskalaen, og er overrepresentert i de to gruppene med lavest lønn.

Figur 6.2. Andel menn og kvinner per desil 3. kvartal 2006. Heltidsekvivalenter. Alle ansatte



Kilde: Lønnsstatistikk alle ansatte, Statistisk sentralbyrå

Mye av forskjellene som illustreres i figur 6.2, kan forklares ut fra hvor kvinner og menn jobber, både med hensyn til yrke og næring. I motsetning til kvinner, er ofte menn i yrker med krav til høyere utdanning i privat sektor og som ledere.

6.3 Stor lønnsforskjell i lederyrker

Den relative lønnsforskjellen mellom kvinner og menn i privat sektor er størst i yrkesgruppene med høyest lønnsnivå, dvs. i lederyrker, akademikeryrker og høgskoleyrker. Blant ledere tjener kvinner i gjennomsnitt bare 80 prosent av hva menn tjener per måned. En av årsakene til dette kan være at mannlige ledere befinner seg høyere i hierarkiet, dvs. har høyere lederstillinger enn kvinner. Det er også store forskjeller fra næring til næring blant lederne, og finansnæringen er et eksempel på en næring der det relativt sett er stor forskjell på månedslønna for kvinnelige og mannlige ledere, både i kroner og prosent.

I kontoryrker er det relativt sett minst lønnsforskjell mellom kvinner og menn, og kvinner har i denne yrkesgruppen om lag 98 prosent av menns månedslønn. Eksempler på typiske kontoryrker kan være sekretærer, økonomimedarbeidere og resepsjonister.

6.4 Høyere utdanningsnivå gir større lønnsforskjeller

Lønnsforskjellen mellom kvinner og menn er større i grupper med høyere utdanning, enn i grupper uten høyere utdanning. Blant ansatte med grunnskole som høyeste utdanningsnivå hadde kvinner i gjennomsnitt 89,4 prosent av menns lønn, mens den tilsvarende andelen for de med lavere nivå (til og med 4 år på høgskole) var under 80 prosent. En forklaring kan være at kvinner og menn velger ulike utdanningsretninger. Kvinner velger ofte lærerutdanning eller en utdanning innenfor helse- og sosialfag, mens menn gjerne velger tekniske og naturvitenskapelige fag. Ser vi på gruppen med høyere nivås høgskoleutdanning, var andelen noe høyere, med om lag 82 prosent. Dette mønsteret har vært tilnærmet det samme i hele perioden fra 1998 til 2006.

6.5 Mer bonus til menn

Lønnsforskjellene mellom kvinner og menn forsterkes ved at menn i større grad enn kvinner har forskjellige former for tillegg og bonuser. Det er i utpregede mannsdominerte nærings- og yrkesgrupper at bonus forekommer oftest. I 2006 gikk mer enn 80 prosent av bonusutbetalingene til menn. I gjennomsnitt hadde heltidsansatte menn i privat sektor nær 1 200 kroner i bonus per måned i 2006, mens det samme tallet for kvinner var vel 700 kroner. En typisk bonusmottaker vil være en mannlig leder i finansnæringen, oljesektoren eller eiendomsbransjen, i 40-årene og med høy utdannelse.

Ser man bare på avtalt lønn eller grunnlønn, utgjorde kvinners lønn 86,2 prosent av menns lønn. Inkludert uregelmessige tillegg og bonus synker andelen til 84,7 prosent, og dersom overtidsgodtgjørelse er med går andelen ytterligere ned, til 82,7 prosent.

Heltidsekvivalenter

I lønnsstatistikken blir ansatte med en avtalt arbeidstid på mindre enn 33 timer per uke eller med stillingsandel på mindre enn 100 prosent normalt sett definert som deltidsansatte. For å kunne sammenligne lønn mellom hel- og deltidsansatte omregnes lønna til de deltidsansatte til hva den ville vært hvis de jobbet heltid. Dette gjøres ved å benytte forholdet mellom arbeidstiden til hver enkelt deltidsansatt og den gjennomsnittlige arbeidstiden for heltidsansatte i næringen som omregningsfaktor. Månedslønn per heltidsekvivalent for de deltidsansatte kan da slås sammen med månedslønn med de heltidsansatte slik at man kan beregne en gjennomsnittlig månedslønn for alle ansatte.

7 Kvinners og menns inntekt

7.1 Flere kvinnelige hovedinntektstakere

Færre kvinner enn menn har yrkesinntekt. Samlet yrkesinntekt utgjorde 738 milliarder kroner i 2005. Av dette utgjorde kvinners andel 38 prosent. Fra 1986 til 2003 har denne andelen økt med 7 prosentpoeng, men har vært uforandret de siste tre årene. Yrkesinntekt består av lønnsinntekt (inkl. sykepenger) og næringsinntekt, og er den viktigste inntektskilden for de fleste norske husholdninger.

Andelen parhusholdninger med minst to yrkesaktive har steget fra 68 prosent i 1986 til nær 74 prosent i 2005. En av fire parhusholdninger har dessuten kvinnelig hovedinntektstaker, det vil si at kvinnen har høyest samlet inntekt. Samlet inntekt inkluderer alle skattepliktige og skattefrie inntekter, også barnetrygd, kontantstøtte, og engangsstønad ved fødsel, som ofte tilfaller kvinnene i husholdningene.

I 1986 hadde kun 9 prosent av parhusholdningene kvinnelig hovedinntektstaker. Kvinners økte yrkesdeltakelse har altså ført til at de bidrar mer og mer til husholdningens økonomi.

> Inntekt er et videre begrep enn lønn. Foruten inntekt fra arbeid inngår blant annet kapitalinntekter og overføringer som bostøtte, barnetrygd, arbeidsledighetstrygd, pensjoner fra folketrygden og sosialhjelp med videre. Inntektsstatistikken måler årlig inntekt.

7.2 Kvinner i flertall blant uførepensjonistene

I 2005 mottok om lag 291 400 bosatte personer uførepensjon. Antallet bosatte uførepensjonister har økt med 23 prosent siden 1993. 11 prosent av alle kvinner i alderen 18 til 67 år er uførepensjonister. Dette er noe større andel enn blant menn, hvor 8 prosent var uførepensjonister i 2005.

