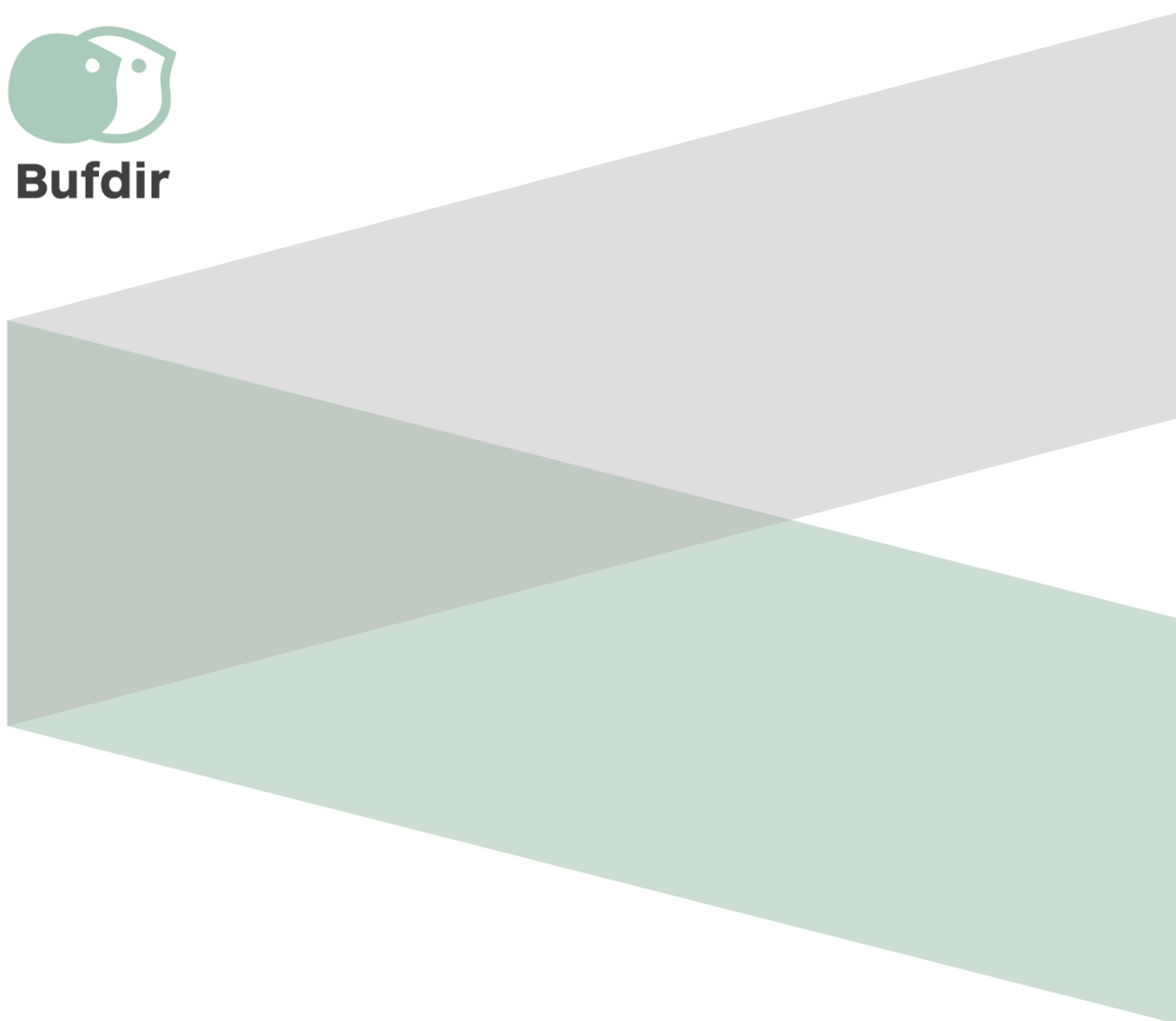


Helse og kjønn i et likestillingsperspektiv

Rapport til Kvinnehelseutvalget



Bufdir





**BARNE-, UNGDOMS-
OG FAMILIEDIREKTORATET**

Postadresse:
Postboks 2233
3103 Tønsberg

Besøksadresse:
Fredrik Selmers vei 3
0663 Oslo

Sentralbord:
466 15 000

Utgitt:
Mai 2022

ISBN: (digital utgave)
978-82-8286-388-9

bufdir.no

Innhold

1. Oppsummering/sammendrag	5
1.1 Kvinner lever lengst – forskjellen minker	5
1.2 Helse påvirker deltakelse	6
1.3 Helseforskjeller blant skeive kvinner	6
1.4 Helseforskjeller blant kvinner med innvandrerbakgrunn	6
1.5 Helseforskjeller blant samer og kvener	6
1.6 Helseforskjeller blant kvinner med funksjonsnedsettelse	7
2. Bakgrunn	8
2.1 Oppdraget fra Kvinnehelseutvalget	8
2.2 Formål og fokus	8
2.3 Definisjoner av begreper	8
2.4 Kunnskapsgrunnlaget i rapporten	10
3. Innledning	12
4. Helsesituasjon og kjønn	13
4.1 Forventet levealder for kvinner og menn	13
4.2 Livskvalitet	15
4.3 Egenvurdert helse	18
4.4 Egen vurdering av psykisk helse	23
4.5 Seksuell og reproduktiv helse	27
4.6 Sykelighet og dødelighet	30
5. Vold og overgrep i et kjønnsperspektiv	36
5.1 Forekomst av fysisk vold	36
5.2 Forekomst av psykisk vold og trusler	39
5.3 Forekomst av vold i nære relasjoner	41
5.4 Forekomst av seksuell vold	42
5.5 Konsekvenser av å være utsatt for vold og overgrep	44
6. Levevaner og kjønn	46
6.1 Bruk av tobakk og alkohol	46
6.2 Helsemessige konsekvenser av alkohol- og narkotikabruk	50
6.3 Mosjon, overvekt og kosthold	52
7. Bruk av helsetjenester i et kjønnsperspektiv	56
7.1 Bruk av primærhelsetjenester	56
7.2 Bruk av spesialisthelsetjenester	58
7.3 Kjønnsforskjeller i utskrivning av legemidler	59

7.4 Tilfredshet med helsetjenestene	60
8. Sykefravær og uførhet i et kjønnsperspektiv	62
8.1 Sykefravær	62
8.2 Uføre i befolkningen	65
8.3 Kilder	67

1. Oppsummering/sammendrag

1.1 Kvinner lever lengst – forskjellen minker

Forventet levealder er et mål på hvor lenge en person som er født et gitt år kan forvente å leve. I 2021 var forventet levealder for kvinner over 3 år lengre enn for menn (SSB, 2021d).

1.1.1 Sammenheng mellom utdanning og helse

Utdanning er et godt utgangspunkt for å måle sosial ulikhet i helse og personer med høy utdanning lever lengre enn de med lav utdanning. Menn med grunnskole som høyeste fullførte utdanning har 6 år kortere forventet levealder enn menn med høyere utdanning. Forskjellen blant kvinner med og uten høyere utdanning er om lag 5 år.

1.1.2 Vold og overgrep har konsekvenser for helse

Vold har alvorlige konsekvenser for personen som utsettes for den og for folkehelsen. Den som har vært utsatt for vold og overgrep kan utvikle både psykiske og fysiske plager og lidelser som følge av overgrepet. Vold gjør at den som blir utsatt er mer sårbar for nye volds- og overgrepshendelser senere i livet.

Kvinner er særlig utsatt for vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep. Menn er mer utsatt for fysisk vold og trusler.

1.1.3 Kjønnforskjeller i helseadferd

Helseadferd¹ er viktig for sykkelighet og dødelighet, og dermed for hvor lenge personer lever (Strand mfl., 2013a). Helseadferd handler om levevaner, og om å ta i bruk forebyggende tiltak som vaksiner og å følge andre helserelaterte råd og anbefalinger (ibid).

Kvinner har sunnere levevaner enn menn, og har vist en større positiv utvikling de siste 10 årene. Menn drikker mer alkohol enn kvinner, og dominerer i risikoadferd ved bruk av rus. Fedme og overvekt finner vi oftest blant menn, mens kvinner opp til 66 år mosjonerer oftere enn menn (SSB, 2019a).

Som gruppe begynte kvinner å røyke senere enn menn. Det har spilt en rolle i dødeligheten som følge av sykdommer som hjerte- og karsykdommer og lungekreft, og dermed for utviklingen av forventet levealder for kvinner (Bævre, 2021). Totaldødeligheten for kvinner har dermed ikke gått så kraftig ned som blant menn ettersom røyking fremdeles er en sentral underliggende årsak til høy dødelighet av lungekreft blant kvinner (ibid).

¹ Adferd som påvirker helsen

1.2 Helse påvirker deltakelse

Kvinner er særlig utsatt for muskel- og skjelettsykdommer, som ofte er forbundet med smerter og kan gi nedsatt funksjon. Sykefraværet har vært høyere for kvinner enn menn siden 70-tallet (SSB, 2021e) og er i dag høyere blant kvinner i samtlige næringer. Høyest fravær og størst forskjell mellom kjønnene er det i helse- og omsorgssektoren. Dette er også næringen hvor flest kvinner jobber (SSB, 2021h). Det er også flere kvinner enn menn som mottar uføretrygd (NAV, 2022).

Til tross for mye forskning om temaet finnes det enda ikke et entydig svar på hele forskjellen i sykefravær mellom menn og kvinner. Vi vet imidlertid at sykdommer som gir muskel- og skjelettsmerter er en av de viktigste årsakene til både sykefravær og uføretrygd (Clarsen m.fl. 2022).

1.3 Helseforskjeller blant skeive kvinner

I den skeive befolkningen i Norge kommer bifile kvinner jevnt sett dårligere ut enn heterofile og lesbiske kvinner, og bifile, homofile og heterofile menn. Blant bifile kvinner er det en mindre andel som vurderer egen helse som generelt sett god, og en større andel som oppgir å ha symptomer på angst, depresjon og selvmordstanker (Anderssen m.fl., 2021).

Færre lesbiske og bifile kvinner gjennomfører forebyggende helseundersøkelser som mammografi og celleprøver, enn heterofile kvinner (ibid).

1.4 Helseforskjeller blant kvinner med innvandrerbakgrunn

Det er stor variasjon i helsen blant kvinner og menn i og mellom ulike innvandrergrupper (Kjøllestad m.fl., 2019). Det er en høyere andel innvandrerkvinner enn innvandremenn og kvinner i hele befolkningen som oppfatter egen helse som dårlig. Som i hele befolkningen er det flere kvinner enn menn blant innvandrerbefolkningen som rapporterer om helseproblemer og som har kronisk sykdom. Innvandrerkvinnene rapporterer oftere om psykiske plager enn menn og kvinner i hele befolkningen.

Det er store ulikheter i alkoholinntak blant innvandrerbefolkningen, og skillene går mellom kjønn og opprinnelsesland. Blant kvinnene i innvandrerbefolkningen er det også store forskjeller mellom fødeland på om og hvor mye de trener. I den gruppa som trener mest er andelen om lag like høy som den høyeste delen blant mennene (ibid). Det er større kjønnsforskjeller i treningsvanene blant norskfødte med innvandrerforeldre (Dalgard, 2018).

Overvekt og fedme er mer utbredt blant innvandrerkvinnene, men mindre utbredt blant norskfødte kvinner med innvandrerbakgrunn, sammenlignet med alle kvinner i befolkningen (Kjøllestad m.fl., 2019; Dalgard, 2018; Vrålstad og Wiggen, 2017).

1.5 Helseforskjeller blant samer og kvener

Samiske kvinner vurderer sin egen helse på omtrent samme nivå som kvinner i befolkningen som verken er samisk eller kvensk. Blant kvenske kvinner er det færre enn kvensk-samiske og øvrige

kvinner som vurderer helsen sin som svært god. Angst, depresjon og selvmordstanker er mer vanlig blant de samiske kvinnene enn blant de øvrige kvinnene i befolkningen i samme aldersgruppe (Kvalvøy m.fl., 2017; Brodestad m.fl., 2011). Samiske jenter i alderen 16-31 år rapporterer om flere symptomer på depresjon, angst og stress enn samiske gutter (Hansen & Saar, 2021).

Blant både samiske menn og kvinner er det sammenheng mellom å ha erfart diskriminering og negative helseutfall (Hansen, 2015).

1.6 Helseforskjeller blant kvinner med funksjonsnedsettelse

Andelen kvinner i befolkningen med betydelige psykiske vansker er nesten dobbelt så stor som andelen menn, men forskjellen er mindre mellom kvinner og menn med funksjonsnedsettelse. Kvinner med funksjonsnedsettelse oppgir dessuten i langt større grad at de hadde dårlig helse, enn kvinner i befolkningen generelt. Færre kvinner enn menn i denne gruppen er fysisk inaktive (SSB, 2019a).

Det er kjønnsforskjeller i hvilke hjelpemidler for tilrettelegging av hverdagen som gis til kvinner og menn med funksjonsnedsettelser.

2. Bakgrunn

Regjeringen oppnevnte i mars 2019 et utvalg som skal lage en ny utredning om kvinners helse og helse i et kjønnsperspektiv. Utvalget skal levere sin rapport i mars 2023. Som del av utredningen skal Kvinnehelseutvalget inkludere oppdatert statistikk og analyser som belyser kjønnsforskjeller i helse.

2.1 Oppdraget fra Kvinnehelseutvalget

Buudir er bedt om å utarbeide en rapport som belyser relevante forskjeller i helse, herunder hvordan kjønn samspiller med andre forskjellskapende dimensjoner, som tilhørighet til minoritetsgrupper (innvandrere, nasjonale minoriteter og urfolk), funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet og sosioøkonomisk bakgrunn.

2.2 Formål og fokus

I denne rapporten presenterer Buudir oppdatert kunnskap om helse og kjønn i et likestillingsperspektiv. Rapporten tar for seg kjønnsforskjeller i helsesituasjonen, levevaner, bruk av helsetjenester, sykefravær og uførhet mellom kvinner og menn i Norge.

I denne rapporten omtaler vi:

- kjønn, her i betydningen kvinner og menn
- urfolk, det vil si den samiske befolkningen
- nasjonale minoriteter², det vil si grupper med langvarig tilknytning til landet. I denne rapporten omtaler vi kun kvener/norskfinner
- personer med innvandrerbakgrunn, det vil si innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre
- personer som bryter med normer for seksuell orientering, det vil si lesbiske, homofile og bifile
- personer med funksjonsnedsettelse

Vi tar utgangspunkt i Likestillings- og diskrimineringsloven (2017, § 1), som forbyr diskriminering på bakgrunn av kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel eller adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk, alder og andre vesentlige forhold ved en person. I etnisitet inngår nasjonal opprinnelse, avstamning, hudfarge og språk.

2.3 Definisjoner av begreper

2.3.1 Kjønn

Kjønn er en grunnleggende side ved en persons identitet. Normer i samfunnet er i stor grad med på å definere hva som er typisk kvinnelig og mannlig. Hva som er ansett som mannlig og kvinnelig

² I Norge er jøder, kvener/norskfinner, romer, skogfinner og romanifolket/tatere definert som nasjonale minoriteter.

varierer historisk og mellom kulturer. Vi kan forstå kjønn som tre ulike aspekter: biologisk kjønn - den kroppen du er født med, psykologisk kjønn³ - det kjønn du føler deg som, og sosialt kjønn⁴ - det kjønn andre oppfatter deg som og som du sosialiseres inn i (Bufdir, 2020a).

Den mest utbredte forståelsen av kjønn, som blant annet benyttes i forskning og statistikk, antar at det finnes to gjensidig utelukkende kjønn, det vil si at alle er enten mann eller kvinne. Imidlertid faller ikke alle inn under en av disse to kjønnskategoriene. Fordi kunnskapsgrunnlaget er basert på en forståelse av kjønn som mann eller kvinne, dreier denne rapporten seg i hovedsak om helseforskjeller mellom de biologiske kjønnene mann og kvinne. Vi mangler altså kunnskap som benytter sosialt og/eller psykologisk kjønn som referansekategori, og kunnskap som tar høyde for personer som på ulike måter bryter med samfunnets forventninger til kjønn.

2.3.2 Samer, nasjonale minoriteter og personer med innvandrerbakgrunn

Samer, nasjonale minoriteter og personer med innvandrerbakgrunn kan alle oppleve negativ forskjellsbehandling på bakgrunn av deres etniske-, religiøse- eller livssynstilhørighet, og har derfor diskrimineringsvern gjennom Likestillings- og diskrimineringsloven (2017).

I rapporten omtaler vi samer, kvener/norskfinner og personer med innvandrerbakgrunn. Også andre grupper kan oppleve diskriminering på grunnlag av etnisitet, religion eller livssyn, men på grunn av mangel på statistikk eller forskningsbasert kunnskap om deres helse omtaler vi ikke disse gruppene i rapporten. I Norge er jøder, kvener/norskfinner, romer, skogfinner og romanifolket/tatere definert som nasjonale minoriteter.

Personer med innvandrerbakgrunn er en samlebetegnelse på innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre. Mye av statistikken vi viser til er fra SSB. De definerer innvandrere og norskfødte slik:

- Innvandrere er personer som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre, og som har fire utenlandsfødte besteforeldre.
- Norskfødte med innvandrerforeldre er personer som er født i Norge av to utenlandsfødte foreldre, og som har fire utenlandsfødte besteforeldre.

2.3.3 Personer med funksjonsnedsettelse

I forarbeidene til Likestillings- og diskrimineringsloven (BLD, 2017) defineres funksjonsnedsettelse på følgende måte:

«Med funksjonsnedsettelse menes tap av eller skade på en kroppsdel eller i en av kroppens funksjoner. Dette kan for eksempel dreie seg om nedsatt bevegelses-, syns- eller hørselsfunksjon, nedsatt kognitiv eller intellektuell funksjon, eller ulike funksjonsnedsettelser på grunn av allergi, hjerte- eller lungesykdommer. Begrepet omfatter også psykiske lidelser som for eksempel depresjon eller bipolare lidelser. Det stilles ikke

³ Tilsvarende *kjønnsidentitet*

⁴ Tilsvarende *kjønnsuttrykk*

krav til varighet eller alvorlighet, men det avgrenses mot forbigående og/eller bagatellmessige forhold. Hva som er årsaken til funksjonsnedsettelsen har ikke betydning. Begrepet avgrenses derfor ikke mot tilstander som er forårsaket av individets egen atferd..»

2.4 Kunnskapsgrunnlaget i rapporten

I denne rapporten baserer vi oss på statistikk fra nasjonale utvalgsundersøkelser, registerdata og forskning på feltet. For enkelte diskrimineringsgrunnlag er kunnskapsgrunnlaget begrenset.

En særlig viktig kilde til statistikk er *Levekårsundersøkelsen om helse* (Helseundersøkelsen), som SSB gjennomfører hvert sjette år. Den ble sist gjennomført i 2019.

2.4.1 Seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk

En forutsetning for tall og statistikk om lhbtq-personers levekår, er at seksuell orientering, kjønnsidentitet⁵, kjønnsuttrykk⁶ og kjønnskarakteristika⁷ inkluderes som bakgrunnsvariabler i undersøkelser med store utvalg.

I rapporten har vi hovedsakelig brukt tall fra *Seksuell orientering, kjønnsmangfold og levekår* (Anderssen m.fl. 2021), som er den fjerde nasjonale levekårsundersøkelsen blant lesbiske kvinner, homofile menn og bifile kvinner og menn. Denne undersøkelsen omfatter også transpersoner, men skiller ikke mellom transkvinner og transmenn. Ettersom det også er begrenset med forskning på dette, har vi valgt å ikke omtale kjønnsidentitet i denne rapporten.

2.4.2 Samer, nasjonale minoriteter og personer med innvandrerbakgrunn

Det er mer forskning om likestilling og levekårene til personer med innvandrerbakgrunn enn det er om de nasjonale minoritetene og samer.

Det at vi har mer forskning om personer med innvandrerbakgrunn skyldes blant annet at fødeland registreres i offentlig statistikk for innvandrere. For norskfødte med innvandrerforeldre registreres foreldrenes fødeland. Etnisitet, religion og livssyn registreres derimot ikke. Dette har historiske grunner. Registre over jøder, kvener/norskfinner, tatere og romer har blitt brukt som utgangspunkt for negative særtiltak og sosiale, kulturelle eller rasehygieniske motiverte overgrep. I dag utgjør dessuten noen av minoritetene et begrenset antall personer, noe som gjør registrering vanskelig i seg selv.

⁵ En persons indre opplevelse av å være kvinne, mann, både kvinne og mann eller ingen av delene. De fleste identifiserer seg med det kjønn de ble tilskrevet ved fødsel, men ikke alle.

⁶ Den måten en person gir seg til kjenne på som enten kvinne, mann eller utenfor samfunnets tokjønnsnorm. Selv om de fleste mennesker presenterer seg i et kjønnsuttrykk som blir oppfattet som klart mannlig eller klart kvinnelig, har noen et kjønnsuttrykk som bryter med todelingen mellom mann og kvinne.

⁷ Fysiske trekk eller organer som kan indikere en persons biologiske kjønn.

Det finnes noen relevante studier om likestillings- og diskrimineringsutfordringer blant samer, men lite forskning som tematiserer situasjonen for nasjonale minoriteter i Norge (Midtbøen & Lidén 2015). I statistikken som finnes skilles det ikke mellom kjønn. Datakvaliteten på undersøkelsene vi refererer til er også varierende.

Når det gjelder kunnskap om personer med innvandrerbakgrunn, er *Levekårsundersøkelsen blant personer med innvandrerbakgrunn* fra 2016 en kilde vi bruker mye. Undersøkelsen kartlegger viktige sider ved levekårene for ulike innvandrergrupper og deres etterkommere i dagens Norge.

2.4.3 Personer med funksjonsnedsettelse

I statistikken om funksjonsnedsettelse som vi presenterer i denne rapporten er personer med funksjonsnedsettelse definert som personer som har helseproblemer/skader og opplever store begrensninger i hverdagen som følge av dette.

I denne rapporten presenterer vi en rekke helseforhold som er å betegne som funksjonsnedsettelser etter dagens definisjon, uten at det kobles direkte til helsetilstanden for personer med funksjonsnedsettelse som gruppe. Dette gjelder blant annet psykiske lidelser og kroniske sykdommer. Når vi kommenterer helseforhold blant kvinner og menn med funksjonsnedsettelse som gruppe, fremkommer det tydelig av overskriften.

Det er få studier som inkluderer kjønn som perspektiv eller tema, eller undersøker hvordan kjønn og funksjonsnedsettelse kan virke sammen (Kittelsaa et al., 2017). Videre spriker funn fra eksisterende studier og gir et lite helhetlig bilde av helsesituasjonen for kvinner og menn med funksjonsnedsettelser.

3. Innledning

Kjønn kan være relevant for å forstå sykdom og helse (Korsvik og Rustad, 2018). Hvordan vi opplever oss som mann eller kvinne kan ha konsekvenser for vår egen opplevelse av sykdom, for levevanene våre, bruken vår av helsetjenester og møtet med helsevesenet. Hvilke forventninger vi har til hva som er kvinnelig og mannlig, og ulik tilgang på makt og ressurser, kan også virke inn på helsen og opplevelsen av sykdom (ibid).

Et kjønnsperspektiv i medisinen innebærer å ta hensyn til både biologiske og sosiale kjønnsforskjeller (Korsvik og Rustad, 2018). Det gjelder fra en persons subjektive opplevelse av symptomer på at noe er galt, møte med legen, kliniske undersøkelser og diagnostisering av sykdom, og til behandling og rehabilitering. En kartlegging gjort av Kilden finner at kjønnsperspektiver generelt og kvinners helse spesielt ikke har vært systematisk integrert i helseprofesjonsutdanningene (Korsvik, 2020).

Medisinsk kjønnforskning vurderer hvordan kjønn kan påvirke legers evne til å oppfatte og fortolke symptomer til pasienter, og på hva kjønn har å si for utvikling av sykdom, uttrykk for symptomer og konsekvenser av sykdom (Malterud, 2006). Hovedvekten av forskningen på kvinners helse handler likevel om reproduktive organer og reproduksjon (tradisjonelt kalt kvinnehelse) (Rødland, 2018).

3.1.1 Medisinsk kunnskap har tatt utgangspunkt i kroppene til menn

Kjønn har en sentral betydning i helseforskning. Medisinske undersøkelser og behandling av kvinner var lenge bygd på kunnskap om mannskropper (Korsvik og Rustad, 2018). I dag vet vi at noen sykdommer rammer flere kvinner enn menn, og kvinner og menn kan ha ulike symptomer og reagere forskjellig på behandling av samme sykdom (Rødland, 2018; Gjerds m. fl., 2022). Mannsforskning setter et kritisk søkelys på rollen maskulinitet kan ha for helse, eksempelvis forventninger om at menn skal tåle smerte, som kan hindre dem i å innrømme at de trenger hjelp (Schei og Sundby, 2007).

Først i 2001 kom Den nasjonale forskningsetiske komité med anbefalinger⁸ om å inkludere begge kjønn i medisinsk forskning (Malterud, 2006). Økende oppmerksomhet på å vektlegge kjønn i helse, har i særlig grad fått fram kvinnespesifikke sider. Kartlegging av helseforhold for kvinner bidrar til bedre helsehjelp for kvinner og øker forståelsen av medisinske forskjeller mellom kjønnene (ibid).

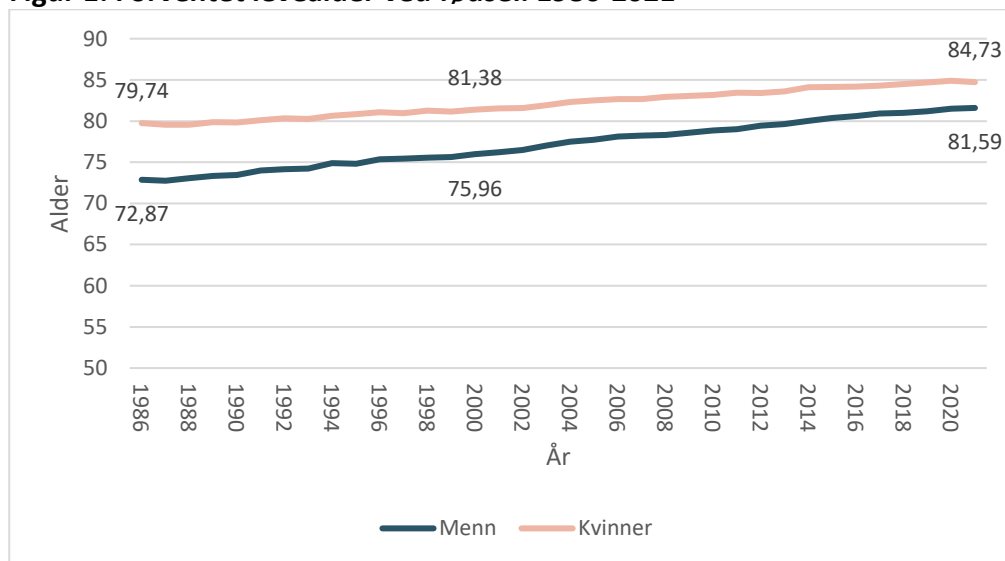
⁸ Les mer om retningslinjene [her](#).

4. Helsesituasjon og kjønn

4.1 Forventet levealder for kvinner og menn

Forventet levealder er et mål på hvor lenge en person som er født et gitt år kan forvente å leve og er en viktig pekepinn på folkehelsen i et land (Bævre, 2021).

Figur 1: Forventet levealder ved fødsel. 1986-2021



Kilde: SSB, døde, tabell 05375

Forventet levealder for kvinner og menn, uavhengig av utdanningsnivå, har økt de siste 20 årene. Selv om kvinner hele perioden har hatt høyere forventet levealder, har forskjellen i forventet levealder mellom menn og kvinner stadig minket de siste 30 årene (SSB, 2021a; SSB, 2021d; FHI, 2021b). I 2021 var kvinners forventede levealder 3 år lengre enn menn, 85 år mot 82 år for menn.

4.1.1 Lignende utvikling i EU-land

Tall for medlemslandene i EU samlet viser lignende tendenser. Forventet levealder har gjennomsnittlig økt med 2 år hvert tiår i EU-medlemslandene, men utviklingen har stagnert de senere årene (Eurostat, 2022). I 2019 var forventet levealder blant kvinner i EU 5,5 år lengre enn for menn, henholdsvis 84 år og 78,5 år (ibid). Siden EU begynte å samle inn data om forventet levealder i 2002 har den økt med 3,1 for kvinner og 4,2 år for menn (ibid).

4.1.2 Utdanningsnivå har innvirkning på forventet levealder

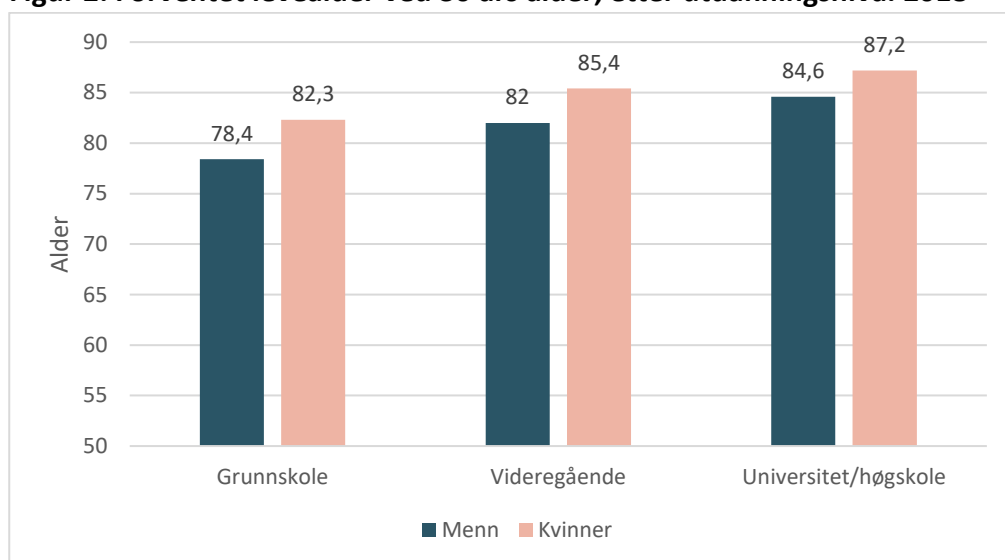
Sosial ulikhet i helse viser seg gjennom systematiske ulikheter i sykkelighet og dødelighet mellom sosioøkonomiske grupper, gjerne målt etter utdanningslengde, yrke, inntekt eller formue (Strand m.fl., 2013b).

Flere mekanismer kan forklare koblingen mellom utdanning, helse og dødelighet. Foreldres utdannelse er medvirkende til gode levekår i barndommen, som igjen påvirker helsetilstanden i

voksen alder (ibid). Utdanning er en viktig forutsetning for både arbeid, god levestandard og helseadferd⁹, gjennom blant annet levevaner. Vår evne til å forstå og ta i bruk informasjon om helse, som forebyggende tiltak kan vi påvirke vår helse og livslengde (Strand m.fl., 2013b; Borgan og Texmon, 2016).

Forskning viser at kvinner og menn med høyere utdanning generelt har færre helseplager, lavere sykefravær, lavere legemiddelforbruk og bruker oftere helsetjenester når de har fått en diagnose, enn de uten høyere utdanning (Borgan og Texmon, 2016).

Figur 2: Forventet levealder ved 30 års alder, etter utdanningsnivå. 2018



Kilde: Norgeshelsa

Forventet levealder var i 2018 høyest for kvinner med høyere utdanning og lavest for menn med grunnskole som høyeste fullførte utdanning. Her er forventet levealder beregnet ved alder 30 år, etter høyeste fullførte utdanningsnivå, beregnet ved hjelp av dødelighetstabell.

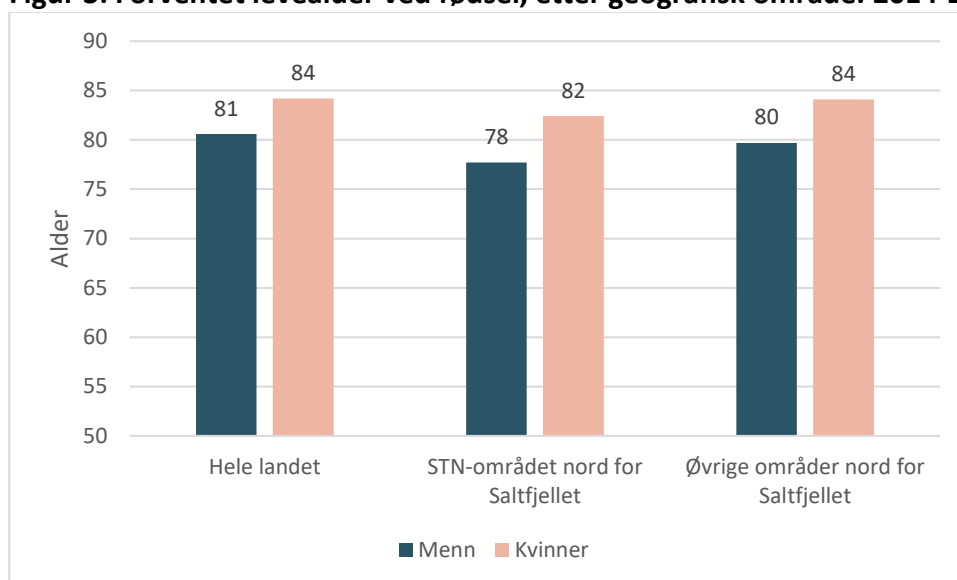
Det er overveiende sannsynlig at utdanning kan forklare forskjeller i helse, sykdom og dødelighet, både blant og mellom kvinner og menn (Strand m.fl., 2013). Forventet levealder for kvinner har økt for alle utdanningsnivåene i perioden 1990 til 2018, men de med høyere utdanning har hatt den beste utviklingen. Levealderen til kvinner med lav utdanning har ikke økt i samme takt som kvinner med høyere utdanning og menn både med og uten høyere utdanning (HOD, 2015). Siden 1990 har forventet levealder for kvinner med høyere utdanning økt med 3,6 år, mot 1,9 år for de med grunnskole som høyeste utdanning og 3 år for de med videregående skole som høyeste utdanning (FHI, 2022b).

⁹ Adferd som påvirker helsen

4.1.3 Lavere forventet levealder i samiske bosettingsområder (STN-området)

Det er noe lavere forventet levealder i STN-området¹⁰ nord for Saltfjellet enn for øvrige områder nord for Saltfjellet. Sammenlignet med hele landet, er forventet gjestående levetid ved fødsel noe lavere i både STN-området nord for Saltfjellet og i øvrige områder nord for Saltfjellet. Dette gjelder for både kvinner og menn. Tall fra SSB viser at denne tendensen har vedvart over tid (SSB 2017).

Figur 3: Forventet levealder ved fødsel, etter geografisk område. 2014-2016



Kilde: SSB, Samiske forhold, tabell 07682

4.2 Livskvalitet

4.2.1 Menn forventes å få flest år med god helse

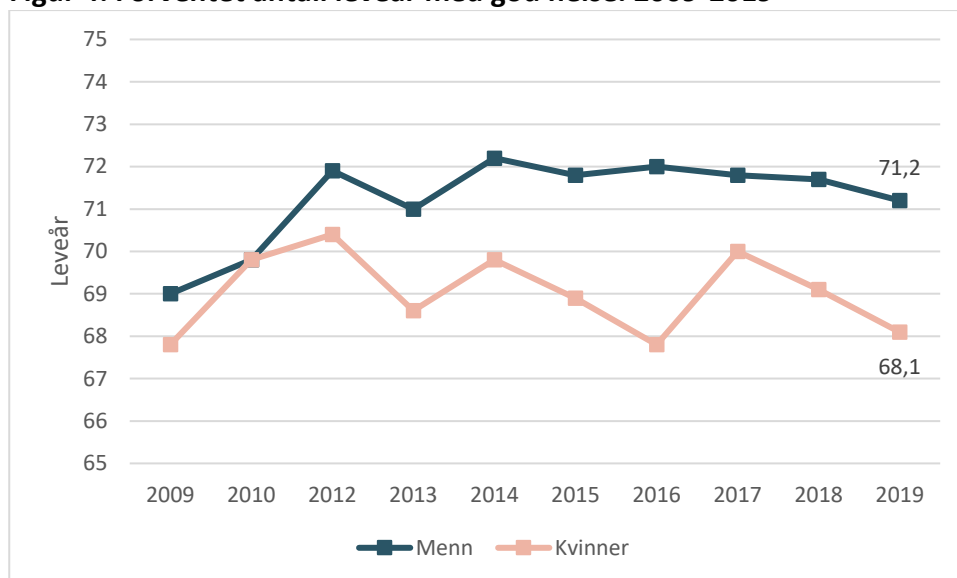
Forventede antall leveår med god helse¹¹ beregnet fra fødsel, er høyere for menn enn for kvinner i de fleste land, Norge inkludert (Lillegård og Ramm, 2010). Beregninger fra Eurostat (2021) viser at

¹⁰ Statistikken er hovedsakelig geografisk basert på kommuner og delkommuner som er definert som samiske bosettingsområder etter gitte kriterier. Det geografiske området som inngår i statistikken, er virkeområdet for Sametingets tilskuddsordninger til næringsutvikling (STN) som ligger nord for Saltfjellet. En begrensning ved SSBs statistikk om samiske forhold er at den ikke inkluderer samer bosatt sør for Saltfjellet. Det finnes ingen samlet registrering av den samiske befolkningen, og derfor kan statistikken inkludere personer som ikke anser seg som samiske, men som bor innenfor STN-området, og den inkluderer ikke samer utenfor STN-området.