En mulig forklaring på at kvinner i større grad enn menn blir uførepensjonert kan være at relativt mange kvinner arbeider i yrker som er sterkt fysisk belastende, der sannsynligheten for at det skal oppstå sykdom og uførhet er relativt stor, for eksempel i service- og omsorgsyrker (Dahl 2005).

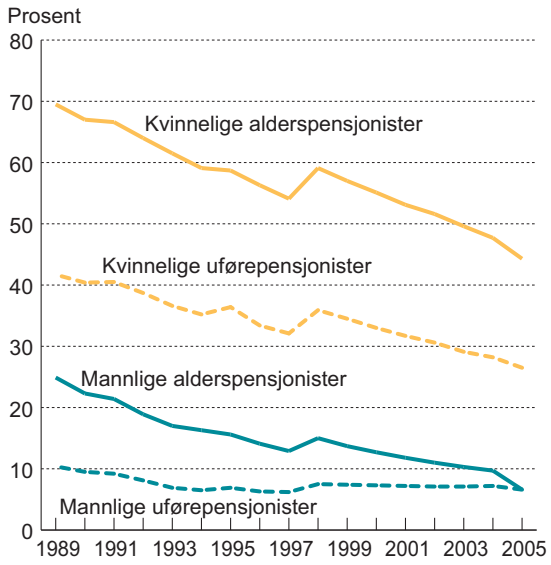
Blant kvinnelige uførepensjonister mottok nesten 27 prosent minstepensjon i 2005, mens bare 7 prosent av uføre menn mottok minsteytelsen fra folketrygden. I 1989 var 42 prosent av kvinnene i uførepensjonistgruppen minstepensjonister, men andelen har altså gått betydelig ned de siste årene.

7.3 Og 9 av 10 minstepensjonister er kvinner

I 2005 var det 171 900 bosatte alderspensjonister med minstepensjon. 87 prosent av disse var kvinner. Av alle kvinnelige alderspensjonister mottok 44 prosent minstepensjon. Tilsvarende andel hos menn var 6,6 prosent. Andelen alderspensjonister med minsteytelsen fra folketrygden har gått ned de siste årene, spesielt blant kvinner.

Forklaringen er blant annet at kvinner og menn har hatt ulik tilknytning til arbeidslivet, og at det derfor er store forskjeller mellom kjønnene i opptjente tilleggspensjoner.

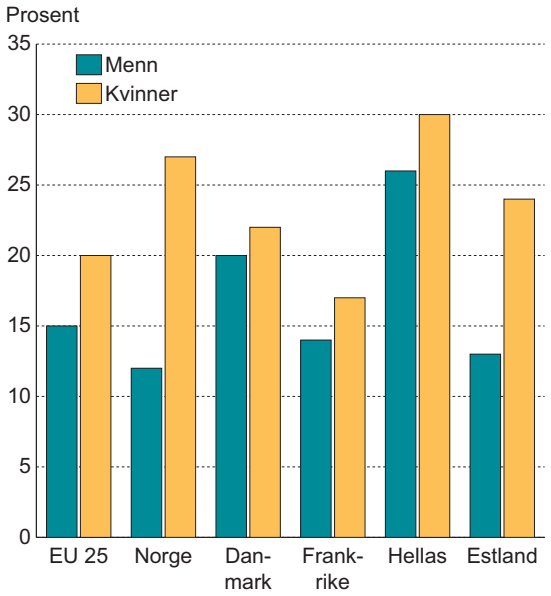
Figur 7.1. Andel minstepensjonister blant alders- og uførepensjonister. Kvinner og menn. 1989-2005



Kilde: Inntektsstatistikk for husholdninger, Statistisk sentralbyrå

Norge skiller seg fra resten av landene i EU-området ved at det er en relativt mye høyere andel med lavinntekt blant eldre kvinner (27 prosent), mens andelen med lavinntekt blant eldre norske menn (12 prosent) er omtrent som gjennomsnittet for befolkningen (Otnes, 2007).

Figur 7.2. Andel med årlig lavinntekt i utvalgte land. Menn og kvinner 65 år og eldre. 2004



Kilde: Eurostat

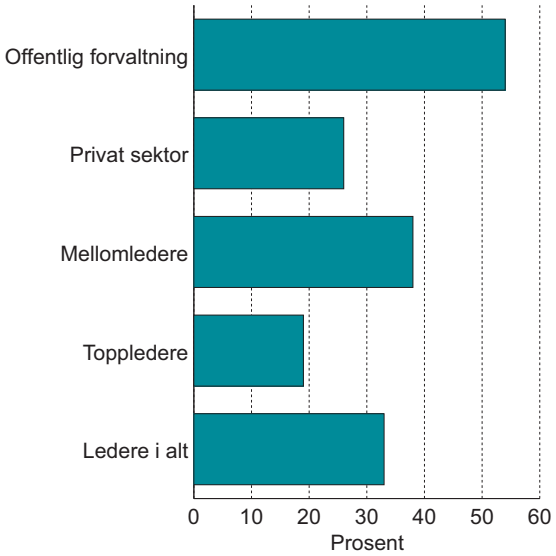
8 Makt og politikk

8.1 De fleste sjefer er menn

Kvinner utgjør nesten halvparten av alle sysselsatte, men kun en av tre ledere er kvinner. Det har likevel vært en økning på 7 prosentpoeng i kvinneandelen blant ledere (topp- og mellomledere) siden 2001. I offentlig forvaltning er litt over halvparten av lederne kvinner (54 prosent). Til sammenlikning utgjør kvinnene nær 70 prosent av alle ansatte i denne sektoren. Privat sektor, inkludert offentlige foretak, er dominert av menn, med 63 prosent av alle sysselsatte. Dette gjenspeiles også innenfor ledelsen hvor 74 prosent av lederne er menn. (Statistisk sentralbyrå, 2007).