¹¹ Forventet antall leveår med god helse (Healthy life years, HLY), også kalt funksjonsfriske leveår, beregnes av Eurostat ved bruk av dødsfallstatistikk og respondenters svar på selvoppfattet opplevelse av begrensninger i hverdagen i Helseundersøkelsen og Levekårsundersøkelsen EU-SILC. På grunn av dette vil indikatoren også være påvirket av respondentens subjektive, sosiale og kulturelle bakgrunn. Videre er kun respondenter som bor i private husholdninger invitert til å delta i undersøkelsen, det vil si at personer som bor på institusjon og i kommunal bolig eller lignende ikke er inkludert i statistikken. Det er grunn til å anta at tallene underestimerer hvor stor andel av befolkningen som opplever begrensninger i hverdagen. (Eurostat, 2021)

for 2019 var det beregnede antallet leveår med god helse for norske menn 71,2 år og for kvinner 68,1 år. Gitt en forventet levealder på henholdsvis 84,73 år og 81,59 år (i 2021), vil kvinner ha nesten 17 år og menn om lag 10 år med begrensninger i sin livsutfoldelse på grunn av redusert helse.

Figur 4: Forventet antall leveår med god helse. 2009-2019



Kilde: Eurostat

4.2.2 Eldre menn og kvinner er mest tilfreds med livet

Kvinner over 67 år¹² er de som oftest rapporterer å være svært tilfreds med livet i sin alminnelighet.

God livskvalitet i unge år kan legge grunnlaget for et voksenliv med god livskvalitet og helse (FHI, 2019a). De aller fleste norske skoleelever er tilfredse med livet, men kjønnsforskjeller i livstilfredshet kommer til syne i ungdomstiden. En undersøkelse gjennomført av Samdal m.fl. (2016) viser at i 6. klasse er gutter og jenter omtrent like tilfredse med livet. På 1. trinn på videregående skole har graden av tilfredshet blitt ulik for gutter og jenter; 90 % av gutter var tilfreds med livet, mens det samme gjaldt 79 % av jenter.

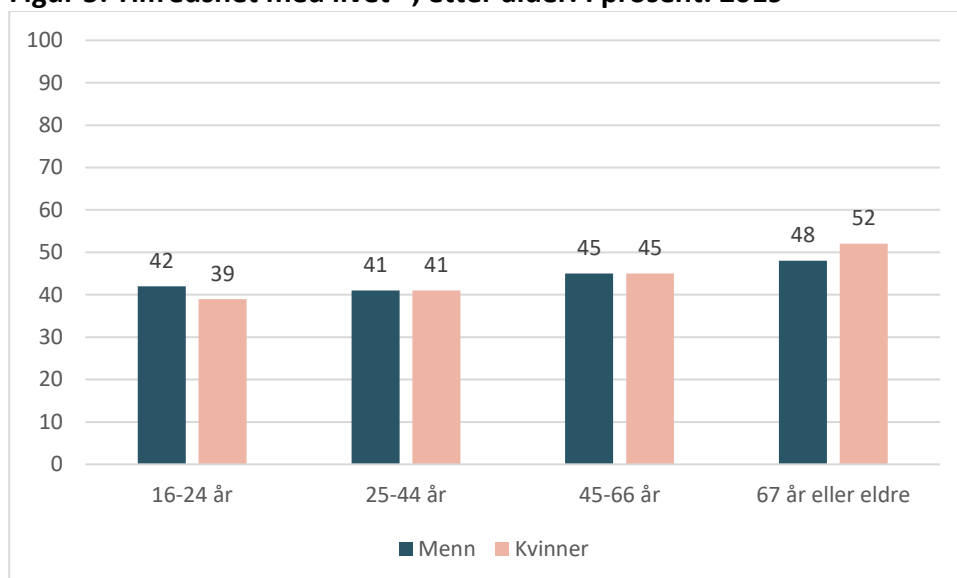
Særlig i eldre år opplever kvinner mer depresjon, angst og ensomhet enn menn. At eldre, og kvinner særskilt, likevel har høy tilfredshet i livet, er av forskere omtalt som et «tilfredshetsparadoks»¹³ (Hansen og Slagsvold, 2009). Dette paradokset skyldes trolig nedjusterte forventninger med alderen til en del livsområder som helse, økonomi, og kontakt med venner og andre fortrolige personer (ibid).

¹² Særlig for de aller eldste vil utvalget trolig vise en opplevd tilfredshet som er høyere enn den er i den jevne populasjonen, noe som skyldes et høyere frafall fra undersøkelsen blant de eldste.

¹³ Tilfredsheten står i kontrast til svekkelser og tap som ofte kommer med aldring; ensomhet, mindre positive og mer depressive følelser mv.

Forskning har vist at menn «eldes bedre» enn kvinner, i den forstand at de har bedre mental helse og at kvinner oftere er utsatt for depresjon, ensomhet og andre helseplager. Likevel skårer eldre kvinner høyere på skalamålinger om lykke og tilfredshet med livet enn menn (ibid).

Figur 5: Tilfredshet med livet¹⁴, etter alder. I prosent. 2019



Kilde: SSB, Helseundersøkelsen, tabell 04432

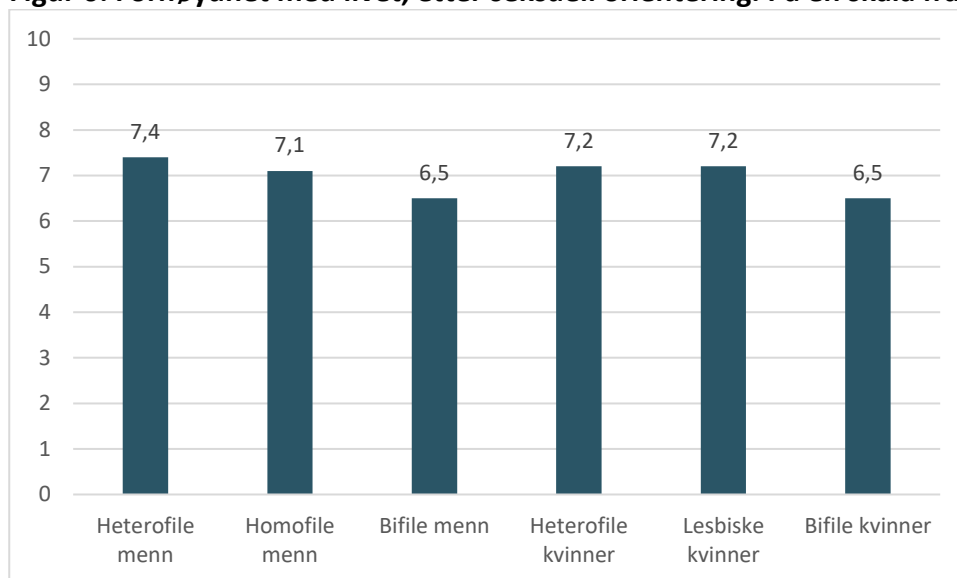
SSBs undersøkelse om livskvalitet fra 2021 viser at graden av livskvalitet varierer mellom ulike grupper i befolkningen, herunder mellom ikke-heterofile og den øvrige befolkningen. Undersøkelsen viser ikke store forskjeller i livskvaliteten til menn og kvinner, men kvinner opplever å være fornøyd med bostedet sitt og å ha givende sosiale relasjoner i større grad enn befolkningssnittet. Menn opplever i større grad enn snittet en overvekt av positive følelser (Støren og Rønning, 2021).

4.2.3 Bifile er minst fornøyd med livet

Bifile opplever i mindre grad å være fornøyd med livet eller oppleve livstilfredshet, når man sammenligner med heterofile, homofile menn og lesbiske kvinner. Dette fant en nasjonal spørreundersøkelse om levekår blant lesbiske kvinner, homofile menn, bifile kvinner og menn og transpersoner i 2020 (n=2059, hvorav 1045 var lhb-personer) (Anderssen m.fl., 2021).

¹⁴ Deltagerne i undersøkelsen blir spurt om hvor tilfredse de er med livet sånn i alminnelighet, på en skala fra 0 til 10. De som har svart 9 eller 10 regnes som tilfreds med livet sånn i alminnelighet.

Figur 6: Fornøydhet med livet, etter seksuell orientering. På en skala fra 1-10. 2020



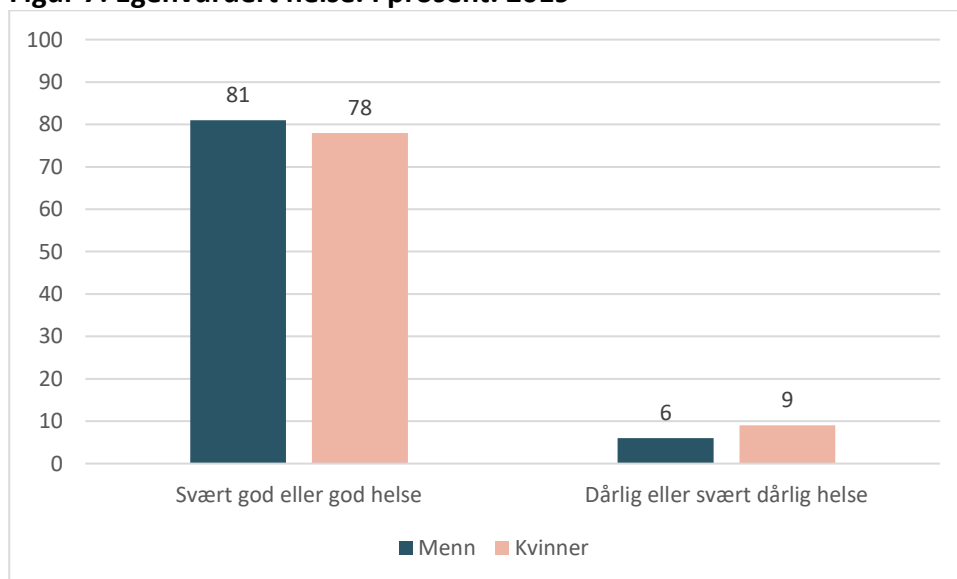
Kilde: Levekårsundersøkelsen Seksuell orientering, kjønns mangfold og levekår 2020

4.3 Egenvurdert helse

4.3.1 Kvinner og menn opplever å ha nesten like god helse

Generelt vurderer den norske befolkningen sin egen helse som god eller svært god (SSB, 2019a). Egenvurdert helse er en viktig forutsetning for tilfredshet med livet (Støren og Rønning, 2021). Kjønnsforskjellene er små, men gjennomgående er det en noe mindre andel kvinner enn menn som vurderer helsen sin som god eller svært god (SSB, 2019a, Støren og Rønning, 2021). Andelen som vurderer egen helse som verken god eller dårlig øker med alderen for både kvinner og menn (SSB, 2019a).

Figur 7: Egenvurdert helse. I prosent. 2019



Kilde: SSB, Helseundersøkelsen, tabell 11190

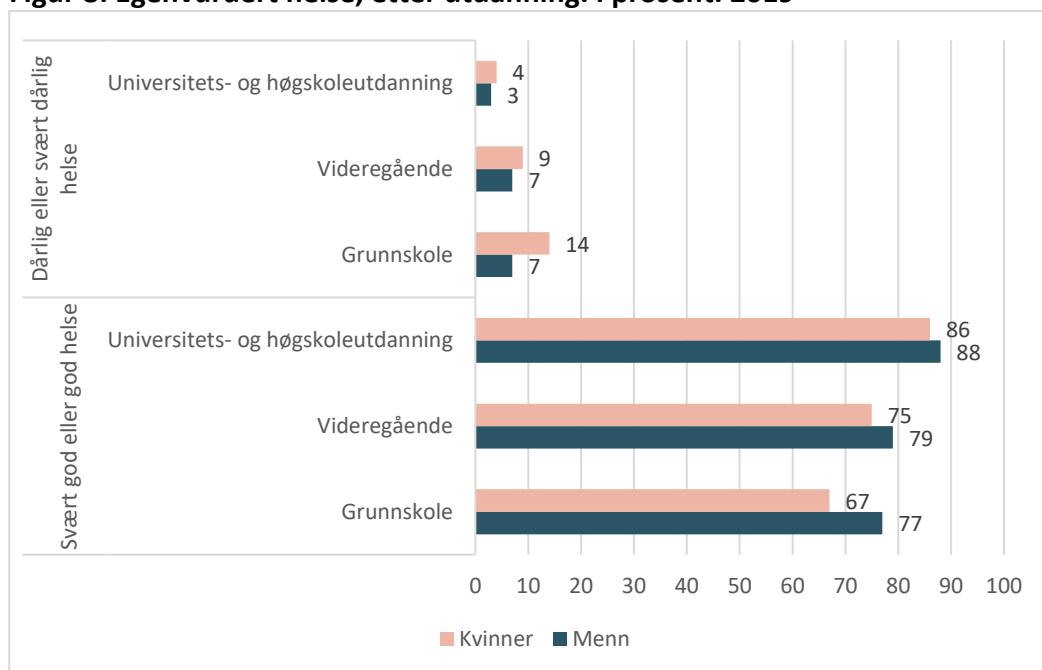
4.3.2 Kvinner fra 45 år og oppover vurderer å ha dårligere helse

Også i ulike aldersgrupper vurderer menn og kvinner helsen sin ganske likt, selv om en noe mindre andel kvinner svarer at helsen deres er svært god eller god. Blant både menn og kvinner er det flere unge enn eldre som vurderer helsen sin som svært god eller god. Den største ulikheten mellom kjønnene er i alderen 45 år og oppover. I aldersgruppen 45-66 år vurderer 11 % av kvinnene og 7 % av mennene sin egen helse som dårlig eller svært dårlig. Det er den eldste aldersgruppen hos begge kjønn som vurderer helsen sin som dårligst (SSB, 2019a).

4.3.3 Utdanningsnivå har betydning for kvinners egenvurderte helse

Når utdanningsnivå blir tatt med i beregningen, ser vi større ulikheter. Blant kvinner med grunnskole som høyeste utdanning svarer 67 % at helsen deres er svært god eller god, mens andelen har økt til 86 % blant kvinner med universitets- eller høyskoleutdanning. Det samme gjelder 88 % av menn med høyere utdanning. Man ser et lignende mønster blant menn, men med noen mindre forskjeller.

Figur 8: Egenvurdert helse, etter utdanning. I prosent. 2019



Kilde: SSB, Helseundersøkelsen, tabell 11191

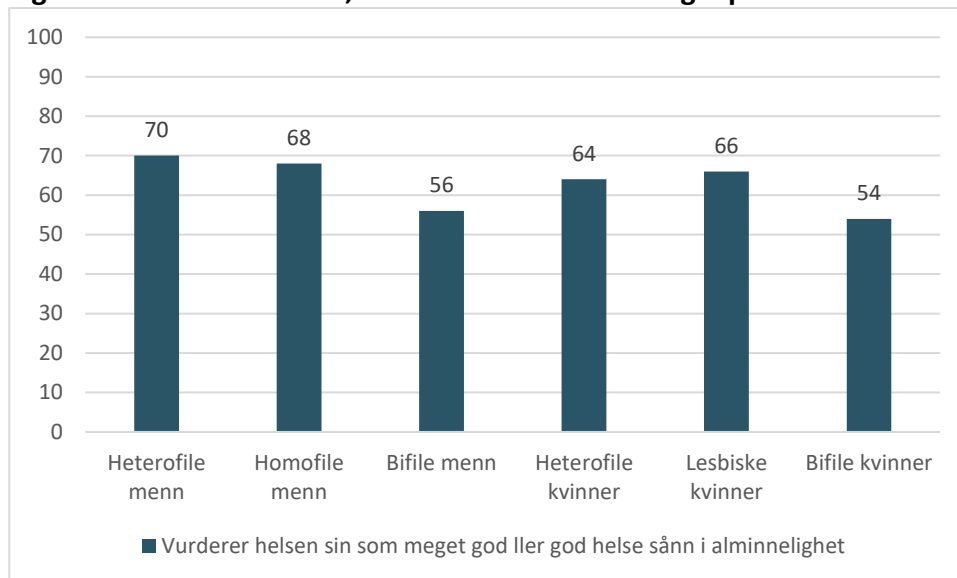
Årsakene til ulik helse mellom kjønn og mellom utdanningsgrupper er sammensatte (Veenstra og Slagsvold, 2009). Uluk atferd påvirker helsen og særlig røyking, alkoholforbruk og fysisk aktivitet/trening er viktige faktorer. Helsepåvirkende atferd varierer mellom kjønn og grupper med ulikt utdanningsnivå.

4.3.4 Bifile kvinner rapporterer oftere om dårlig helse

Det er mer vanlig å være lite fornøyd med den fysiske helsen sin blant ikke-heterofile sammenlignet med befolkningen ellers (Støren m.fl., 2020). Likevel vurderte flertallet av lhb-

personer i undersøkelsen *Seksuell orientering, kjønnsmangfold og levekår* (Anderssen m.fl., 2021) helsen sin som god. Det var kun marginale forskjeller mellom heterofile og lesbiske kvinner.

Figur 9: Selvvurdert helse, etter seksuell orientering. I prosent. 2020



Kilde: Levekårsundersøkelsen Seksuell orientering, kjønnsmangfold og levekår 2020

Lesbiske kvinner oppgir i større grad å ha god helse, sammenliknet med heterofile og bifile kvinner. En mindre andel bifile kvinner vurderer egen helse som god, sammenliknet med lesbiske og heterofile kvinner og menn av alle seksuelle orienteringer (Anderssen og Malterud, 2013; Anderssen m.fl., 2021).

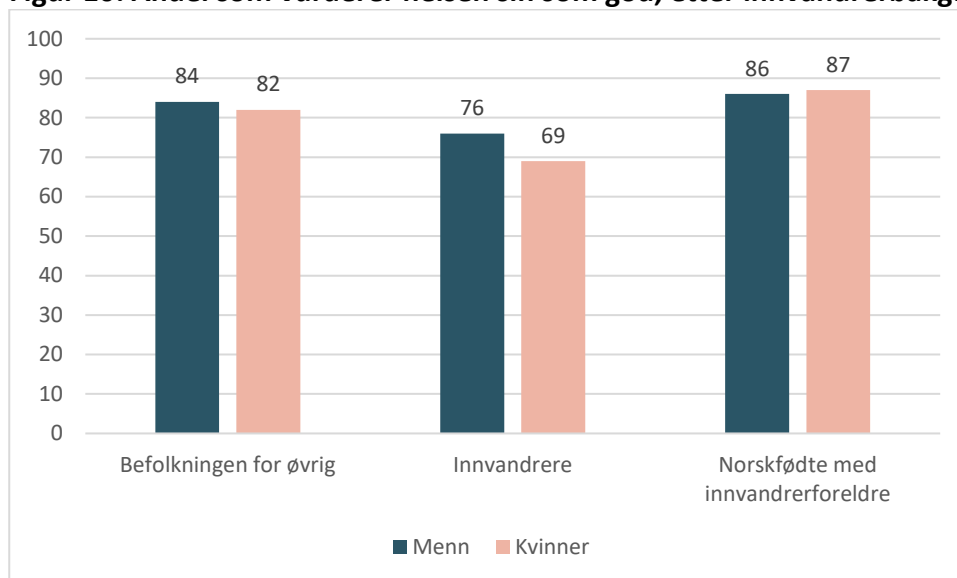
4.3.5 Kvinner i innvandrerbefolkningen vurderer egen helse som dårligere

I SSBs levekårsundersøkelse blant innvandrere (Vrålstad og Wiggen, 2017; Kjøllestad, 2019) stiller de spørsmål om hvordan respondentene vurderer sin egen helse. Levekårsundersøkelsen er ikke representativ for innvandrere eller norskfødte med innvandrerforeldre som helhet, men er avgrenset til personer med innvandrerbakgrunn fra noen spesifikke land¹⁵.