Bare 19 prosent av topplederne, definert som administrerende direktør og ledere av små bedrifter, er kvinner. I motsetning til småbedriftene, som bare har én leder, har de større bedriftene et hierarki av ledere. Administrerende direktør har gjerne produksjonsdirektører og ledere for spesialavdelinger, som for eksempel personal og salg, under seg. Kvinner gjør seg langt mer gjeldende blant disse mellomlederne enn blant topplederne (Glad og Håland, 2002). Kvinneandelen blant mellomlederne er 38 prosent.

Figur 8.1. Andel kvinnelige ledere i ulike sektorer/ på ulike nivåer. 2006



Kilde: Arbeidskraftundersøkelsen (AKU), Statistisk sentralbyrå

Arbeidsmønsteret til kvinner og menn i lederstillinger er mer likt enn blant kvinner og menn ellers i arbeidslivet. Kun en av ti kvinnelige ledere jobber deltid mot fire av ti blant kvinner generelt. Kvinnelige ledere har en avtalt arbeidstid på nesten 39 timer i uka, 3 timer mindre enn mannlige ledere. Sysselsatte kvinner og menn har en avtalt arbeidstid på henholdsvis 30 og 38 timer i uka.

8.2 Få kvinnelige styreledere

For å styrke kvinners posisjon i næringslivet har Stortinget vedtatt en lov om at hvert av kjønnene skal være representert med minst 40 prosent i styrene til privat eide allmennaksjeselskaper (ASA) og noen offentlige eide foretak. 1. juli 2007 var det registrert 517 aktive allmennaksjeselskaper i Brønnøysundregisteret. 294 av disse, 57 prosent, fyller lovens krav.

116 allmennaksjeselskap har per 1. juli 2007 ingen kvinner i styret, og i underkant av 4 prosent av styrelederne er kvinner. Syv av ti styrerepresentanter er menn. Det mangler fortsatt 305 kvinner for å oppfylle kravet om kjønnsbalanse (Statistisk sentralbyrå, 2007).

Gjennomsnittsalderen for de kvinnelige og de mannlige styrerepresentantene er henholdsvis 45,6 år og 51,2 år. Seks av ti av de mannlige styrerepresentantene har høyere utdanning mens dette gjelder syv av ti kvinnelige styrerepresentanter (Statistisk sentralbyrå, 2007).

374 offentlige eide foretak er omfattet av kravet om kjønnsbalanse i styret. Dette er statsaksjeselskap, statsforetak, interkommunale selskap, helseforetak og de tre særlovsselskapene Norsk Tipping AS, Vinmonopolet og Innovasjon Norge. 91 prosent tilfredsstiller kravet om kjønnsbalanse (Statistisk sentralbyrå, 2007).

De offentlig eide foretakene har i alt 2 215 styrerepresentanter, 43 prosent av disse er kvinner. Det mangler 56 kvinner for at alle de offentlig eide foretakene skal oppfylle kravet. 1 foretak mangler menn i styret, mens 9 foretak har ingen kvinner i styret (Statistisk sentralbyrå, 2007).

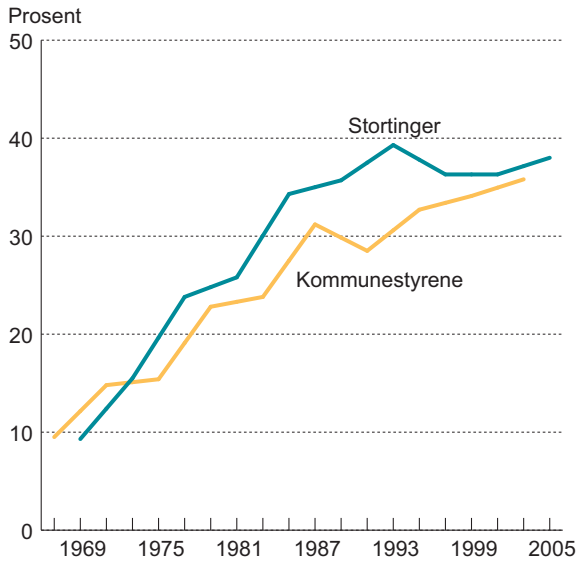
8.3 Flest menn på Stortinget og i kommunestyrer

Av de 169 representantene som sitter på Stortinget etter valget i 2005 er 64 kvinner, det vil si 38 prosent. Kvinneandelen til Stortinget og til kommunestyrene økte kraftig fra slutten av 1960-tallet og frem til slutten av 1990-tallet. Etter å ha stagnert på 36 prosent ved stortingsvalgene i 1997 og 2001, økte kvinneandelen ved valget i 2005. I Europa er det kun Sverige som har høyere kvinneandel i nasjonalforsamlingen enn Norge. Kvinneandelen er fortsatt økende i kommunestyrene, og var på 36 prosent etter valget i 2003.

Det er flest gjenvalg av menn i kommunestyrene. I 2003 var det kun 41 prosent av kvinnene som ble valgt på nytt mot 52 prosent av mennene. Foran årets kommunestyrevalg er 42 prosent av de nær 63 000 listekandidatene kvinner. I den yngste aldersgruppen (18-29 år) av listekandidatene finner vi 48 prosent kvinner. Andelen kvinnelige kandidater synker med økende alder og i gruppen 60 år og eldre finner vi bare 37 prosent kvinner.

For første gang er det kvinnelig flertall i Sametinget. 22 kvinner ble valgt inn i Sametinget i 2005, dette utgjør 51 prosent av representantene. Sametinget fikk samtidig sin første kvinnelige president.

Figur 8.2. Andel kvinner på Stortinget og i kommunestyrene. 1969-2005.



Kilde: Valgstatistikk, Statistisk sentralbyrå

8.4 Flest kvinner ved valgurnene

I 2001 stemte 75,8 prosent av stemmeberettige kvinner og 75,1 prosent menn ved stortingsvalget. Ved de første valgene etter krigen lå menns valgdeltagelse 7 prosentpoeng over kvinnenes deltagelse. Denne forskjellen jevnet seg helt ut på slutten av 1980- tallet, og siden da har flere kvinner enn menn benyttet seg av stemmeretten. Oppslutningen ved stortingsvalgene har alltid vært høyere enn ved lokalvalg. I 2005 var valgdeltakelsen på 77,4 prosent, henholdsvis 76,6 prosent for menn og 78,4 prosent for kvinner (Aardal et al, 2007). I 2003 stemte 60 prosent av mennene og 62 prosent av kvinnene ved kommunestyre- og fylkestingsvalget.

8.5 Kun to av ti ordførere er kvinner

Etter kommunestyrevalget i 2003 var 73 av landets 434 ordførere kvinner, det vil si at 83 prosent av disse vervene er besatt av menn. Antallet kvinnelige ordførere har økt ved nesten hvert valg på hele 1990-tallet, fra 55 valgte i 1991, men bare 8 flere enn i 1999. Ved begge de to siste valgene har det blitt valgt om lag dobbelt så mange kvinnelige varaordførere som ordførere, 35 prosent i 2003.

9 Innvandrerkvinner og menn i Norge

Innvandrerbefolkningen i Norge utgjør 8,9 prosent, i alt 415 000 personer. Det er litt flere kvinnelige innvandrere enn mannlige. Av de kvinnelige innvandrerne er i underkant av 173 000 førstegenerasjonsinnvandrere og rundt 36 000 etterkommere. Dette er en fordeling som er lik for den mannlige innvandrerbefolkningen.

Innvandrerbefolkningen består av personer med to utenlandsfødte foreldre: førstegenerasjonsinnvandrere som har innvandret til Norge, og personer som er født i Norge med to foreldre som er født i utlandet (også kalt etterkommere).
Ikke-vestlige land = Asia med Tyrkia, Afrika, Sør og Mellom-Amerika og Øst-Europa.

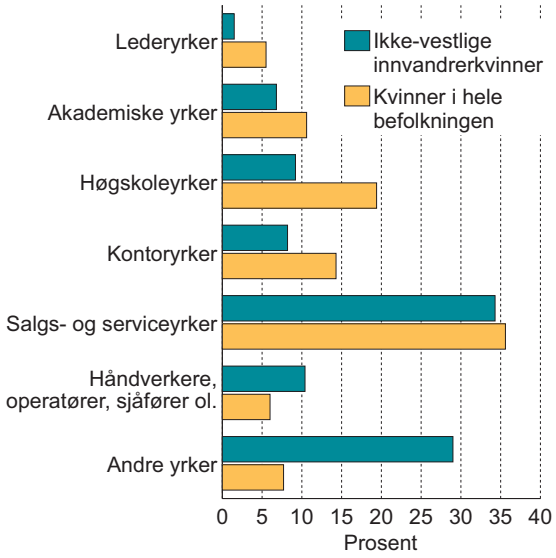
9.1 Lavere yrkesdeltaking blant kvinner enn blant menn

Nær 55 prosent av alle førstegenerasjons innvandrerkvinner var sysselsatte i 4. kvartal 2006. Dette er 12 prosentpoeng lavere sysselsetting enn blant kvinner i befolkningen i alt. Som blant mennene, var ikke-vestlige innvandrerkvinner i betydelig mindre grad i arbeid enn vestlige. Mens 67 prosent av vestlige innvandrerkvinner var sysselsatt, gjaldt det samme nær 50 prosent av ikke-vestlige kvinner. Dette kan delvis forklares av ulike innvandringsgrunner. Vestlige kvinner kommer i større grad som arbeidsinnvandrere enn ikke-vestlige, som stort sett kommer som flyktninger eller gjennom familieinnvandring.

Blant alle ikke-vestlige innvandrergrupper har kvinner betydelig lavere arbeidsdeltakelse enn menn. Nær 62 prosent av alle ikke-vestlige førstegenerasjons innvandrermenn var sysselsatt i 4. kvartal 2006 mot rundt 50 prosent av kvinnene (Henriksen, 2006).

Salgs- og serviceyrker er de vanligste yrkene både blant ikke-vestlige innvandrerkvinner og blant kvinner i befolkningen i alt (se figur 9.1). Mer enn hver tredje sysselsatte kvinne har et slikt yrke. Selv om salgs- og serviceyrker også er vanlig blant mennene, har 16 prosentpoeng færre menn et slikt yrke. Færre ikke-vestlige innvandrerkvinner enn kvinner i hele befolkningen har høgskole- eller akademiske yrker, lederyrker eller kontoryrker, mens flere er håndverkere, operatører eller sjåfører. Den største forskjellen i forhold til kvinner i hele befolkningen finner vi i kategorien "andre yrker", som for det meste omfatter ufaglærte yrker. Yrkesopplysningene omfatter alle ansatte i privat og statlig sektor unntatt helseforetakene (dvs. sykehusene). Ansatte i bedrifter innenfor kommunal og fylkeskommunal sektor inngår heller ikke i statistikken. Dette gjelder også de i kommunal forvaltning (Henriksen, 2006).

Figur 9.1. Kvinner i alderen 16-74 år, etter yrke[1] og landbakgrunn. 4. kvartal 2006. Prosent



[1] Selvstendig næringsdrivende og ansatte i kommunal/fylkeskommunal sektor og helseforetakene er ikke inkludert i tallene

Kilde: Arbeidsmarkedsstatistikk, Statistisk sentralbyrå

9.2 Innvandrerkvinner har lavere inntekter

Ikke-vestlige innvandrerkvinner har lave inntekter, sett i forhold til kvinner og menn fra vestlige land og i forhold til menn med ikke-vestlig landbakgrunn. Det er imidlertid et klart skille mellom de ulike innvandrergruppene. Kvinner fra Øst-Europa, Asia, Afrika, Mellom- og Sør-Amerika og Tyrkia kommer ut med langt lavere samlet inntekt enn innvandrerkvinner fra Vest- Europa, Nord-Amerika og Oseania.

Landbakgrunn gir store utslag når vi sammenligner yrkesinntekten blant førstegenerasjons innvandrerkvinner med yrkesinntekten blant jevnaldrende kvinner uten innvandrerbakgrunn. Kvinner mellom 35 og 44 år fra land som India, Bosnia-Hercegovina og Polen ligger ikke langt unna inntektsnivået blant kvinner uten innvandrerbakgrunn. I den andre enden av skalaen finner vi land som Somalia, Pakistan og Tyrkia (Henriksen, 2006).