Både blant innvandrere og i befolkningen ellers, er det færre kvinner enn menn som vurderer sin egen helse som god. 13 % av innvandrerkvinnene vurderer helsen sin som dårlig eller svært dårlig, mot 6 % av kvinnene i hele befolkningen (ibid). Forskning viser også at innvandrerkvinner har dårligere helse enn resten av befolkningen og er overrepresentert blant langtidssykemeldte (Umbljis, 2020). Det er større forskjell mellom hvordan menn og kvinner vurderer sin egen helse blant innvandrere enn blant øvrig befolkning. Innvandrerkvinner fra Tyrkia, Sri Lanka og Pakistan er gruppene som i minst grad mener at de har god helse (ibid).

¹⁵ Polen, Bosnia-Hercegovina, Kosovo, Tyrkia, Irak, Iran, Afghanistan, Pakistan, Sri Lanka, Vietnam, Eritrea og Somalia

Figur 10: Andel som vurderer helsen sin som god, etter innvandrerbakgrunn. I prosent. 2016



Kilde: SSB, Levekårsundersøkelsen blant innvandrere i Norge 2016

Ser man nærmere på hvordan ulike aldersgrupper vurderer sin helse, finner vi at en mindre andel blant innvandrerkvinner i alle aldersgrupper vurderer helsen sin som god, sammenlignet med både innvandrer menn og kvinner i befolkningen ellers (ibid).

I den yngste aldersgruppen er det mindre forskjell i andel som vurderer egen helse som god, mellom innvandrerkvinner og kvinner i befolkningen for øvrig. Derimot er det en større forskjell når vi sammenligner på tvers av kjønnene i denne aldersgruppen. 83 % av innvandrerkvinnene vurderer sin egen helse som god, mot 91 % blant innvandrer menn og menn i befolkningen ellers (ibid).

Andelen som vurderer sin egen helse som god synker betydelig raskere med alderen blant innvandrere enn i befolkningen ellers. Av innvandrerkvinner over 45 år er det 47 % som opplever helsen sin som god, mens det samme gjelder for 57 % av mennene med innvandrerbakgrunn. Forskjellen mellom innvandrerkvinner og kvinner i befolkningen ellers i denne gruppa er på 30 prosentpoeng (ibid).

Alder ved innvandring har også innvirkning på hvordan innvandrere opplever sin egen helse. Kvinner og menn som innvandret før de fylte 19 år, vurderer i større grad helsen sin som god, sammenlignet med de som flyttet til Norge senere i livet. 81 % av kvinnene som innvandret før de fylte 19 år vurderer egen helse som god, mot 62 % blant kvinnene som innvandret da de var eldre (Kjøllestad, 2019).

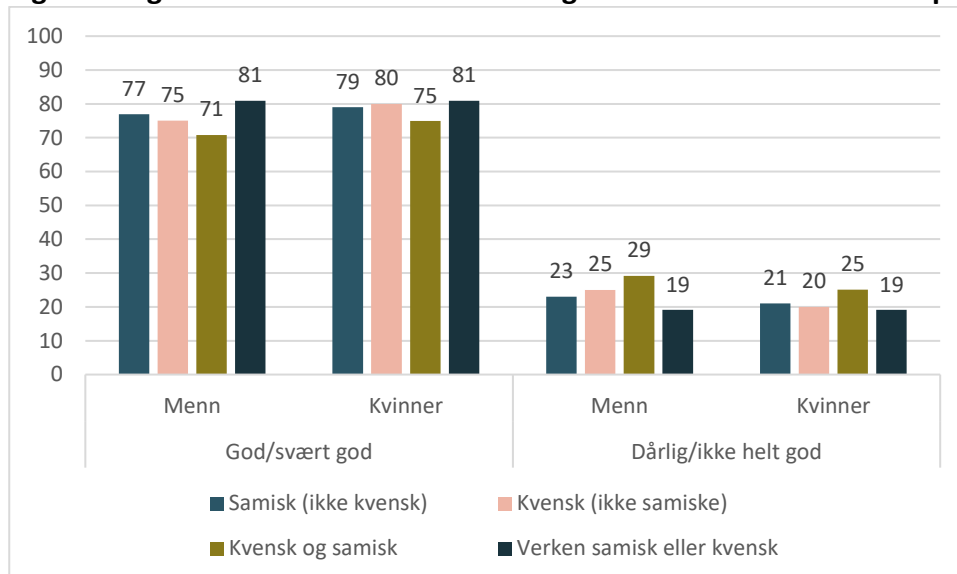
Norskfødte med innvandrerforeldre er gjerne i alderen 16 til 39 år, og derfor er det heller ikke overraskende at de fleste opplever å ha god helse (Dalgard, 2018).

I hele befolkningen og blant norskfødte med innvandrerforeldre i alderen 16 til 39 år, vurderer nærmere 9 av 10 helsen sin som svært god eller god, både blant kvinner og menn (ibid).

4.3.6 Samer vurderer egen helse omtrent likt som den øvrige befolkningen

Tall fra SAMINOR-undersøkelsen¹⁶ viser små forskjeller i hvordan den samiske befolkningen vurderer egen helse sammenlignet med befolkningen som verken er samisk eller kvensk. Den viser imidlertid at det er forskjeller i hvordan kvener, personer som både er kvenske og samiske, og de som verken er samiske eller kvenske vurderer sin egen helse.

Figur 11: Egenvurdert helse blant samer og kvener mellom 18-69 år. I prosent. 2012



Kilde: Senter for samisk helseforskning, SAMINOR 2-undersøkelsen. Spesialbestilte tall.

Samiske kvinner vurderer sin egen helse omtrent likt som kvinner i befolkningen som verken er samisk eller kvensk. Samiske menn i alderen 36-49 år vurderer i større grad helsen sin som dårlig enn jevnaldrende menn i befolkningen som verken er samiske eller kvenske.

Menn med kvensk og kvensk-samisk tilhørighet vurderer i mindre grad helsen sin som god eller svært god, enn menn som verken er samisk eller kvensk. Det er også flere menn med kvensk og kvensk-samisk tilhørighet som regner helsen sin som dårlig eller ikke helt god.

Blant kvinnene er ikke forskjellene like markante, men det er en mindre andel kvensk-samiske kvinner enn kvenske (ikke samiske) og øvrige kvinner som vurderer helsen sin som god eller svært god. De kvensk-samiske kvinnene har også en større andel som karakteriserer helsen sin som dårlig eller ikke helt god.

¹⁶ En helse- og levekårsundersøkelse i områder med samisk og norsk bosetting. Undersøkelsen er ikke representativ for den samiske befolkningen som helhet, men er avgrenset til personer bosatt i enkelte kommuner i Nord-Norge og Trøndelag. Det er store kvenske områder som ikke er inkludert SAMINOR-området. Det er derfor usikkert hvor godt datamaterialet reflekterer situasjonen for den kvenske befolkningen som helhet.

Det er vanligere for kvenske og kvensk-samiske menn å regne helsen sin som dårlig eller ikke helt god enn det er for tilsvarende grupper av kvinner.

4.3.7 Kvinner med funksjonsnedsettelse vurderer i større grad helsen sin som dårlig

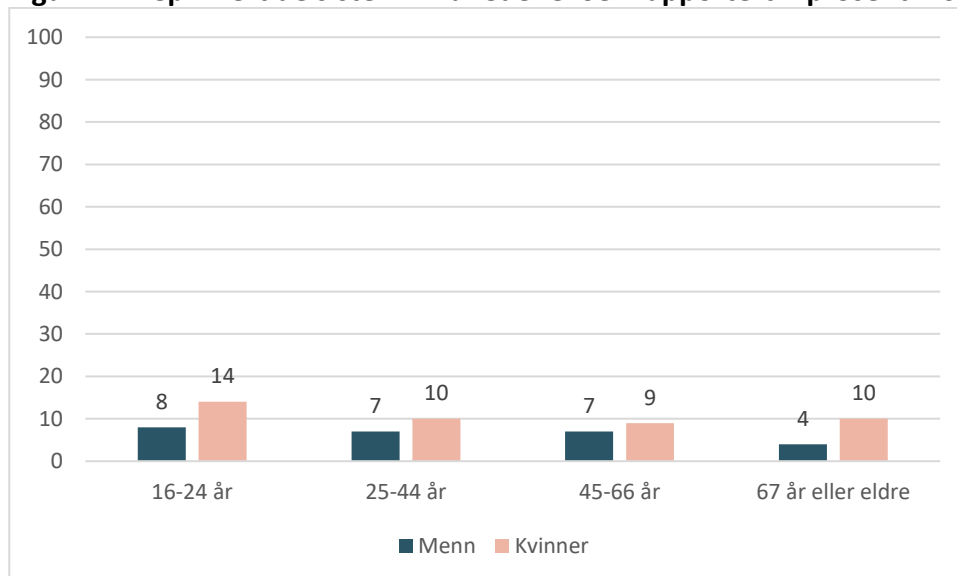
Personer med funksjonsnedsettelse vurderer egen helse som dårligere enn befolkningen totalt (SSB, 2020). I befolkningen generelt vurderer kvinner sin egen helse som dårlig i større grad enn menn. Blant personer med funksjonsnedsettelse er kjønnsforskjellene mindre, og andelene varierer noe mellom årene¹⁷. I 2020 oppga 37 % av kvinner med funksjonsnedsettelse at de hadde dårlig helse, mot 10 % av kvinner i befolkningen generelt. Blant menn oppga 35 % med funksjonsnedsettelse at de hadde dårlig helse, mot kun 7 % i befolkningen generelt.

4.4 Egen vurdering av psykisk helse

4.4.1 Svært mange unge kvinner har psykiske vansker

Hvordan vi opplever vår psykiske helse har stor betydning for hvor tilfredse vi er med egen livssituasjon (Støren og Rønning, 2021). Blant voksne er forekomsten av depresjon og angstlidelser dobbelt så høy hos kvinner sammenlignet med menn, mens ruslidelser og schizofreni er hyppigere hos menn (Tesli m.fl., 2021).

Figur 12: Deprimert de siste 12 månedene. Selvrapportert. I prosent. 2019



Kilde: SSB, Helseundersøkelsen, tabell 11190

¹⁷ Dette kan henge sammen med at totalandelene med funksjonsnedsettelse i EU-SILC har vært påvirket av rekkefølgen i spørreskjemaet. Fra og med 2012 ble SSB mer bevisste på å holde rekkefølgen på temaene i spørreskjema stabil fra år til år. Tallene er likevel signifikante.

I SSBs helseundersøkelse oppgir 10 % av kvinnene å ha vært deprimert de siste 12 månedene, mot 7 % av mennene. Samtidig viser resultatene fra Livskvalitetsundersøkelsen i 2021 kun små forskjeller mellom kjønnene i hvordan de vurderer sin tilfredshet med egen psykisk helse (Støren og Rønning, 2021).

Det finnes ingen systematisk oversikt over selvmordsforsøk i Norge, men det antas at for hvert selvmord er det om lag 10 selvmordsforsøk (Helsedirektoratet, 2017; FHI, 2018d). Det er dog knyttet stor usikkerhet til tallet. Helsetjenesten anslår å behandle mellom 4000 og 6000 selvmordsforsøk årlig (Helsedirektoratet, 2017). Flere kvinner enn menn oppgir å ha gjennomført selvmordsforsøk (ibid). Det er høyest forekomst blant unge kvinner i overgangen mellom sen ungdom og tidlig voksen alder (ibid). Forekomsten av selvmord er imidlertid langt høyere blant menn enn kvinner. I 2020 var det nesten 17 menn per 100.000 mellom 0-74 år som begikk selvmord, mot 6,5 per 100.000 kvinner (Norgeshelsa, 2022a).

Blant ungdom sliter jenter i langt større grad enn jevnaldrende gutter med depresjon, spiseforstyrrelser og selvskading (Rødland, 2018). For aldersgruppen 16-24 år økte andelen som har vært deprimert siste 12 måneder fra 8 % til 14 % blant kvinner og fra 4 % til 8 % blant menn, mellom 2015 og 2019 (SSB, 2019a).

Angst- og depresjonsplager og atferdsvansker er de vanligste helseplagene blant barn og ungdom (Sturen m.fl., 2018). Flere gutter enn jenter har problemer med fysisk aggresjon mens dobbelt så mange jenter som gutter har angst- og depresjonsplager (ibid). Spiseforstyrrelser som anoreksi og bulimi starter som regel i løpet av ungdomstiden og er mest vanlig blant jenter (FHI, 2016).

Blant unge voksne er det flere unge kvinner enn unge menn som erfarer angst og fobier, depresjon og nedstemthet (Sturen m.fl., 2018).

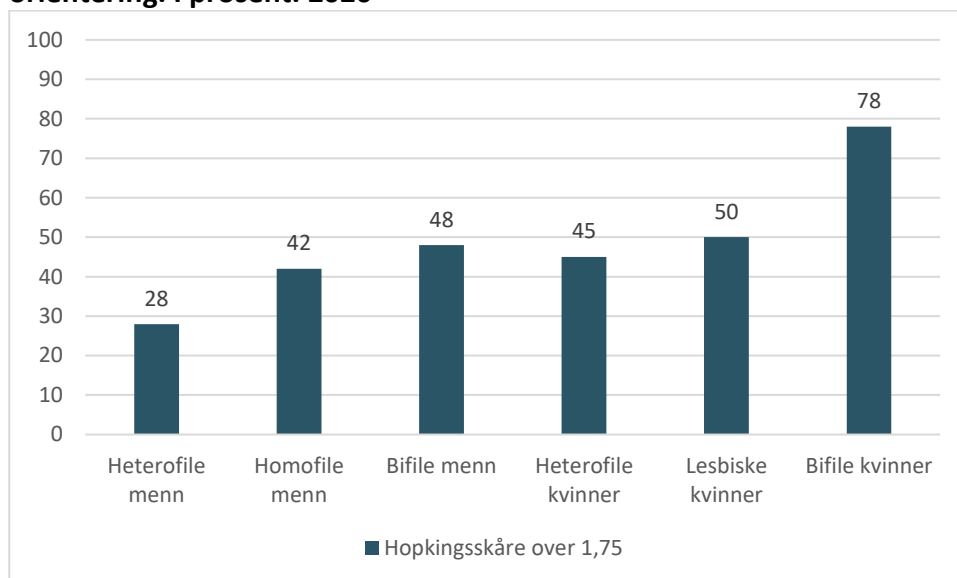
4.4.2 Psykisk uhelse blant kvinner i lhb-befolkningen

Hopkins symptomsjekkliste er en måte å kartlegge forekomsten av symptomer på depresjon og angst, og regnes for å gi et godt bilde av hvem som har psykiske plager. Skårer man 1,75 eller høyere, indikerer det at man har symptomer med behov for klinisk oppfølging (Anderssen m.fl., 2021).

I den nasjonale levekårsundersøkelsen *Seksuell orientering, kjønnsmangfold og levekår* i 2020 var bifile kvinner den gruppen i undersøkelsen hvor størst andel oppga å ha så omfattende symptomer på angst og depresjon at de har behov for behandling. Dette gjaldt 78 % av de bifile kvinnene som besvarte undersøkelsen. Den gjennomsnittlige Hopkins-skåren for bifile kvinner var også langt høyere - 2,4 - enn for heterofile kvinner (1,8) og lesbiske kvinner (1,9). Gruppen som i minst grad oppga å ha symptomer på angst og depresjon de siste 14 dagene var heterofile menn (Anderssen m.fl., 2021).

Sammenlignet med levekårsundersøkelsen om lhb-personer fra 2013, kan det se ut til at forskjellen i psykiske helseplager mellom heterofile og homofile (både menn og kvinner) har minket i 2020.

Figur 13: Symptomer på depresjon og angst i løpet av de siste 14 dagene, etter seksuell orientering. I prosent. 2020



Kilde: Levekårsundersøkelsen Seksuell orientering, kjønns mangfold og levekår 2020

Levekårsundersøkelsen fra 2020 viser at større andeler av skeive har hatt tanker om, eller forsøkt, selvmord sammenlignet med heterofile. Blant kvinnene var det de bifile som skilte seg i størst grad fra lesbiske og heterofile. Hele 81 % av bifile kvinner oppga å ha hatt selvmordstanker i løpet av livet (Anderssen m.fl., 2021). Dette sammenfaller også med resultatene fra undersøkelsen i 2013 (Anderssen og Malterud, 2013). Forskjellene mellom bifile kvinner og lesbiske og heterofile når det gjelder selvmordstanker og -forsøk har holdt seg stabile.

4.4.3 Innvandrerkvinner er mest plaget av psykiske problemer

Det er større forekomst av psykiske plager blant innvandrerbefolkningen, enn i befolkningen for øvrig (Kjøllesdal m.fl., 2019). Innvandrede kvinner rapporterer oftere om psykiske plager enn innvandrede menn og andre kvinner, henholdsvis 4 og 3 prosentpoeng mer (Vrålstad, S. og Wiggen, 2017). I motsetning til befolkningen ellers, øker andelen med psykiske problemer med alderen blant innvandrere (ibid).

Det er signifikant færre selvmord blant innvandrerbefolkningen enn befolkningen ellers i Norge (FHI, 2018d). Som for befolkningen totalt er det også høyere forekomst av selvmord blant menn enn kvinner også i innvandrerbefolkningen (ibid).

4.4.4 Angst og depresjon er noe mer vanlig blant samer enn andre

SAMINOR-2-studien viser at angst og depresjon¹⁸ forekom oftere i det samiske utvalget¹⁹ enn i det øvrige (ikke-samiske) utvalget.

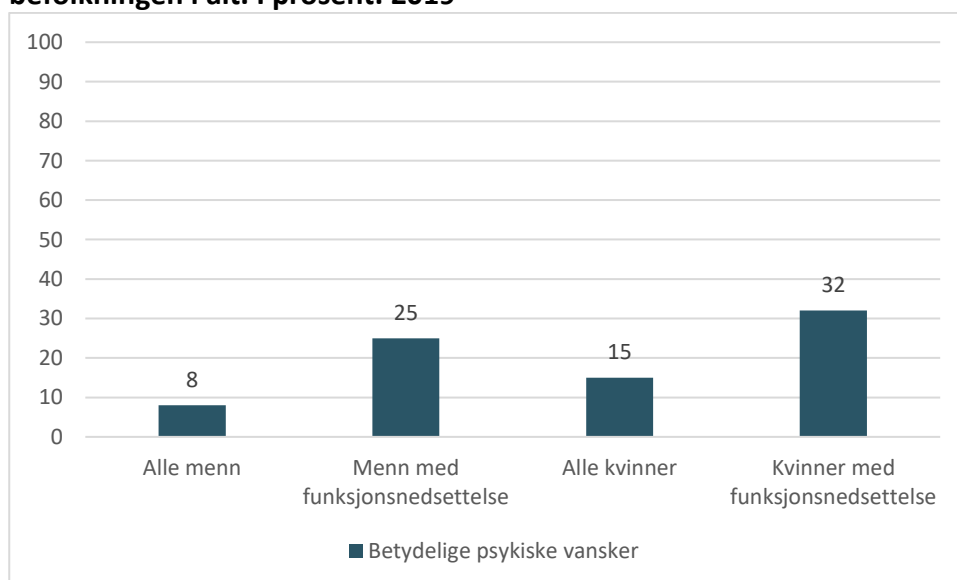
Blant menn i alderen 40-69 år har 12 % i det samiske utvalget symptomer på angst og depresjon, sammenlignet med 7,4 % av de andre mennene. Angst og depresjon er også mer vanlig blant de samiske kvinnene enn blant de øvrige kvinnene i samme aldersgruppe. 15,3 % av de samiske kvinnene har symptomer på dette, mot 10,5 % hos de øvrige kvinnene (Kvalvøy m.fl., 2017).