9.3 Lav valgdeltakelse blant de ikke-vestlige innvandrerkvinnene ...

Valgdeltakelsen blant innvandrerkvinner, som blant innvandrermenn, ligger langt lavere enn blant kvinner og menn i befolkningen i alt. I 2005 stemte 78 prosent av alle stemmeberettigede kvinner mot 50 prosent av stemmeberettigede kvinner med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn. Ikke-vestlige innvandrerkvinner hadde 2 prosentpoeng høyere valgdeltakelse enn ikke-vestlige innvandrermenn. Den samme forskjellen fant vi også i 2001 og i 1997. I bare to ikke-vestlige landgrupper, India og Pakistan, har menn hatt høyere valgdeltakelse enn kvinner ved de tre stortingsvalgene vi har tall fra. Som ved tidligere stortingsvalg var valgdeltakelsen blant innvandrere med vestlig bakgrunn identisk for kvinner og menn. Kvinner fra Sri Lanka hadde høyest valgdeltakelse blant de ikke-vestlige innvandrerkvinnene, 9 prosentpoeng lavere enn valgdeltakelsen blant kvinner i alt (Henriksen, 2006).

9.4 ... men 46 prosent av listekandidatene er kvinner

Hvis vi ser nærmere på kommunestyre- og fylkestingsvalget som avholdes i 2007, har drøye 1 800 av alle listekandidatene (62 555) innvandrerbakgrunn og 1 000 (1,6 prosent) av disse ikke-vestlig bakgrunn. Blant de ikke-vestlige kandidatene finner vi 46 prosent kvinner, mot 42 prosent for kvinner ellers i befolkningen.

Del 3

10 Indikatorer på likestilling

Arbeid

	1980	1986	1989	1992	1995	1998	2001	2004	2005	2006
Antall personer i arbeidsstyrken (1000)										
Menn 16-74 år	1147	1190	1197	1167	1187	1251	1260	1263	1272	1296
Kvinner 16-74 år	793	938	957	963	999	1072	1101	1119	1127	1150
Andel personer i arbeidsstyrken[1]. Prosent										
Menn 16-74 år	79,3	78,4	77,2	74,5	75,2	78,4	77,8	76,3	76,2	75,6
Kvinner 16-74 år	55,1	62,3	62,3	62,2	64,0	68,2	69,1	68,8	68,7	68,4
Menn 25-66 år	90,1	89,1	88,2	86,2	86,6	88,1	91,3	85,3	85,1	85,5
Kvinner 25-66 år	62,2	71,0	72,0	73,0	74,7	77,6	82,0	77,0	76,9	76,7
Andel sysselsatte på deltid[2]. Prosent										
Menn	9,8	10,4	8,4	9,8	9,4	9,7	11,0	12,6	12,2	12,8
Kvinner	52,5	52,1	48,9	47,1	46,7	44,8	42,6	43,0	42,4	43,7
Faktisk arbeidstid per uke[3]. Timer										
Menn	41,1	41,9	41,2	40,0	39,8	39,5	38,5	38,1	38,3	37,5
Kvinner	29,2	29,3	30,2	30,0	30,3	30,4	30,5	30,3	30,8	30,6
Undersysselsatte i prosent av de deltidssysselsatte										
Menn	..	..	14,2	20,3	18,4	14,5	11,2	17,2	16,2	16,3
Kvinner	..	..	10,4	14,2	15,2	12,9	11,7	15,6	16,0	16,9
Arbeidsledige (AKU) i prosent av arbeidsstyrken[4]										
Menn 16-74 år	1,3	1,5	5,1	6,5	5,2	3,2	3,7	4,9	4,8	3,5
Kvinner 16-74 år	2,3	2,5	4,7	5,1	4,6	3,3	3,4	4,0	4,4	3,4
Menn 16-24 år	4,3	3,9	11,8	14,7	11,9	9,1	10,8	12,5	12,5	8,6
Kvinner 16-24 år	6,1	6,8	11,0	12,8	11,7	9,4	10,4	10,6	11,5	8,7

[1] Forskjellen mellom menns og kvinners arbeidsstyrkeprosenter i aldersgruppen 16-24 år skyldes i hovedsak at vernepliktjeneste regnes som sysselsetting. Brudd i tidsserien mellom 1985 og 1986 (økning på 15 000 i arbeidsstyrken, mellom 1987 og 1988 (økning på 10 000) og mellom 1995 og 1996 (økning på om lag 10 000). Fra 2006 ble aldersgrensen for å bli med i AKU senket fra 16 til 15 år. Samtidig ble aldersdefinisjonen endret fra alder ved utgangen av året til alder på referansetidspunktene for undersøkelsen.

[2] Tallene før og etter 1988 er ikke helt sammenlignbare (endret beregningsmåte fører til en reduksjon i deltidsandelen på om lag 2 prosentpoeng fra og med 1989.

[3] Brudd i tidsserien mellom 1987 og 1988

[4] Brudd i tidsserien mellom 1995 og 1996 på grunn av endringer i definisjon og undersøkelsesopplegg (økning i ledighetstallet på 0,5 prosentpoeng).

Kilde: Arbeidskraftundersøkelsen, Statistisk sentralbyrå

Kvinners lønn i prosent av menns lønn etter næring[1], yrke[2] og utdanning[3] per 3. kvartal 1998-2006. Gjennomsnittelig månedslønn per heltidsekvivalent

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2006	2006
	Prosent									Kroner	
										Menn	Kvinner
Næringer totalt	83,6	83,4	83,5	83,3	83,9	84,3	84,7	84,7	84,7	32 674	27 688
Fiskeoppdrett	-	-	-	-	85,7	89,3	90,1	92,4	91,4	29 662	27 118
Olje- og gassutvinning og bergverksdrift	77,5	79,8	79,2	80,5	85,3	87,6	85,3	86,7	88,3	47 783	42 175
Industri	86,3	86,2	87,4	87,3	87,5	87,0	87,5	88,4	88,9	30 707	27 304
Kraftforsyning	87,8	88,0	87,7	87,4	89,3	87,2	87,6	89,8	88,7	35 119	31 139
Bygge- og anleggsvirksomhet	90,1	91,1	92,4	92,6	92,4	94,9	95,8	96,7	97,6	29 201	28 492
Varehandel	77,7	79,1	78,5	79,4	79,7	80,6	81,0	79,9	79,8	31 572	25 202
Hotell- og restaurantvirksomhet	-	-	-	89,5	90,4	88,4	89,8	89,0	89,4	24 576	21 959
Samferdsel	87,0	85,8	86,3	86,2	87,6	88,0	88,3	89,4	89,2	31 745	28 322
Finanstjenester	73,4	74,2	73,7	71,6	71,9	71,9	72,4	70,6	68,1	47 932	32 662
Eiendomsdrift, forretningsmessig tjenesteyting	72,3	75,4	75,1	76,3	76,4	77,6	78,5	78,9	79,3	37 289	29 572
Staten	88,6	88,9	87,3	88,0	88,2	87,7	89,2	89,7	89,7	32 619	29 261
Undervisningspersonale i skoleverket	93,3	93,5	93,4	93,9	94,8	95,1	96,0	96,7	96,7	32 579	31 503
Kommune og fylkeskommune	87,2	86,6	87,0	90,2	91,4	91,7	91,4	91,2	92,4	28 290	26 136
Privat undervisning	85,4	84,9	85,1	83,8	85,5	87,1	87,3	87,0	87,3	32 518	28 393
Helse- og sosialtjenester	87,1	87,3	85,3	87,3	85,9	86,3	84,7	85,2	84,6	29 770	25 181
Statlige sykehustjenester	-	-	-	76,7	78,6	76,0	76,1	78,1	78,2	36 835	28 803
Sosiale og personlige tjenester	82,0	85,5	83,8	85,6	84,6	86,6	86,6	87,4	87,0	33 874	29 470
Yrker (privat sektor)	..	..	..	..	..	83,5	83,5	83,8	83,6	32 836	27 448
1 Lederyrker	..	..	..	..	..	79,8	80,8	80,5	79,8	49 706	39 641
2 Akademiske yrker	..	..	..	..	..	84,3	84,2	84,5	84,3	43 987	37 075
3 Høgskoleyrker	..	..	..	..	..	83,6	82,8	82,3	81,7	37 095	30 297
4 Kontoryrker	..	..	..	..	..	96,7	97,9	98,1	98,2	26 433	25 970
5 Salgs- og serviceyrker	..	..	..	..	..	88,7	88,4	88,1	87,4	25 104	21 947
7 Håndverkere	..	..	..	..	..	91,5	93,0	92,4	92,3	27 254	25 159
8 Operatører og sjåfører	..	..	..	..	..	87,8	88,5	88,3	87,9	26 910	23 643
9 Yrker uten krav til utdanning	..	..	..	..	..	92,9	93,5	93,4	92,5	23 286	21 539
Utdanning	83,6	83,4	83,5	83,3	83,9	84,3	84,7	84,7	84,7	32 674	27 688
Grunnskole (nivå 1-2)	86,0	85,7	85,2	84,8	85,1	85,3	85,9	85,6	89,4	25 985	23 241
Videregående skole (nivå 3-5)	85,0	84,9	84,4	84,2	84,6	85,0	85,4	85,0	83,4	30 799	25 699
Universitets-, høgskolenivå, 1-4 år (nivå 6)	80,2	79,6	79,9	79,1	80,1	80,2	81,1	80,4	79,8	38 369	30 636
Universitets-, høgskolenivå, over 4 år (nivå 7-8)	82,7	82,0	82,1	82,1	81,7	82,3	82,5	82,4	81,9	46 145	37 793
Uoppgitt utdanning (9)	84,7	86,7	86,1	86,0	86,1	87,0	-	-	-	-	-
Alder i alt	83,6	83,4	83,5	83,3	83,9	84,3	84,7	84,7	84,7	32 674	27 688
-24 år	92,4	93,1	93,3	93,2	92,8	93,1	93,4	94,0	92,9	21 780	20 242
25-29 år	91,7	91,6	91,8	91,5	92,8	92,5	93,3	93,7	92,8	27 122	25 178
30-34 år	88,9	88,8	88,7	88,6	89,4	88,9	89,6	89,6	89,3	31 129	27 808
35-39 år	83,7	83,9	84,7	84,7	85,6	86,3	86,3	86,5	86,4	33 601	29 031
40-44 år	80,0	79,7	80,1	80,5	81,4	82,3	82,9	83,7	84,1	35 133	29 548
45-49 år	79,0	79,3	79,1	78,9	79,5	80,3	80,4	80,5	80,6	36 090	29 087
50-54 år	78,4	78,0	78,3	78,4	78,7	79,7	80,4	80,2	80,2	35 813	28 725
55-59 år	78,6	78,4	78,2	77,6	78,6	78,9	79,3	79,4	79,5	35 395	28 129
60 år og over	79,4	79,0	78,8	79,3	79,2	78,6	79,4	78,9	78,8	35 235	27 759

[1] Standard for næringsgruppering[2] Standard for yrkesklassifisering[3] Standard for utdanningsgruppering

Kilde: Lønnsstatistikk alle ansatte, Statistisk sentralbyrå

Inntekt

	1986	1989	1992	1995	1998	2001	2002	2003	2004	2005
Andel parhusholdninger 25-54 år med kvinnelig hovedinntektstaker[1]. Prosent	9,4	11,4	15,9	17,1	19,2	21,9	21,1	19,1	23,3	24,33
Andel parhusholdninger 25-54 år med minst to yrkesaktive[2]. Prosent	68,3	69,0	71,7	73,7	74,8	75,9	74,3	73,8	73,4	73,51
Kvinners andel av total yrkesinntekt[3]. Prosent	31	33	35	35	36	37	37	38	38	38
Andel uførepensjonister. Prosent[4]										
Menn	6,6	7,3	7,4	7,2	7,7	8,4	8,5	8,8	9,0	8,2
Kvinner	7,7	9,2	9,5	9,5	10,5	11,7	11,9	12,1	12,4	11,4
Andel minstepensjonister blant uførepensjonistene. Prosent										
Menn	..	10,4	8,1	6,9	7,5	7,2	7,1	7,1	7,2	6,6
Kvinner	..	41,7	38,7	36,4	35,9	31,7	30,6	29,1	28,2	26,5
Andel minstepensjonister blant alderspensjonistene. Prosent										
Menn	33,6	24,9	18,9	15,6	15,0	11,8	11,0	10,3	9,7	6,6
Kvinner	77,5	69,5	64,0	58,7	59,1	53,1	51,6	49,6	47,7	44,3

[1] Par med og uten barn, der hovedinntektstaker er 25-54 år. Hovedinntektstaker er den personen i husholdningen som har høyest samlet inntekt.