I en undersøkelse fra 2021 blant samer i alderen 16-31 år, rapporterer unge samer høy motstandsdyktighet og relativt sterk mening med livet. Videre oppgir de nivåer ved selvfølelse, livstilfredshet og kroppsbilde godt innenfor normalen. I tråd med forskning på norsk ungdom, rapporterer de samiske jentene flere symptomer på depresjon, angst og stress enn de samiske guttene. Depresjon har den høyeste gjennomsnittsskåren (Hansen & Saar, 2021).

En studie av helsen og levekårene til arktiske urfolk i Norge i alderen 15 til 84 år, viser at 11 % av samene som var inkludert i studien hadde hatt selvmordstanker. Kvinner rapporterte i større grad om selvmordstanker enn menn i alle aldersgrupper. Å ha hatt selvmordstanker var vanligst i aldersgruppen 15-34 år, der 9 % av mennene og 31 % av kvinnene i denne aldersgruppen rapporterte om selvmordstanker (Brodestad m.fl., 2011).

4.4.5 En av tre kvinner med funksjonsnedsettelse opplever betydelige psykiske vansker

Figur 14: Andel med betydelige psykiske vansker, blant personer med funksjonsnedsettelse og befolkningen i alt. I prosent. 2019



Kilde: SSB, Helseundersøkelsen, spesialbestilte tall

¹⁸ Respondenter med en gjennomsnittsskår på 2 eller høyere på Hopkins Symptom Checklist (SCL-5) ble regnet som å ha angst eller depresjon

¹⁹ Inkluderer de som har oppgitt at de er samiske eller kvensk og samiske

I 2019 var andelen kvinner i befolkningen med betydelige psykiske vansker²⁰ nesten dobbelt så stor som andelen menn. Forskjellen er mindre mellom kvinner og menn med funksjonsnedsettelse. Blant kvinner med funksjonsnedsettelse opplever nesten 1 av 3 betydelige psykiske vansker, mens 1 av 4 menn med funksjonsnedsettelse melder om det samme (SSB, 2019a). Psykiske lidelser er en form for funksjonsnedsettelse, men her viser vi til tall for psykiske vansker blant personer som inngår i gruppen med en eller flere former for funksjonsnedsettelse.

4.5 Seksuell og reproduktiv helse

Seksuell helse omfatter både fysisk, psykisk, emosjonell og sosial tilstand knyttet til seksualitet (Helsedirektoratet, 2021). En persons seksuelle helse kan påvirkes av flere faktorer, heriblant både sosiale og økonomiske faktorer. Blant annet kan sosiale og kulturelle normer, samt tilgang på helsehjelp være av betydning for seksuell helse (ibid). Videre påvirkes seksuell atferd og helseutfall av individuelle egenskaper som kjønn og seksuell orientering (ibid).

4.5.1 Seksuelt overførbare sykdommer

4.5.1.1 Hiv/Aids

Hivsmitte er mer utbredt blant menn. Totalt er det per slutten av 2021 diagnostisert 6878 hivpositive i Norge, hvorav 4429 var menn og 2229 var kvinner (MSIS-statistikk, 2022).

Av alle påviste tilfeller frem til slutten av 2021 sto menn for 65 % (FHI, 2019b; MSIS-statistikk, 2022). Det var en øning i antall påviste hivtilfeller i overgangen fra 1990- og 2000-tallet (FHI, 2019b). I hovedsak skyldes dette flere hivpositive blant innvandrere som ble smittet før ankomst til Norge og en økning i smitte blant menn som har sex med menn (ibid). Det har imidlertid vært en nedgang i meldte tilfeller de senere årene (FHI, 2019b; MSIS-statistikk, 2022).

4.5.1.2 Gonoré

De siste 50 årene har gonoré vært lite utbredt i Norge, men det har vært noe økning i senere år (FHI, 2018a; FHI 2022d). I Norge er 81 % av smittetilfellene blant menn (MSIS-statistikk, 2022). Siden 2011 har det særlig vært en økning i smitte blant menn som har sex med menn og blant kvinner generelt, men det forekommer også hyppigere hos heteroseksuelle menn enn for få år siden (FHI, 2022d).

4.5.1.3 Klamydia

Klamydia er en utbredt seksuelt overførbart sykdom i Norge, særlig blant unge under 25 år (FHI, 2017). Det er flere kvinner enn menn som får påvist klamydia, om lag 60 % av de påviste tilfellene mellom 2010 og 2020 var kvinner (MSIS-statistikk, 2022). Dette kan henge sammen med at langt flere kvinner enn menn tester seg (FHI, 2017). Ubehandlet klamydia kan føre til bekkeninfeksjon, som kan utløse kroniske smerter, og skade på eggledere, som kan gjøre det vanskeligere å bli

²⁰ Respondenter med en gjennomsnittsskår på 2 eller høyere på Hopkins Symptom Checklist (SCL-5) ble regnet som å ha betydelige psykiske vansker

gravid (FHI, 2022e). Langtidskonsekvenser for ubehandlet klamydia hos menn er foreløpig ikke dokumentert (ibid).

4.5.1.4 Syfilis

Syfilis er en sjelden seksuell overførbart sykdom i Norge, men det har vært en økning blant menn som har sex med menn siden slutten av 1990-tallet (FHI, 2018b). Det har også vært en økning blant heteroseksuelle menn og kvinner de senere årene (FHI, 2022d). Mellom 2010 og 2021 var 94 % av de påviste tilfellene blant menn (MSIS-statistikk, 2022)

4.5.2 Førstegangsfødende blir stadig eldre

I 2021 ble det født 56 180 barn (SSB, 2021b). Fødsler per 1000 kvinner i fertil alder har vært synkende siden 2009 og nådde et bunnpunkt i 2020, men hadde et oppsving i 2021 (MacSali m.fl., 2022; SSB, 2022). Samtidig har gjennomsnittsalderen for førstegangsfødende kvinner økt med over 4 år de siste 30 årene, fra 25,7 år i 1991 til 30,1 år i 2021 (SSB, 2021b).

De fleste fødsler hos førstegangsfødende gjennomføres i dag uten større inngrep²¹ eller komplikasjoner²² (MacSali m.fl., 2022). For eldre førstegangsfødende kvinner øker imidlertid risikoen for komplikasjoner under svangerskapet. Typiske komplikasjoner som kan oppstå er svangerskapsforgiftning og svangerskapsdiabetes (ibid). Gjennomsnittsalderen hos fedre har økt tilsvarende som hos mødre. I følge MacSali m.fl. (2022) har økende alder hos fedre sammenheng med økt risiko for genetisk sykdom hos barnet (ibid).

I 2021 var det 120 dødfødsler i Norge, noe som gir 2,1 dødfødte per 1000 fødte (SSB, 2021b). Forskning tyder på at det er sosiale ulikheter i dødfødsler. Både etnisitet/innvandrerstatus, utdanning, inntekt og andre sosioøkonomiske forhold har innvirkning på risiko (MacSali m.fl., 2022; Flenady m.fl., 2011). Typiske faktorer som øker sannsynligheten for dødfødsler er overvekt eller fedme, eldre mødre, røyking i svangerskapet, og komplikasjoner i svangerskapet (for eksempel svangerskapsforgiftning og blødninger) hos gravide med diabetes eller høyt blodtrykk (MacSali m.fl., 2022; Flenady m.fl., 2011). Svangerskapsforgiftning oppstår som oftest i siste halvdel av svangerskapet, og rammer 2,6 % av gravide i Norge (MacSali m.fl., 2022).

At mor dør under fødsel, er svært sjelden i Norge. En undersøkelse fra 2014 finner at det døde 26 kvinner som følge av svangerskap eller fødsel mellom 2005 og 2009 og at halvparten kunne blitt forhindret ved bedre behandling (Vangen m.fl., 2014). De vanligste dødsårsakene var knyttet til høyt blodtrykk under graviditeten, blodpropp og psykisk sykdom (ibid).

²¹ Med større inngrep menes keisersnitt, tang eller vakuumpompe (MacSali m.fl., 2022).

²² Med komplikasjoner menes blødning over 1500 ml eller transfusjonsbehov hos mor, fødselsrifter grad 3 eller 4, eller Apgar-score under 7 hos barnet fem minutter etter fødsel (MacSali m.fl., 2022)

4.5.3 Flere muligheter for graviditet

Flere gravide har i dag kroniske sykdommer. Dette skyldes blant annet at medisinen har utviklet seg slik at det i større grad er mulig å gjennomføre en graviditet på tross av kronisk sykdom (Rødland, 2018).

Assistert befruktning blir i økende grad brukt. Dette har blant annet sammenheng med at kvinner er eldre når de forsøker å bli gravide, enn tidligere (MacSali m.fl., 2022). Både kvinners og menns fertilitet synker med alderen. Andelen barn som er født etter assistert befruktning har økt med 4 prosentpoeng mellom 2000 til 2020, fra 2 % til 6 % av alle fødte (ibid).

4.5.4 Fysisk helse før og under svangerskap

Selv om mange opplever tiden rundt svangerskap, fødsel og barseltid som uproblematisk skjer det en rekke endringer i kvinnes helsetilstand under og etter fødselen som kan redusere livskvaliteten (Saurel-Cubizolles m. fl., 2000). Alvorlige problemer som kan dukke opp både tidlig og senere i barselperioden er alvorlige infeksjoner, blødninger og blodpropp (Jacobsen m. fl., 2008; Helsenorge, uå). Typiske plager som hodepine, ryggsmarter og seksualproblemer opplever mange at forverrer seg med tiden etter fødsel (ibid). Amming er på sin side forbundet med redusert risiko for eggstokkreft, høyt blodtrykk, overvekt og diabetes (Sung m. fl., 2016; Natland m. fl., 2012).

Omtrent 10 % av alle gravide får påvist svangerskapsdiabetes²³ i Norge. Dersom svangerskapsdiabetes ikke behandles, kan det oppstå risiko for komplikasjoner i svangerskapet. (Dahm m.fl., 2019; MacSali m.fl., 2022).

Om lag en tredjedel av gravide har overvekt eller fedme. Tall fra Mor og barn-undersøkelsen²⁴ viser at 22 % av de gravide var overvektige ved starten av svangerskapet og ytterligere 10 % hadde fedme²⁵ (MacSali m.fl., 2022). Gravide med overvekt har forhøyet risiko for blant annet svangerskapsdiabetes, høyt blodtrykk og svangerskapsforgiftning, komplikasjoner i fødsel og med barn (Rødland, 2018; MacSali m.fl., 2022).

4.5.5 Psykisk helse før, under og etter svangerskap

Mange opplever psykiske vansker i tiden etter fødsel. Ekstrem trøtthet, angst og depresjon er vanlige plager og lidelser ett år etter fødsel (Saurel-Cubizolles m. fl., 2000). Barseldepresjon

²³ Det er ingen omforent enighet om glukoseverdiene for å stille diagnosen svangerskapsdiabetes, men det ble publisert nye retningslinjer i 2017. Disse senket terskelen for glukoseverdier (Dahm m.fl, 2019).

²⁴ Den norske mor, far og barn-undersøkelsen (MoBa) er en av verdens største helseundersøkelser. 114 500 barn, 95 000 mødre og 75 000 fedre deltar. Formålet er å finne årsaker til alvorlige sykdommer slik at vi bedre kan forebygge og behandle.

²⁵ Tallene er hentet fra Mor og barn-undersøkelsen. Kvinnene som deltar i undersøkelsen har noe høyere sosioøkonomisk status og noe sunnere livsstil enn kvinner i befolkningen for øvrig, så andelen med overvekt og fedme er sannsynligvis lavere enn blant gravide i den generelle befolkningen

eksisterer ikke som en selvstendig diagnose, men består av en variert og sammensatt gruppe med depressive lidelser (Eberhard-Gran m.fl., 2014).

Mellom 10 % og 16 % av alle kvinner opplever depressive symptomer i svangerskapet eller i tiden etter, og det er anslått at fødselsdepresjon rammer mellom 7 % og 13 % (FHI, 2014a; Macsali m.fl., 2022; Eberhard-Gran m.fl., 2014; Haga m.fl., 2012). Det er også større risiko for å trenge psykisk helsehjelp eller bli innlagt på sykehus med depresjon i tiden etter fødsel (Rødland, 2018; Munk-Olsen m.fl., 2006). Fødselserfaringen i seg selv kan i tillegg trigge psykose og bipolare episoder (Rødland, 2018). Alvorlig psykisk lidelse hos mor i svangerskap og nyfødtp periode kan ha innvirkning på mors evne til å ivareta barnets fysiske og emosjonelle behov (Macsali m.fl., 2022).

Fysisk aktivitet under graviditeten kan redusere risikoen for fødselsdepresjon (Shakeel m.fl., 2018b). Videre har blant annet positive erfaringer med amming også vist seg å kunne ha en forebyggende effekt (Haga m.fl., 2012). Psykiske vansker som oppstår i barselperioden har imidlertid ofte sammenheng med tidligere psykiske vansker (Eberhard-Gran m.fl., 2014). Forskning viser også at arbeidsrelatert stress under graviditeten kan øke sannsynligheten for depresjon og angst (Clayborne m.fl., 2022).

4.5.6 Etniske minoriteter kan være mer utsatt for fødselsdepresjon

I en studie blant 643 gravide kvinner i Oslo finner forskere at utbredelsen av fødselsdepresjon er høyere blant etniske²⁶ minoriteter, enn blant vesteuropeere (Shakeel m.fl., 2018a). Henholdsvis 13 % blant de etniske minoritetskvinne og 4,8 % av de vesteuropeiske kvinnene som var inkludert i studien hadde fødselsdepresjon. Mangel på sosial støtte og symptomer på depresjon under graviditeten er trukket frem som noen av risikofaktorene. Vesteuropeere er mer utsatt for symptomer på depresjon under graviditeten enn etniske minoriteter, 72 % mot 33 % hadde opplevd dette (ibid).

4.6 Sykelighet og dødelighet

4.6.1 Folkesykdommene slår ulikt ut for kvinner og menn

Muskel- og skjelettsykdommer, psykiske plager, hjerte- og karsykdommer og kreft er de viktigste lidelsene for den samlede sykdomsbyrden²⁷ i befolkningen i Norge (FHI, 2016; FHI, 2018c). Alzheimers sykdom, angst og depresjoner er spesielt vanlig blant kvinner, mens menn oftere får sykdommene lungekreft, karsykdom i hjerne og KOLS (FHI, 2016).

4.6.2 Langvarige smertetilstander truer særlig kvinners helse

Ifølge FHI lever om lag 30 % av voksne personer i Norge med langvarige smerter, og andelen er størst blant kvinner (Nielsen m. fl. 2018). Også SSBs levekårsundersøkelse om helse viser at rundt

²⁶ Etnisitet var definert etter fødelandet til den gravide kvinnen. Hvis deltakers mot var født utenfor Europa eller Nord-Amerika, var fødelandet til deltaker definert etter morens fødeland.

²⁷ Summen av dødelighet, tapte leveår og helsetap i befolkningen.

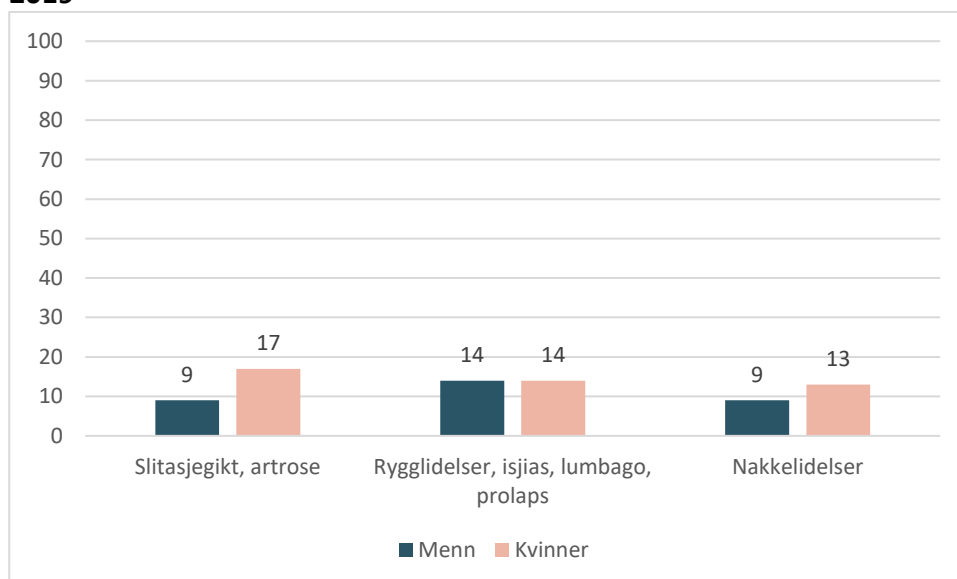
40 % av kvinner og rundt 30 % av menn har vært plaget av smerter i kroppen de siste tre månedene (SSB, 2019a). Det mest utbredte problemet er smerter i muskler og skjelett, men smerter i mage og tarm, hodepine og migrene forekommer også hyppig (Rødland, 2018). 15 % av voksne kvinner og 7 % av voksne menn har migrene (ibid).

Langvarige smerteplager kan påvirke livskvalitet, arbeidsevne, fysiske funksjoner og dødelighet. Kvinner opplever generelt både mer og sterkere smerter enn menn med tilsvarende lidelse. Denne kjønnsforskjellen oppstår først etter puberteten, og forskere antar at kjønnshormoner kan forklare deler av forskjellen (Nielsen m. fl., 2018). Kroniske smerter øker risikoen for redusert psykisk helse, fare for avhengighet av vanedannende medisiner, høyt sykefravær og uførhet (ibid).

4.6.3 Muskel- og skjelettsykdommer rammer flere kvinner enn menn

Ulike diagnosegrupper innen muskel- og skjelettlidelser varierer i omfang med kjønn og alder. Generelt blir kvinner rammet mest. Ryggglidelser er utbredt hos begge kjønn fra 45-årsalderen, for kvinner gjelder det også slitasjegikt og nakkelidelser.