[2] Par med og uten barn, der hovedinntektstaker er 25-54 år. En person er regnet som yrkesaktiv dersom lønnsinntekt og inntekt av næringsvirksomhet til sammen er større enn folketrygdens minsteytelse til alders- og uførepensjonister.

[3] Gjelder personer under 65 år.

[4] Andel av befolkningen i alderen 18-67 år (fra og med 2000), 17-67 år (1998-1999), 16-67 år (1991-1997) og 16-66 år (1986-1990).

.. = oppgave mangler

Kilde: Statistisk sentralbyrå/NAV

Makt og politikk

	1985	1987	1989	1991	1993	1995	1997	1999	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Andel kvinner og menn på Stortinget															
Menn	65,6	..	64,2	..	60,6	..	63,6	..	63,6	..	..	..	62,1	..	..
Kvinner	34,4	..	35,8	..	39,4	..	36,4	..	36,4	..	..	..	37,9	..	..
Andel kvinner og menn i kommunestyrene															
Menn	..	68,8	..	71,5	..	67,3	..	65,9	..	..	64,5	..		..	..
Kvinner	..	31,2	..	28,5	..	32,7	..	34,1	..	..	35,5	..		..	..
Ordførere etter kommunestyrevalgene. Prosent															
Menn	..	..	..	87,4	..	84,4	..	85,1	..	..	83,2	..		..	..
Kvinner	..	..	..	12,6	..	15,6	..	14,9	..	..	16,8	..		..	..
Ledere i privat og offentlig sektor. Prosent															
Menn 16-74 år	..	..	..	..	..	..	..	..	74,1	71,8	70	70,6	69,5	66,9	
Kvinner 16-74 år	..	..	..	..	..	..	..	..	25,9	28,2	30	29,4	30,5	33,1	
Styreledere i ASA etter kjønn per 1. januar. Prosent															
Menn	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	97,4	97,6	97,6	97
Kvinner	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2,6	2,3	2,4	3
Styrerepresentanter i ASA etter kjønn per 1. januar. Prosent															
Menn	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	89,4	85,9	78,6	70,3
Kvinner	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	10,6	14,1	21,4	29,7
Styreledere i AS etter kjønn per 1. januar. Prosent															
Menn	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	89,8	89,6	89,3	89
Kvinner	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	10,2	10,4	10,7	11
Styrerepresentanter i AS etter kjønn per 1. januar. Prosent															
Menn	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	80,5	79,9	79	78,3
Kvinner	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	19,5	20,1	21	21,7

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

	1986	1989	1992	1995	1998	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Andel uførepensjonister av befolkningen 16-66 år[1]											
Kvinner	7,7	9,2	9,5	9,5	10,5	11,7	11,9	12,1	12,4	12,3	…
Menn	6,6	7,3	7,4	7,2	7,7	8,4	8,5	8,8	9,0	9,4	…
Aldersstandardiserte dødsrater etter utvalgte årsaker[2]											
Hjerte-/karsykdommer											
Menn	632	589	554	513	466	405	391	354	330	...	...
Kvinner	338	331	309	281	262	234	229	216	203	...	...
Selvmord											
Menn	20	22	21	19	18	18	16	16	15	...	...
Kvinner	7	8	7	6	7	6	6	5	7	...	...
Andel dagligrøykende (16-74 år)											
Menn	39	37	37	33	34	30	29	27	27	26	…
Kvinner	31	34	32	32	32	29	30	25	25	24	…
Andel med overvekt eller fedme (BMI 27 eller over) [3]											
Menn				21	23		26			28	…
Kvinner				15	16		21			19	…
Antall døgnopphold per 1000 innbyggere											
Antall døgnopphold per 1000 innb., menn		128,4	126,1	130,3	137,9	145,6	148,6	157,2	159,5	162	163,1
Antall døgnopphold per 1000 innb., kvinner		167,9	158,5	162,3	169,8	175,2	178	185,9	187,2	188,2	190,5
Antall døgnopphold per 1000 innb., kvinner											
Fratrukket svangerskapsrelaterte opphold		133	124,4	128,1	138,3	145,1	148,6	156,2	157,7	158,7	160,3
Gjennomsnittelig liggetid ved somatiske sykehus											
Gjennomsnittelig liggetid, menn		7,4	6,9	6,6	6,2	5,8	5,6	5,3	5,2	5,1	5,1
Gjennomsnittelig liggetid, kvinner		7,6	7,1	6,7	6,3	5,8	5,7	5,4	5,2	5,1	5

[1] Fra og med 2004 er mottakere av tidsbegrenset uførestønad inkludert.

[2] Ratene er kjønns- og aldersstandardisert over 5-årige aldersgrupper. Middelfolkemengde i året er benyttet. Som standardbefolkning er benyttet summen av menn og kvinner i 5-årige aldersgrupper i hele landet per 1. januar 1981.

[3] Body Mass Index (BMI) blir beregnet som vekt delt på kvadratet av høyden. Normal vekt regnes å ligge mellom BMI 18 og 25. Her har en valgt å definere overvekt som BMI>=27, fordi lett overvekt, BMI mellom 25 og 27, ikke representerer noen helserisiko

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Innvandrerkvinner og menn

	1997	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Stortingsvalgene							
Valgdeltagelse blant ikke-vestlige innvandrerkvinner. Prosent[1]	59	46				50	
Valgdeltagelse blant ikke-vestlige innvandrermenn. Prosent[1]	57	44				48	
Valgdeltagelse blant vestlige innvandrerkvinner. Prosent	76	75				76	
Valgdeltagelse blant vestlige innvandrermenn. Prosent	76	75				76	
Andel sysselsatte førstegenerasjons innvandrerkvinner 15-74 år. 1. kvartal		54	52,8	52,3	52,2	52,3	54,5
Andel sysselsatte førstegenerasjons innvandrermenn 15-74 år. 1. kvartal		64,6	62,7	60,9	61	62,1	65,7
Andel sysselsatte ikke-vestlige innvandrerkvinner 15-74 år. 1. kvartal		47,7	46,7	46,5	46,7	47	49,7
Andel sysselsatte ikke-vestlige innvandrermenn 15-74 år. 1. kvartal		59,2	57,2	55,4	55,6	57	61,6
Andel sysselsatte vestlige innvandrerkvinner 15-74 år. 1. kvartal		65,5	64,8	65	65,1	65,6	67,2
Andel sysselsatte vestlige innvandrermenn 15-74 år. 1. kvartal		74,5	73,4	72,1	72,4	73,3	75,4

[1] Nedgangen i valgdeltagelse blant ikke-vestlige innvandrerkvinner og menn fra 1997 til 2001, skyldes at gruppa med ikke-vestlige endret karakter i forhold til størrelse, landbakgrunn og alder (se http://www.ssb.no/emner/00/01/10/rapp_200623/)

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Referanser

Barstad, Anders (2004): Få isolerte, men mange er plaget av ensomhet, *Samfunnsspeilet* nr. 5, 2004

Bjerke T. (1990): Selvmordsatferd blant studenter og andre grupper unge voksne. *Tidsskrift for den Nosker Psykologforening* 1990; 27:438-446

Bjørnstad R. (2006): Er det økte sykefraværet tegn på et mer inkluderende eller ekskluderende arbeidsliv?, *Økonomiske analyser 6*, 2006, Statistisk sentralbyrå, 48-55.

Dahl, Grete (2005): *Uførepensjonisters bakgrunn.* Notat 2005/16. Statistisk sentralbyrå

Daugstad G. og I. Håland (2003): Den kjønnsdelte arbeidsmarknaden, *Samfunnsspeilet* 6, 2003, Statistisk sentralbyrå, 15-21.

Glad K. og I. Håland (2002): "Kun en av ti toppledere er kvinne", *SSB Magasinet 2/6-2002 http://www.ssb.no/vis/magasinet/slik_lever_vi/art-2003-06-03-01.html*

Hauge, L. og O. A. Opdalshei (2000): «Svangerskap og sykefravær». *Søkelys på arbeidsmarkedet*, 17, 89-93.

Henriksen, Kristin (2006): "Innvandrerkvinnene i Norge: Hvem er de og hvordan går det med dem?", *SSB Magasinet 4/12-2006 http://www.ssb.no/magasinet/analyse/art-2006-12-04-01.html*

Fevang, Elisabeth og Røed Knut (2006). "Veien til uføretrygd i Norge", Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning. Rapport 10/2006.

Hjelmeland H.(1999): Parasuicid (selvmordsforsøk) – epidemiologiske aspekter. I: Mehlum Lars (red.). *Tilbake til livet. Selvmordsforebygging i teori og praksis*. Oslo: Høyskoleforlaget.

http//:www.who.int/gender/documents/en: (2004) Work, gender and health, September 2004, WHO

Lappegård, Trude (2005): " Fruktbar forskning med kongelig aktualitet" *Samfunnsspeilet* 2, 2005, Statistisk sentralbyrå, 15-24.

Lohne Y. og H. Næsheim (2003): *Kartlegging av bruken av deltid i arbeidslivet.* Rapporter 2003/22. Statistisk sentralbyrå http://www.ssb.no/emner/06/01/rapp_200322/)

Lunde, Elin Skretting (2007): Hvorfor går vi til legen?, *Samfunnsspeilet* nr. 3/2007.

NOU 1998:18: Det er bruk for alle. Sosial- og helsedepartementet. Oslo 1998.

NOU 2007:4 Ny uførestønad og ny alderspensjon til uføre.

Otnes, Berit (2007): *Lavinntekt i Norge og Europa. Resultater av European Survey of Income and Living Conditions (EU-SILC)*. Rapport 2007/16. Statistisk sentralbyrå http://www.ssb.no/emner/00/02/rapp_200716/.

Ramm, Jorun, Jensen, Arne og Borgan, Jens-Kristian (2006). "Helse og levevaner, uførhet og dødelighet" i Mørk, Eiliv (red.) *Aleneboendes levekår*, Statistisk sentralbyrå. Statistiske analyser, 2006/81.

Statistisk sentralbyrå (7. februar 2007): " Flere regnskapsførere og hjelpepleiere" (http://www.ssb.no/emner/06/01/-yrkeaku/).

Statistisk sentralbyrå (20. april 2007): "Pasientstatistikk 2006" (www.ssb.no/emner/03/02/pasient/)

Statistisk sentralbyrå (13. juli 2007): " Seks av ti ASA oppfyller likestillingskravet" (Kjønnsrepresentasjon i styre)

St.meld. nr. 9 (2006-2007) Arbeid, velferd og inkludering.

St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge, Helse- og omsorgsdepartementet

St.meld. nr. 50 (1998-1999) Utjamningsmeldinga.

St.meld. nr. 35 (1994-1995) Velferdsmeldinga.

Vatten, Lars J. og Rolf Skjærven i *Early Human Development* 2004:76

Ventelistedata: www.shdir.no/norsk_pasientregister

Aardal, B., M. Høstmark, B. O. Lagerstrøm og B. Stavn (2007): *Valgundersøkelsen 2005*. Rapporter 2007/31. Statistisk sentralbyrå (http://www.ssb.no/emner/00/90/rapp_valg/rapp_200731/)

Lenker

www.nav.no
www.ssb.no