Figur 15: Forekomst av muskel- og skjelettlidelser de siste 12 måneder. Selvrapportert. I prosent. 2019



Kilde: SSB, Helseundersøkelsen, tabell 11191

Muskel- og skjelettsykdommer og -plager²⁸ rammer særlig middelaldrende og eldre kvinner mer enn menn (Nielsen m. fl., 2018; Clarsen m. fl., 2022). Rygg- og nakkesmerter er den ledende årsaken til leveår med funksjonsnedsettelse, og muskel- og skjelettsykdommer er de vanligste årsakene til sykefravær og uførhet (ibid). Særlig yngre kvinner har oftere nakkesmerter enn menn, og eldre kvinner står for 70 % av hoftebruddene (ibid).

²⁸ Eksempelvis rygg- og nakkesmerter, osteoporose, revmatisme og bekkenløsning.

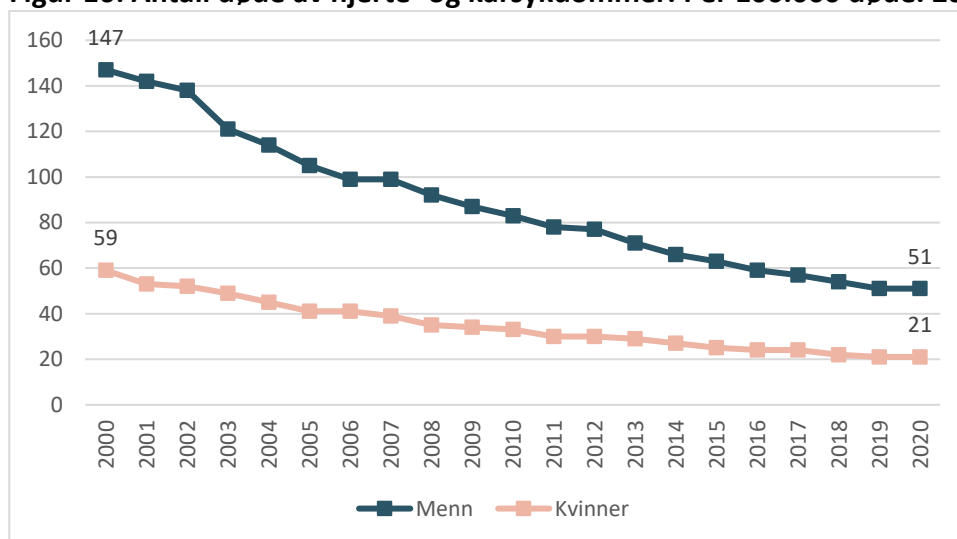
Rygg- og nakkelidelser øker relativt mer med alder blant innvandrere enn befolkningen for øvrig, og kvinner er mest utsatt (Vrålstad og Wiggen, 2017).

Betennelsesaktige revmatiske sykdommer anslås å ramme 8 % av befolkningen i løpet av livet (Clarsen m. fl., 2022). Disse sykdommene består av flere tilstander, som hver for seg er relativt sjeldne. Om lag 5 % av befolkningen har diagnosen fibromyalgi (ibid). Sykdommen har lenge vært ansett som en sykdom som i hovedsak rammer kvinner, men nyere diagnosekriterier har ført til at kjønnsforskjellen ikke lenger er like tydelig (ibid).

4.6.4 Fremdeles har menn høyest dødelighet av hjerte- og karsykdommer

Dødeligheten²⁹ av hjerte- og karsykdommer er betydelig høyere blant menn enn blant kvinner. Dødeligheten har gått ned i perioden 2000-2020 for begge kjønn, med det er størst nedgang blant menn. Nedgangen i dødelighet skyldes både at sykdommene blir oppdaget tidligere, og at behandlingen har blitt bedre (Ariansen m. fl., 2021). Det dør likevel flere kvinner enn menn hvert år av en hjerte-karsykdom i *totalt antall*. Dette skyldes at en stor andel av de som dør av hjerte-kardiagnoser dør i høy alder, og kvinner er i flertall i de eldste aldersgruppene (ibid).

Figur 16: Antall døde av hjerte- og karsykdommer. Per 100.000 døde. 2000-2020



Kilde: Norgeshelsa

Forskning viser at det er forskjeller i hvordan kvinner og menn utredes og behandles ved hjerteinfarkt i Norge. Dette til tross for at internasjonale retningslinjer anbefaler lik behandling av kvinner og menn. Det er ikke tydelig hvorfor det er forskjeller i utredning og behandling, men en mulig forklaring kan være oppfatninger hos behandlende lege (Jortveit m. fl. 2016). Samtidig vet man at hjertesykdom kan arte seg annerledes hos kvinner enn hos menn, men at forskningen på dette feltet fremdeles er mangelfullt (Gjerds m. fl., 2022).

²⁹ Antall dødsfall pr. 1 000 innbyggere.

På grunn av mindre forskning på hjertesykdom hos kvinner, sammenlignet med menn, er det også lite kunnskap knyttet til risikofaktorene for utvikling av hjerteproblemer blant kvinner (Espnes, 2016; Gerds m. fl., 2022). Det finnes imidlertid indikasjoner på at det er kjønnsforskjeller i både risikofaktorer og sykdomsforløp (Espnes, 2016).

4.6.5 Brystkreft er den vanligste kreftformen blant kvinner

Kreft forekommer hyppigere blant menn enn kvinner totalt sett (FHI, 2022a). Antall nye krefttilfeller per år er økende, i hovedsak som følge av økende befolkning og økt levealder. I 2020 fikk nærmere 16 300 kvinner og 19 200 menn påvist kreft (ibid). De vanligste kreftformene blant kvinner er brystkreft, lungekreft, tykktarmskreft og hudkreft. I 2020 ble det påvist over 3400 tilfeller av brystkreft blant kvinner i Norge.

Lungekreft er kreftformen som tar flest liv, både blant kvinner og menn, og er den vanligste formen for kreft blant menn. I 2020 ble det registrert 1162 dødsfall blant menn og 1006 dødsfall blant kvinner som følge av lungekreft (ibid). Ulike typer kreft og sannsynlighet for overlevelse har sammenheng med sosioøkonomiske faktorer som inntekt og utdanningsnivå.

Menn og kvinner med høyere utdanning har to til tre ganger lavere risiko for å få lungekreft, sammenlignet med de som har grunnskole som høyeste utdanning (Larsen m.fl., 2020). Kvinner med høyere utdanning har høyere sannsynlighet for å få bryst- og føflekkreft (Larsen m.fl. 2020). I tillegg er risikoen for brystkreft høyere blant kvinner som føder barn seint i livet (Kreftforeningen, 2022). Kvinner med høyere utdanning har større utbytte av bedre diagnostikk og behandlingsmetoder og har derfor bedre sjanse for å overleve brystkreft, sammenlignet med kvinner med lavere utdanning (Trewin m.fl., 2017). Menn med høyere utdanning har høyere sannsynlighet for føflekkreft, testikkelkreft og prostatakreft (Larsen m.fl. 2020).

4.6.6 Lesbiske og bifile kvinner gjennomfører i mindre grad forebyggende helseundersøkelser

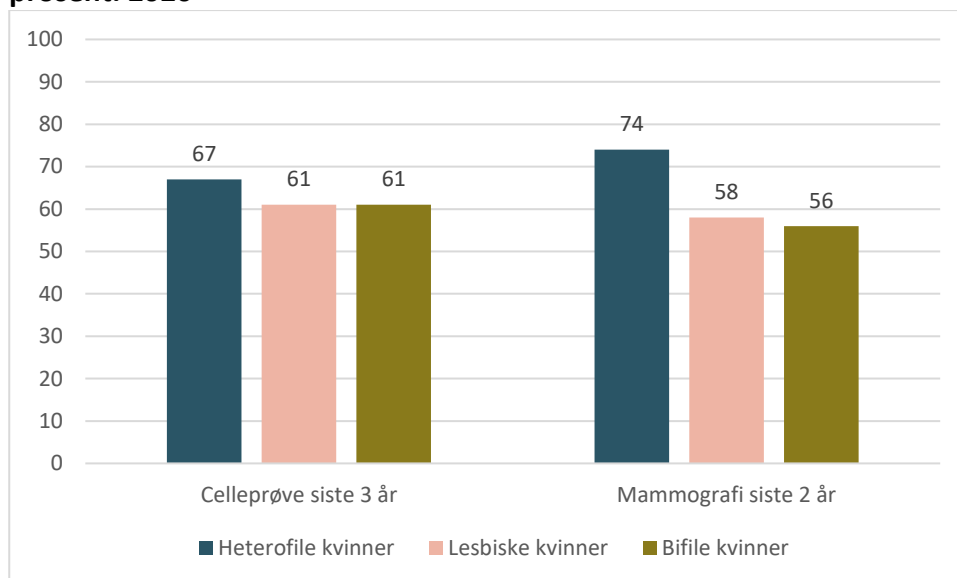
Norske myndigheter anbefaler at kvinner i bestemte aldersgrupper gjennomfører forebyggende helseundersøkelser (screening) mot livmorhalskreft og brystkreft ved faste intervaller. Celleprøve anbefales hvert tredje år for kvinner i alderen 25-69 år for å avdekke eventuelle celleforandringer på et tidlig stadium (Helsedirektoratet, 2022; HOD, 2021). Mammografiscreening mot brystkreft anbefales annethvert år for kvinner i alderen 50-69 år (Helsedirektoratet, 2022).

Sammenlignet med heterofile kvinner, er det noe færre lesbiske og bifile kvinner som tar mammografi og celleprøve. Lavere deltakelse i celleprøvescreening blant lesbiske kan skyldes flere grunner. Blant annet viser forskningen at både leger og lesbiske selv har en oppfatning av at kvinner som har sex med kvinner i svært liten grad er i risikogrupper, og derfor unnlater å ta celleprøve (Anderssen og Malterud, 2013).

Lav oppslutning om mammografi kan på den andre siden ikke forklares gjennom en oppfatning av redusert risiko. Anderssen og Malterud (2014) peker på at en mulig forklaring ligger i at en del lesbiske kan føle seg fremmedgjort av helsetjenester. De viser samtidig til at det er større sjanse for å ta celleprøve når man er i jevnlig kontakt med helsetjenestene, for eksempel i tilknytning til

graviditet. I tillegg viser de til at det også finnes flere grupper av kvinner som unnlater å sjekke seg (Anderssen og Malterud, 2013). For eksempel viser en studie at kvinner med innvandrerbakgrunn møter sjeldnere til mammografiscreening (Kreftregistret, 2017).

Figur 17: Andel som har utført forebyggende helseundersøkelser, etter seksuell orientering. I prosent. 2020



Kilde: Levekårsundersøkelsen Seksuell orientering, kjønns mangfold og levekår 2020

En lege som har kjennskap til begreper som seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk, og temaer som bifil og homoseksuell praksis, hiv/aids-tematikk, assistert befruktning, kjønnsbekreftende behandling med mer, vil oppleve å være bedre rustet i møte med lhbt-pasienter. Noen av deltakerne i undersøkelsen til Anderssen og Malterud fra 2014 fortalte om dårlige opplevelser hos legen som handlet om at de var lesbiske.

En respondent rapporterte at hun foretrakk å holde seksuell orientering skjult for å unngå at det ble skrevet inn i pasientjournalen, på grunn av potensialet for diskriminering i framtiden. Frykt for diskriminering ved å være åpen lesbisk i møte med helsetjenesten kan gjøre det vanskelig å ta opp temaer som seksuell helse.

4.6.7 Innvandrerbefolkningen har mer diabetes og hjerte-karsykdommer

I alt rapporterer 40 % av innvandrer menn og 45 % av innvandrer kvinner om minst ett helseproblem. For mennene er dette en mindre andel enn for menn i befolkningen ellers, hvor 47 % av kvinnene og 44 % av mennene rapporterer om minst ett helseproblem (Kjøllestad 2019).

En høyere andel innvandrere rapporterer om diabetes enn den øvrige befolkningen. Blant innvandrer kvinner rapporterer 4,5 % om dette, mot 2,3 % av kvinnene i befolkningen ellers. Ser man på mennene, rapporterer 5,9 % av innvandrerne og 3,5 % av mennene for øvrig om diabetes (ibid).

Innvandrere rapporterer også i større grad om hjerte- og karsykdommer³⁰ enn befolkningen ellers. 2,9 % av innvandrerkvinnene rapporterte om hjerte- og karsykdommer, mot 1,4 % av kvinnene i befolkningen ellers. Det er imidlertid stor variasjon mellom ulike opprinnelsesland. Blant mennene var det 4,4 % av innvandrerne og 2,5 % av befolkningen ellers som rapporterte om dette (ibid).

Rygg- og nakkeplager³¹ er mer utbredt blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig. En av fire innvandrerkvinner oppgir slike plager. Til sammenligning oppgir en av fem innvandrer menn og kvinner i befolkningen ellers, samt en av seks menn i befolkningen for øvrig, det samme (ibid).

4.6.8 Etnisk diskriminering påvirker samers helse negativt

Etnisk diskriminering av samer påvirker både psykisk og fysisk helse negativt. 23 % av samiske kvinner og menn oppgir at de har opplevd diskriminering. Flere negative helseutfall er assosiert med diskrimineringserfaringer, og det er en sammenheng mellom helseutfordringer, selvopplevd diskriminering og hvorvidt man bor i et samisk majoritets- eller minoritetsmiljø (Hansen, 2015).

Blant samiske menn som bor i områder hvor samer er minoritet og som har opplevd diskriminering, er det vanligere med hjerte- og karsykdom og diabetes, sammenlignet med samiske menn som ikke har opplevd diskriminering. Kroniske muskelsmerter og fedme forekommer oftere blant samiske menn i samiske majoritetsområder som har erfart etnisk diskriminering, sammenlignet med de som ikke har det (ibid).

Også blant samiske kvinner er det en sammenheng mellom å ha erfart diskriminering og negative helseutfall. Både diabetes, fedme og metabolsk syndrom er vanligere for samiske kvinner i minoritetsområder som har opplevd diskriminering enn de som ikke har det. Blant samiske kvinner i samiske majoritetsområder er det ingen signifikant sammenheng mellom diskrimineringserfaringer og negative helsekonsekvenser (ibid).

Sammenhengen mellom diskriminering og helseproblemer kan henge sammen med at diskrimineringen i seg selv kan føre til stresssymptomer (ibid). Det å bo i et hovedsakelig samisk område kan resultere i større grad av aksept og utløse mindre stresssymptomer, noe som kan forklare hvorfor noen helseproblemer er mindre utbredt blant samer i majoritetsområder, selv om man har opplevd diskriminering (ibid).

³⁰ I levekårsundersøkelsene ble deltakerne spurt om de har hatt en rekke forskjellige helseproblemer i løpet av de siste 12 månedene, hvorav 3 omhandlet hjerte- og karsykdommer: «hjertefarkt eller varige plager etter hjertefarkt», «angina, hjertekramper» og «hjerneslag eller varige plager etter slag». Deltakere som svarte ja på minst ett av disse spørsmålene, ble regnet som å ha hjerte- og karsykdom. Disse tre spørsmålene dekker de vanligste typene av hjerte- og karsykdommer, men ikke alle.

³¹ I levekårsundersøkelsene ble deltakere spurt om de har hatt en rekke forskjellige helseproblemer i løpet av de siste 12 månedene, inkludert «ryggslidelse som isjias, lumbago eller prolaps» og «nakkelidelse». Deltakere som svarte ja på minst en av disse, ble klassifisert som å ha «rygg- og nakkeplager».

5. Vold og overgrep i et kjønnsperspektiv

5.1 Forekomst av fysisk vold

5.1.1 Menn er mer utsatt for fysisk vold enn kvinner

Menn er mer utsatt for fysisk vold³² enn kvinner (Thorsen og Hjemdal, 2014). Statistikk basert på anmeldte forhold viser at nærmere 3 av 5 utsatte for fysisk vold er menn (SSB, 2021i). Videre oppgir en tredel av respondentene i en undersøkelse gjennomført i 2013 at de hadde opplevd alvorlig fysisk vold³³ minst én gang etter fylte 18 år, hvorav 23 % av kvinnene og 45 % av mennene (ibid).

Offisiell statistikk viser at antallet utsatte for fysisk vold øker mest blant kvinner (SSB, 2021i). Fra 2004 til 2020 økte antallet politianmeldelser der kvinner er utsatte for fysisk vold fra nærmere 4 300 til i overkant av 7 000. Det var imidlertid en nedgang fra 2019 til 2020, som kan ha sammenheng med koronapandemien. SSBs levekårsundersøkelse viste også at andelen kvinner som selv oppgir å ha blitt utsatt for vold de siste 12 måneder gikk noe ned fra 2007 til 2019 (SSB, 2019b).

5.1.2 4 av 5 utsatte i anmeldelser om kroppsskade og -krenkelse er menn

Kroppskrenkelse³⁴, kroppsskade³⁵ og mishandling i nære relasjoner er blant de hyppigst anmeldte voldstypene (SSB, 2021i). Kroppskrenkelse er den hyppigste voldsanmeldelsen blant både menn og kvinner og utgjorde 6 av 10 anmeldte voldslovbrudd i 2020 (ibid). Som figuren på neste side viser, er menn likevel mer utsatt for kroppskrenkelse og kroppsskade enn kvinner, og utgjorde henholdsvis 83 % av de utsatte for kroppsskade og 60 % for kroppskrenkelse i 2020 (ibid).

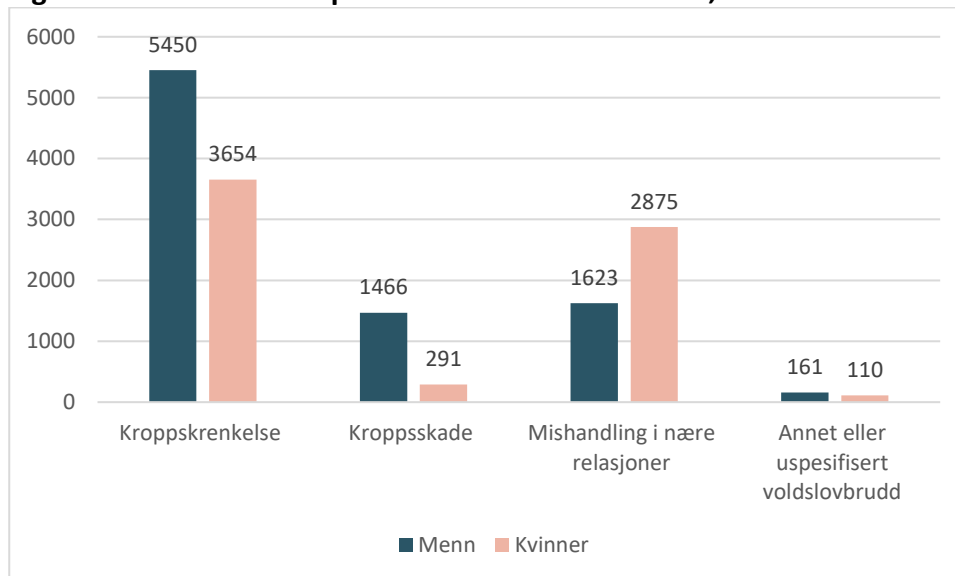
³² Fysisk vold deles ofte opp i mindre alvorlig og alvorlig fysisk vold. Fysisk vold, i motsetning til voldskriminalitet, inkluderer ikke trusler. Kapittel 25 i Straffeloven (2005) omtaler voldslovbrudd, og inkluderer drap, drapsforsøk, kroppskrenkelse, kroppsskade, mishandling i nære relasjoner, uaktsomt påført betydelig skade eller død, vold mot offentlig tjenestemann og særskilt utsatte yrkesgrupper, kjønnslemlestelse og annet voldslovbrudd. SSB definerer dette som en del av statistikken på vold og mishandling. Her omtales lovbruddstypene som faller inn under kapittel 25 i Straffeloven av 2005, som fysisk vold.

³³ Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) definerer alvorlig vold som å bli slått med knyttneve eller hard gjenstand, sparket, tatt kvelertak på, banket opp, truet med våpen eller angrepet fysisk på andre måter.

³⁴ Kroppskrenkelse er definert i Straffeloven av 2005, § 271. Kroppskrenkelse er når noen øver vold mot en annens person eller på annen måte fornærmer ham fysisk.

³⁵ Kroppsskade defineres i Straffeloven av 2005, § 273. Kroppsskade er mer alvorlig enn kroppskrenkelse. I henhold til § 273 er kroppsskade når noen skader en annens kropp eller helse, gjør en annen fysisk maktesløs eller fremkaller bevisstløshet eller liknende tilstand hos en annen.

Figur 18: Personofre for politianmeldt voldslovbrudd, etter kriminalitetstype. I antall. 2020

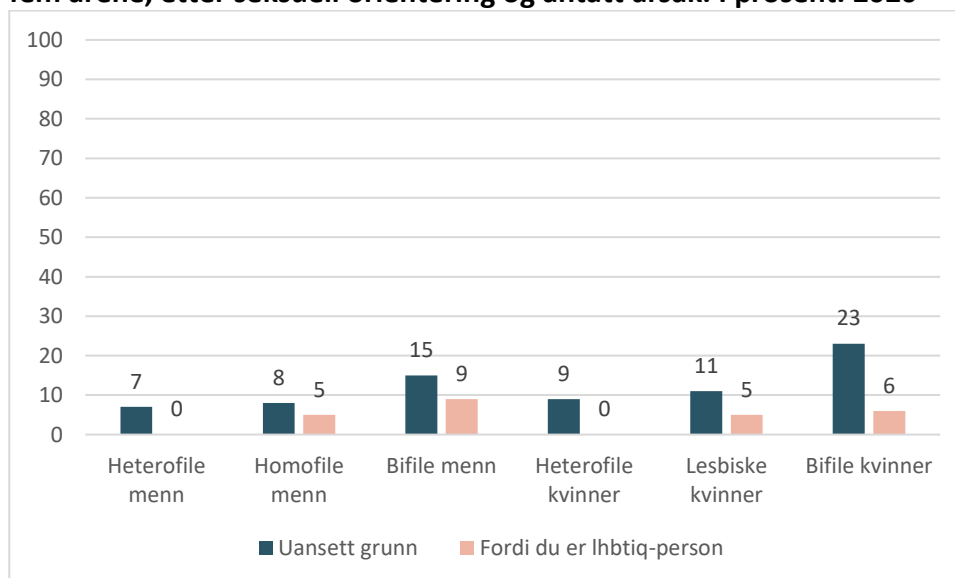


Kilde: SSB, anmeldte lovbrudd og ofre, tabell 08638

5.1.3 Bifile kvinner er mer utsatt for å bli overfalt

Levekårsundersøkelsen fra 2020, som dekker lesbiske, homofile, bifile og transpersoner, viser at bifile kvinner i større grad enn andre er utsatt for fysiske eller seksuelle overgrep (Anderssen m.fl. 2021). Nesten 1 av 4 bifile kvinner oppgir å ha blitt overfalt fysisk eller seksuelt de siste fem årene. Flere bifile menn rapporterer imidlertid at overfall de har opplevd har vært på grunn av deres seksuelle orientering (ibid).

Figur 19: Andel som har blitt overfalt fysisk eller seksuelt, hjemme eller andre steder de siste fem årene, etter seksuell orientering og antatt årsak. I prosent. 2020



Kilde: Levekårsundersøkelsen Seksuell orientering, kjønnsmangfold og levekår 2020

5.1.4 Kvinner med innvandrerbakgrunn er mer utsatt for vold enn kvinner generelt

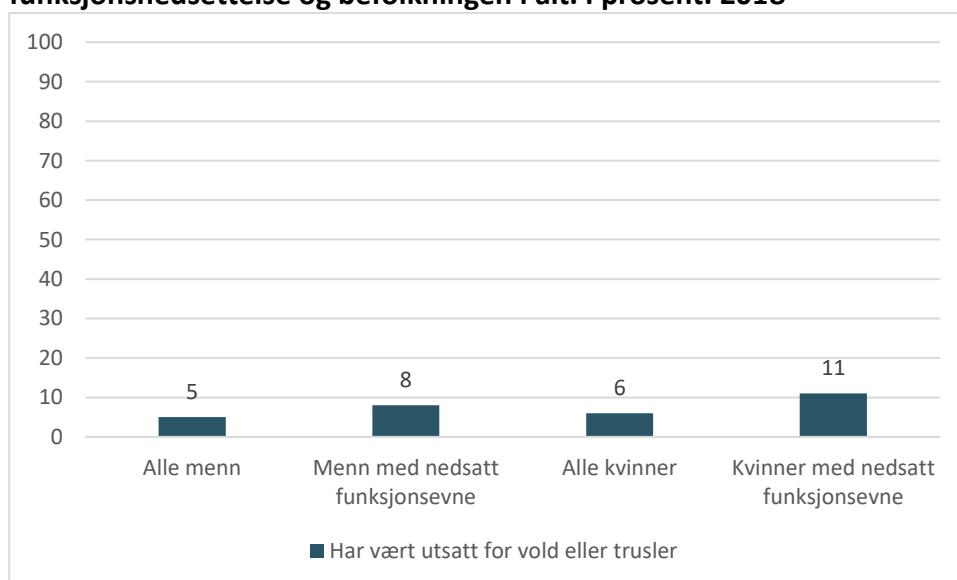
Innvandrere er oftere utsatt for vold enn befolkningen generelt, og særlig gjelder dette utsatthet for vold uten synlig skade (Vrålstad og Wiggen, 2017). En større andel kvinner med innvandrerbakgrunn rapporterer om å være utsatt for vold (4,4 %), enn menn med innvandrerbakgrunn (3,6 %) og kvinner generelt i befolkningen (2,4 %) (ibid). Dette mønsteret er motsatt av hva vi ser i befolkningen generelt, der menn er mer utsatt for vold enn kvinner. Det er særlig unge kvinner med innvandrerbakgrunn, i alderen 16 og 24 år, som utsettes for vold, og en relativt høy andel, 6,4 %, er utsatt for vold med synlig skade (ibid).

Blant norskfødte med innvandrerforeldre oppga en større andel menn (6,5 %) å ha vært utsatt for vold, sammenlignet med menn i befolkningen generelt (4 %) og norskfødte kvinner med innvandrerforeldre (2 %) (Dalgard, 2018).

5.1.5 Personer med funksjonsnedsettelse er mer utsatt for vold og trusler

På tross av begrenset med forskning, tyder eksisterende kunnskap på at personer med funksjonsnedsettelse i større grad enn befolkningen generelt utsettes for vold og trusler (SSB, 2020; Gundersen og Vislie, 2019). Tall fra 2018 viser at 10 % blant personer med funksjonsnedsettelse mot 5 % i befolkningen generelt oppgir at de har vært utsatt for vold eller trusler (SSB, 2020). Videre rapporterer en større andel av kvinner med funksjonsnedsettelse, sammenlignet med mennene, å ha vært utsatt for vold eller trusler.

Figur 20: Andel som har vært utsatt for vold eller trusler, blant personer med funksjonsnedsettelse og befolkningen i alt. I prosent. 2018



Kilde: SSB, Levekårsundersøkelsen EU-SILC, spesialbestilte tall

Forskning på området antyder at kvinner med funksjonsnedsettelse utsettes for de samme former for vold og overgrep som kvinner generelt. Dette innebærer vold og overgrep av fysisk, psykisk og seksuell karakter, samt økonomisk utnytting. Likevel ser vi at frekvensen på noen områder er

høyere og at overgrepene er av grovere karakter for kvinner med funksjonsnedsettelse enn for kvinner generelt (Olsvik, 2010; Nationellt centrum för kvinnofrid, 2010; Damgaard m. fl. 2013; Grøvdal, 2013).

Personer med funksjonsnedsettelse som utsettes for vold kan i noen tilfeller oppleve andre barrierer mot å oppsøke hjelp enn befolkningen ellers (Gundersen og Vislie, 2019). I tilfeller hvor det eksisterer en form for avhengighetsrelasjon til andre fordi man trenger hjelp og assistanse, kan ubalansen i maktforholdet bli en barriere mot å oppsøke hjelp, men også for å få hjelp fra andre når man utsettes for vold (ibid). Strukturelle, sosiale eller samfunnsmessige barrierer i form av manglende kunnskap og oppmerksomhet om problematikken i hjelpetjenesten, kan bidra til at vold ikke oppdages og dermed heller ikke meldes (ibid). Dette kan også være en konsekvens av manglende systemer for å melde om vold og for ivaretagelse av voldsutsatte (ibid).

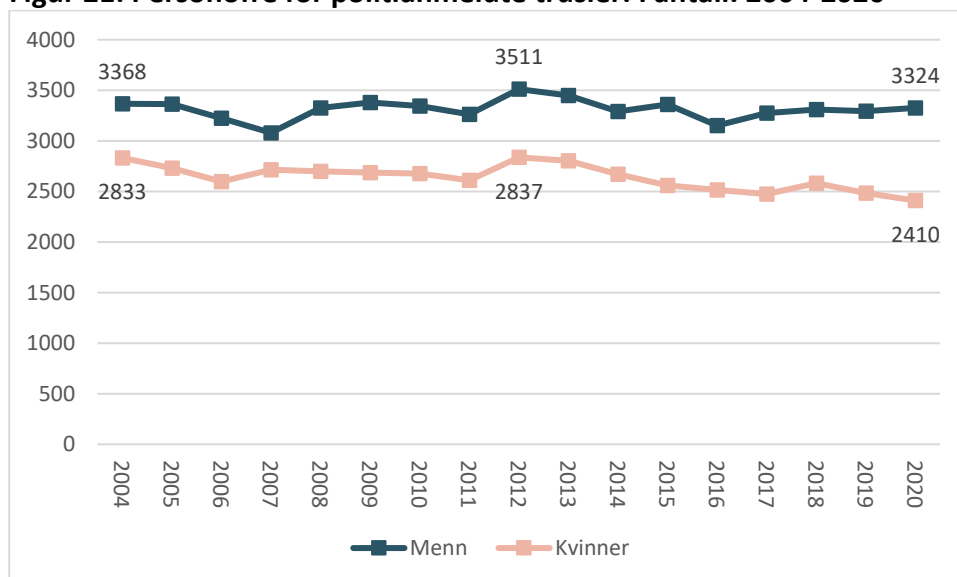
5.2 Forekomst av psykisk vold og trusler

Psykisk vold kan være negative eller fiendtlige holdninger eller handlinger, uten bruk av fysisk makt, som kan gi den utsatte en følelse av frykt, avmakt, skyld, skam, mindreverd, fortvilelse eller en grunnleggende følelse av å ikke være ønsket og elsket (Bufdir, 2020b).

Personer som er utsatt for vold lever ofte i frykt for at volden skal gjenta seg og eskalere. Dette omtales som latent vold og kan være like skadelig for en persons helse som konkrete voldshandlinger (NKTVS, 2018).

Psykisk vold i nære relasjoner kan omfatte vold mot familiens kjæledyr og er i tillegg nært tilknyttet utøvelse av annen psykisk og fysisk vold (Muri m. fl., 2022).

Figur 21: Personofre for politianmeldte trusler. I antall. 2004-2020



Kilde: SSB, anmeldte lovbrudd og ofre, tabell 08638

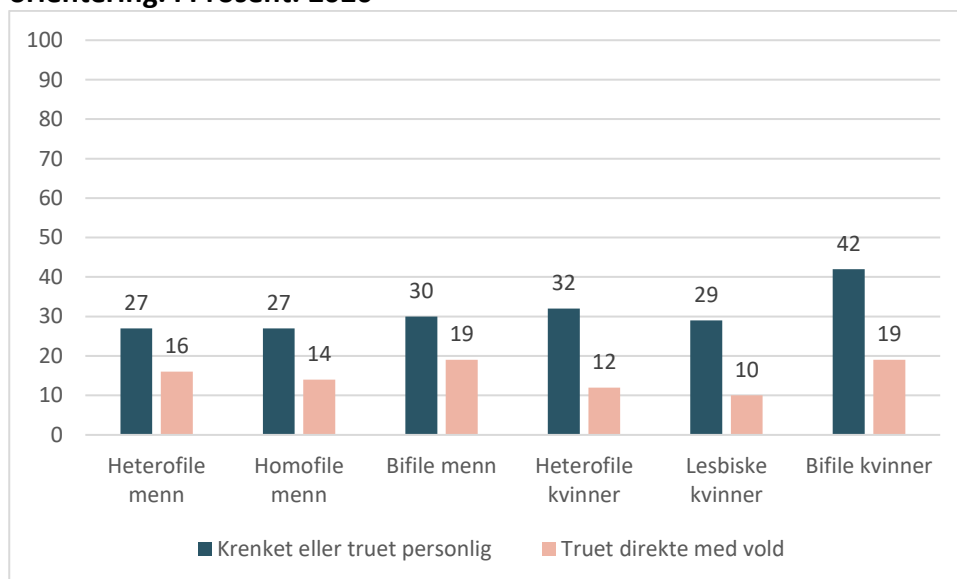
5.2.1 Menn er noe oftere den utsatte part i politianmeldte trusselsaker

Antallet personer som er utsatt for trusler³⁶ som er anmeldt til politiet, har holdt seg relativt stabilt siden 2004 (SSB, 2021i). I perioden 2004 til 2016 utgjorde menn rundt 55 % av de utsatte i politianmeldte saker der trusler er hovedlovbruddet, i 2020 utgjorde de 58 % (ibid).

5.2.2 Bifile kvinner er i størst grad utsatt for å bli krenket eller truet

Mer enn 1 av 4 lhbt-personer har opplevd å bli truet eller krenket i løpet av de fem siste årene (Andersen m. fl., 2021). Bifile kvinner rapporterer høyest andel som har opplevd å bli krenket eller truet personlig. 42 % av bifile kvinner rapporterer om å ha blitt krenket eller truet personlig, mot 32 % heterofile og 29 % heterofile kvinner (ibid). Forskjellene er noe mindre tydelige mellom menn med ulike seksuelle orienteringer.

Figur 22: Andel som har opplevd å bli truet minst én gang de siste 5 årene, etter seksuell orientering. I Prosent. 2020



Kilde: Levekårsundersøkelsen Seksuell orientering, kjønnsmangfold og levekår 2020

Når det kommer til å bli truet direkte med vold rapporterer både bifile kvinner og menn om at de i større grad er utsatt for dette, sammenlignet med personer med andre seksuelle orienteringer (ibid).

I 2013 rapporterte 9 % av lesbiske kvinner, 14 % av bifile kvinner og 5,6 % av heterofile kvinner å ha mottatt en trussel som var så alvorlig at de ble redde (Andersen og Malterud, 2013).

³⁶ Trusler er psykisk vold.

5.2.3 Innvandrerkvinner er mer utsatt for alvorlige trusler

Innvandrere er oftere utsatt for trusler enn befolkningen generelt, dette gjelder særlig *alvorlige trusler* (Vrålstad og Wiggen, 2017). Blant innvandrere oppgir 4,2 % at de har vært utsatt for alvorlig trussel, mot 2,9 % i befolkningen (ibid).

Blant innvandrerkvinner oppgir 4,7 % at de har vært utsatt for alvorlig trussel, mot 3,6 % blant kvinner i befolkningen generelt og 3,7 % blant innvandrer menn (ibid). Det er særlig kvinner mellom 16-24 år som har opplevd slike trusler, 7 %.

Blant norskfødte med innvandrerforeldre oppga en større andel menn (6,4 %) enn kvinner (5 %) og menn i befolkningen generelt (2,3 %) å ha vært utsatt for alvorlige trusler (Dalgard, 2018).

5.3 Forekomst av vold i nære relasjoner

Vold i nære relasjoner utgjør en av de største barrierene mot likestilling i samfunnet. Volden kan være fysisk, psykisk, seksuell og/eller økonomisk (Skjørten m. fl., 2019). I ytterste konsekvens kan vold i nære relasjoner føre til tap av liv.

5.3.1 Kvinner er mer utsatt for vold i nære relasjoner enn menn

Flere kvinner enn menn utsettes for alvorlig og gjentatt vold i nære relasjoner. 2 av 3 utsatte som anmelder mishandling i nære relasjoner³⁷ er kvinner (Thorsen og Hjemdal, 2014; SSB, 2021i). I en nasjonal omfangsundersøkelse fra 2014 oppgir 9 % av kvinnene og 2 % av mennene at de har blitt utsatt for alvorlig fysisk vold fra partner (ibid).

En analyse av de forskjellige typene vold som inngår i voldslovbrudd, viser at det er har vært en økning i antallet utsatte særlig for mishandling i nære relasjoner (Stene, 2014). Det ble først mulig å anmelde vold i familieforhold som en egen type lovbrudd i 2006, da en ny lov om mishandling i familieforhold trådte i kraft (Straffeloven, 2005). Som en konsekvens økte antallet som ble registrert som voldsofre med 17 % fra 2005 til 2010, nesten alle var voksne kvinner (Stene, 2014). Siden 2010 har antallet utsatte for mishandling i nære relasjoner fortsatt å vokse, men nå er nesten 2 av 5 av de utsatte i denne typen saker under 10 år (SSB, 2021i).

I perioden 2011 til 2021 ble det registrert 73 partnerdrap³⁸ i Norge (Kripes, 2022). Hvis man legger til saker der kjæreste/tidligere kjæreste er gjerningsperson utgjør dette ytterligere 12 ofre. I 87 % av sakene var drapsofrene kvinner (ibid).

³⁷ Når vi omtaler anmeldte tilfeller av mishandling i nære relasjoner, gjelder dette lovbruddstypene «mishandling i nære relasjoner» og «grov mishandling i nære relasjoner» slik disse er definert i Straffeloven av 2005, § 282. Loven tilsier at mishandling i nære relasjoner kan være av både fysisk og psykisk karakter, ettersom også trusler, tvang og frihetsberøvelse inngår i definisjonen. Til tross for dette inngår ofte lovbruddstypen 'mishandling i nære relasjoner' i samlebegrepet 'fysisk vold'.

³⁸ Drap av ektefelle, tidligere ektefelle, samboer eller tidligere samboer. Legemsbeskadigelse med døden til følge registreres ikke som drap i statistikken. Tallet på partnerdrap vil derfor kunne være høyere enn denne statistikken viser.

5.3.2 Noen sårbare grupper kan være mer utsatt

Unge lhbt-personer ser ut til å være en spesielt utsatt gruppe med hensyn til vold i familien, og kan ha særskilt behov for hjelp. Flere opplever å bli avvist, kastet ut eller utsatt for fysisk eller psykisk vold fra familien (Elgvin, Grønningsæter og Bue, 2013; Van Der Ros, 2013). Ungdom med etnisk minoritetsbakgrunn, lesbiske og homofile med samisk bakgrunn, og unge med kjønnsidentitetstematikk er særlig sårbare (Elgvin, Grønningsæter og Bue, 2013, Grønningsæter og Nuland, 2009).

5.3.3 Kvinner med innvandrerbakgrunn er mer utsatt for vold i nære relasjoner

Kvinner med innvandrerbakgrunn er i større grad utsatt for vold fra mannen de er gift eller samboer med (Bredal, 2020). Et mindretall er imidlertid også utsatt for vold og sterk kontroll fra utøvere i mannens familie. Om lag 60 % av beboerne og i overkant av 40 % av dagbrukerne på krisesentrene er kvinner med innvandrerbakgrunn (Bufdir, 2021).

5.3.4 Samiske kvinner i samiske bosetningsområder er mer utsatt for psykisk og fysisk partnervold

Nesten 13 % av kvinner og 2 % av menn i samiske bosetningsområder rapporterer at de hadde blitt utsatt for en eller annen form for vold fra sin partner, enten psykisk, fysisk og/eller seksuell (Eriksen og Melhus, 2022). Det er en betydelig høyere andel samiske kvinner som rapporterer om psykisk og fysisk partnervold sammenlignet med ikke-samiske kvinner i dette geografiske området. Blant kvinner rapporterer 12,4 % av de samiske mot 9,5 % av de ikke-samiske at de har blitt utsatt for psykisk vold, og henholdsvis 11,6 % mot 6,9 % at de har blitt utsatt for fysisk vold (ibid). Det er ingen tydelig etnisk forskjell blant kvinner i andelen som var utsatt for seksuell partnervold.

5.4 Forekomst av seksuell vold

5.4.1 Over 4 av 5 utsatte i anmeldte seksuallovbrudd er kvinner

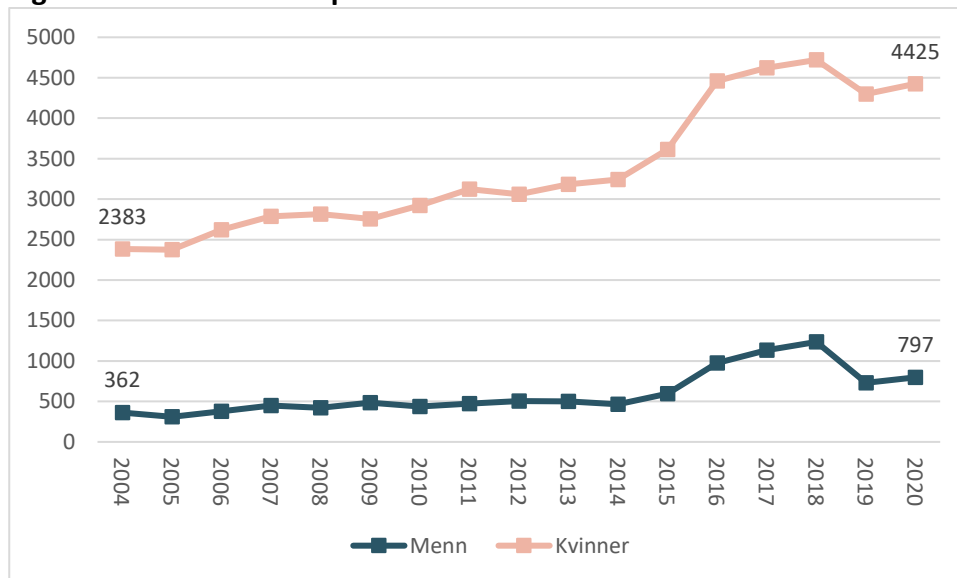
Fra 2015 til 2018 økte antallet utsatte for anmeldte seksuallovbrudd³⁹ kraftig fra om lag 4 200 til nærmere 6 000 (SSB, 2021i). I 2019 var det nærmere 1 000 færre personofre, men av figuren på neste side ser vi igjen en økning i 2020.

Kvinner er betydelig mer utsatt enn menn, men de senere årene har det vært en bevegelse mot at flere menn er registrert som utsatte for seksuallovbrudd (ibid). I 2020 utgjorde kvinner 85 % av de utsatte for registrerte seksuallovbrudd, mot 87 % i 2010. Sett i forhold til befolkningen (pr. 1 000 innbyggere) har antallet kvinner som har vært utsatt for seksuallovbrudd vokst mellom 2004 og 2020 (ibid). For menn har antallet som har vært utsatt for seksuallovbrudd, sett i forhold til

³⁹ Statistikken inkluderer alle anmeldte brudd på kapittel 26 i Straffeloven av 2005, som omhandler seksuallovbrudd. Statistikken over seksuallovbrudd inkluderer voldtekt, voldtektsforsøk, seksuell omgang i overmaktsforhold, seksuell omgang med barn 14-15 år, seksuell omgang mellom nærstående, seksuell handling, seksuelt krenkende atferd og annet eller uspesifisert seksuallovbrudd.

befolkningsveksten, vært stabilt lavt fram til 2015, men så økt til tross for et noe mindre antall i 2019 og 2020.

Figur 23: Personofre for politianmeldt seksuell vold. I antall. 2004-2020



Kilde: SSB, anmeldte lovbrudd og ofre, tabell 08635

Hver tredje kvinne (34 %) og hver tiende mann (11 %) oppgir å ha opplevd en eller annen form for seksuelt overgrep⁴⁰ en eller annen gang i livet (Thorsten og hjelmedal, 2014). Blant kvinner rapporterer 9 % å ha opplevd voldtekt i løpet av livet (ibid). Blant mennene rapporterer 1 % om det samme. Forskere antar at bare en liten andel av denne typen overgrep og krenkelser anmeldes, særlig i tilfeller der menn er utsatt (Thorsten og hjelmedal, 2014; Stene, Thorsen og Lid, 2009; Sætre, 2007).

5.4.2 Nesten 9 av 10 utsatte i anmeldte voldtekter er kvinner

87 % av de utsatte i anmeldte voldtekter⁴¹ i 2020 var kvinner (SSB, 2020i). Andelen har endret seg nokså lite siden 2004. I en studie fra 2014 oppgir omtrent 1 av 10 kvinner og 1 av 100 menn å ha blitt utsatt for voldtekt (Thorsen og hjelmedal, 2014). 10 % av kvinnene og 17 % av mennene anmeldte saken til politiet og 30 % hadde aldri fortalt noen om voldtekten. Det er stor usikkerhet knyttet til andelen menn som anmelder voldtekter, på grunn av lav svarprosent i omfangsundersøkelsen (ibid).

5.4.3 Seksuelle overgrep er mer utbredt blant bifile kvinner

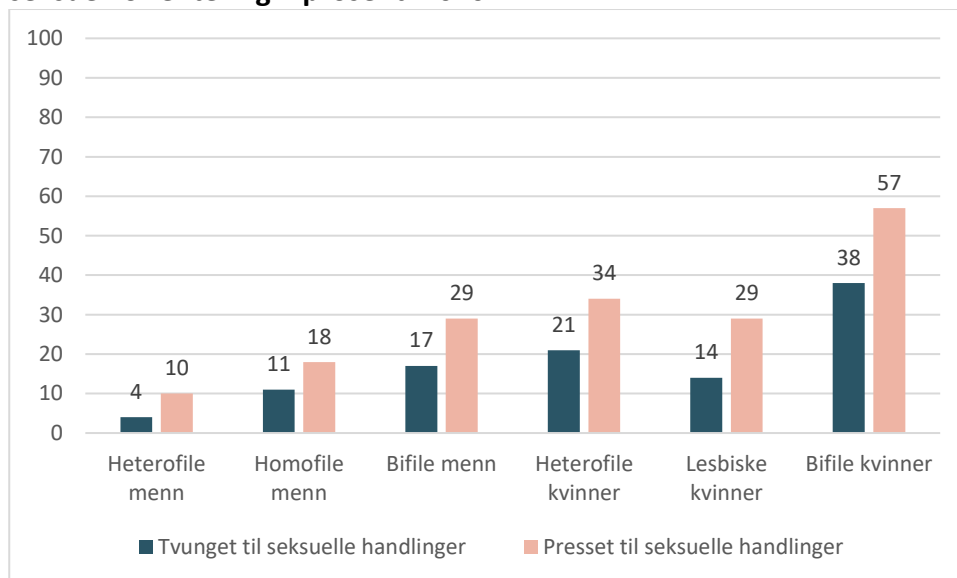
En større andel bifile kvinner rapporterer at de har blitt tvunget eller presset til seksuelle handlinger (Andersen m. fl. 2021). Det er gjennomgående høyere andeler som oppgir at de har

⁴⁰ Thorsen og Hjelmedal (2014) omtaler seksuelle overgrep, og definerer begrepet vidt. De inkluderer voldtekt, seksuell kontakt før fylte 13 år med en minst fem år eldre person, beføling ved bruk av makt eller trusler, rusrelaterte overgrep, press til seksuelle handlinger, men også andre typer seksuelle krenkelser og overgrep.

⁴¹ Med voldtekt menes samleie, oralsex, analsex eller penetrering ved bruk av objekter, tiltvunget ved bruk av makt eller trusler om skade.

blitt presset til seksuelle handlinger sammenliknet med tvunget til seksuelle handlinger uansett seksuell orientering (ibid).

Figur 24: Andel som har blitt tvunget eller presset til seksuell handling noen gang i livet, etter seksuell orientering. I prosent. 2020



Kilde: Levekårsundersøkelsen Seksuell orientering, kjønnsmangfold og levekår 2020

Bifile kvinner utgjør gruppen som i størst grad har opplevd å bli presset og tvunget til seksuelle overgrep, henholdsvis 57 % og 38 %. Det er også en større andel heterofile kvinner som oppgir å ha vært presset eller tvunget til seksuelle handlinger, sammenliknet med lesbiske, henholdsvis 34 % og 21 % heterofile mot 29 % og 14 % lesbiske.

Blant menn er det størst andel bifile som rapporterer om seksuelle overgrep.

5.5 Konsekvenser av å være utsatt for vold og overgrep

Vold har alvorlige konsekvenser for personen som utsettes for den og for folkehelsen (Thoresen og Hjemdal, 2014). Blant annet kan den utsatte få alvorlige fysiske skader, psykiske og somatiske helseplager og sykdom, atferdsforstyrrelser og utviklingsavvik (Reneflot m. fl, 2020; Thoresen og Hjemdal, 2014; Hjemdal m. fl., 2012; Faletti m. fl., 1998).

Vanlige kroppslige reaksjoner etter voldsutsettelse er posttraumatiske stresslidelser, inkludert gjenopplevelse, unngåelse, negative endringer i tanker og følelser samt endret fysiologisk aktivering (ibid). Slike plager spiller ofte sammen med smerter og andre somatiske plager. Noen voldsutsatte håndterer symptomene med piller eller rus, blir mer aggressive eller trekker seg unna sosiale sammenhenger (ibid).

5.5.1 Vold og overgrep har konsekvenser for psykisk helse

Det er en klar sammenheng mellom utsatthet for alvorlig vold og voldtekt og psykiske helseproblemer, som angst/depresjon og posttraumatiske reaksjoner (Thoresen og Hjemdal, 2014). Flere former for vold har også sammenheng med økende psykiske helseproblemer (Felitti,

m. fl., 1998; Thoresen og Hjemdal, 2014; Hafstad og Augusti, 2019).) Over dobbelt så stor andel av kvinnene som har vært utsatt for overgrep skårer over grensen (1, 85 poeng) for psykiske plager målt etter Hopkins symptomsjekkliste, sammenlignet med de som ikke har vært utsatt (Hjemland m. fl., 2012). Utsatthet for fysisk vold ser ut til å henge sammen med høyere angstnivå både for kvinner og menn, men sammenhengen mellom vold og depresjon er tydeligst blant kvinner (ibid). 38 % av kvinnene som har utsatt for vold oppgir å ha angstlidelser, mot 33 % blant menn. Videre oppgir 18 % blant kvinner som har vært voldsutsatt mot 9 % blant menn å ha depresjon (ibid). Utsatthet for vold og seksuelle overgrep kan bidra til å forklare hvorfor kvinner har mer psykiske helseproblemer enn menn (Thoresen og Hjemdal, 2014).

Posttraumatiske stressreaksjoner, angst, selvmordstanker og depresjon er også typiske psykiske helseplager hos volds- og overgrepsutsatte barn og unge (Felitti, m. fl., 1998; Hafstad og Augusti, 2019; Reneflot m.fl., 2020). I tillegg kan mange i større grad oppleve vansker med læring og skole, vansker med relasjoner og atferdsvansker som selvskading, rusmisbruk, seksuell risikofølelse og annen risiko- og selvdestruktiv atferd (ibid).

5.5.2 Fysisk helse påvirkes også av vold og overgrep

Fysisk helse henger sammen med voldsutsatthet i nesten like stor grad som psykisk helse (Hjemdal m. fl., 2012; Rueness m. fl., 2020). Andelen som opplever sin egen helse som dårlig eller ikke helt god er større blant dem som har opplevd overgrep eller vold, og størst blant dem som har opplevd eller vold overgrep som barn (Hjemdal m. fl., 2012; Hafstad og Augusti, 2019; Faletti m. fl., 1998). Kvinner som har vært utsatt for fysisk vold oppgir i større grad å ha dårlig helse sammenlignet med menn, henholdsvis 30 % mot 26 % (Hjemdal m. fl., 2012).

Videre er andelen som oppgir at de har eller har hatt astma, høysnue, fibromyalgi/kronisk smertesykdom, kronisk bronkitt og brystmerter betydelig høyere blant dem som har opplevd vold og overgrep (ibid). I tillegg er det observert høyere forekomst av plager som hodepine, søvnvansker, svimmelhet, magesmerter, ryggsmarter, dårlig appetitt lungesykdommer, leversykdommer, kreft og hjertesykdommer blant de som har vært utsatt for vold som barn (Hafstad og Augusti, 2019; Faletti m. fl., 1998; Reneflot m. fl., 2020). Risikoen for å få disse sykdommene som voksen øker dersom man har vært utsatt for ulike former for vold som barn, og blir enda større hvis man har vært utsatt for flere typer vold (Hafstad og Augusti, 2019; Rueness m. fl., 2020; Faletti m. fl., 1998).

Unge, kvinner, personer med lav sosioøkonomisk status, minoritetsgrupper og tidligere voldsutsatte har økt risiko for å utvikle helseplager etter å ha blitt utsatt for en voldshendelse (Reneflot m. fl., 2020).

5.5.3 Vold og overgrep øker sannsynligheten for å bli utsatt senere i livet

Vold er alvorlig, både som hendelse i seg selv, og fordi det gjør at den som blir utsatt er mer sårbar for å bli utsatt for nye voldshendelser. Både kvinner og menn som har opplevd vold og overgrep i barne- og ungdomsårene, blir oftere enn andre utsatt for vold og/eller overgrep senere i livet

(NKVTS, 2015; Kirsebom, Vatnar, og Bjørkly, 2014; Thoresen og Hjemdal, 2014; Hjemdal m. fl., 2012; Hafstad og Augusti, 2019). Dette blir omtalt som reviktimisering.

Å bli utsatt for nye hendelser øker i tillegg risikoen for å utvikle helseplager som følge av volden (Reneflot m. fl., 2020). Halvparten av de som har vært utsatt for vold og overgrep har i vært utsatt for mer enn én type overgrep (Hjemdal m. fl., 2012).

5.5.3.1 Tydelig sammenheng blant samer

Det er en sterk sammenheng mellom vold i barndom og partnervold senere i livet og denne sammenhengen er tydeligere blant samiske kvinner. Blant samiske kvinner rapporterer 7,3 % om voldsutsatthet både som barn og av en partner i voksen alder, sammenlignet med 4 % blant ikke-samiske kvinner (Eriksen og Melhus, 2022).

5.5.4 Vold og overgrep gir lavere livskvalitet

Sterkt personlige krenkende livshendelser, som å bli utsatt for vold eller trusler om vold, tvunget eller forsøkt tvunget til seksuell omgang eller å bli ydmyket eller fornædret over lengre tid er forbundet med lavere livskvalitet (Støren m. fl., 2020). Det er også en sammenheng mellom å være utsatt for vold og seksuelle overgrep og hvor mange andre negative livshendelser og problemer man opplever (Hjemdal m. fl., 2012).

6. Levevaner og kjønn

6.1 Bruk av tobakk og alkohol

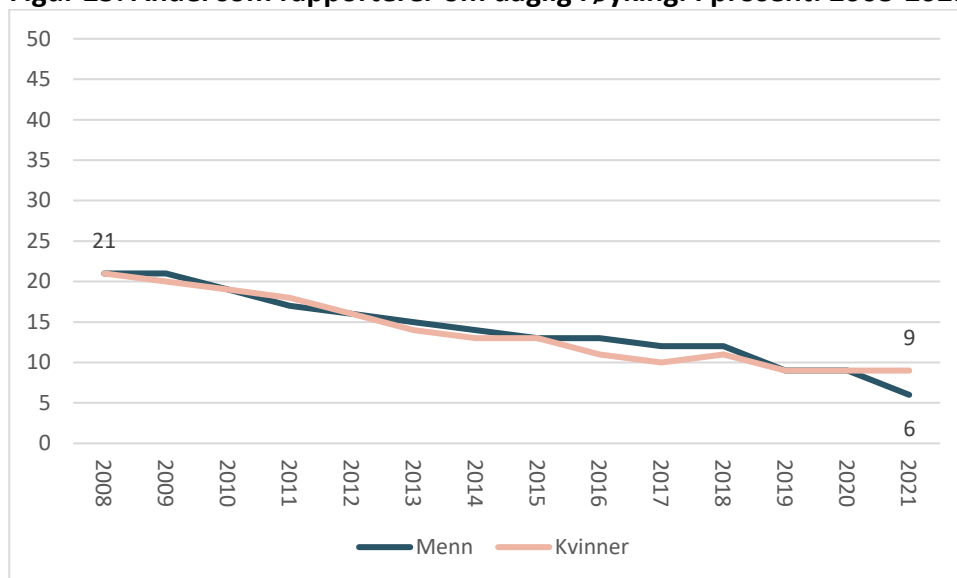
6.1.1 Både menn og kvinner kutter ut røyken

Røyking er livsstilsfaktoren som virker mest negativt på folks helse og fører til flest tapte leveår. Det er små forskjeller mellom menns og kvinners røykevaner (Borgan, 2016; Vedøy m. fl., 2022a).

Andelen dagligrøykere i perioden 2008-2021 har ifølge Statistisk sentralbyrå gått ned blant både menn og kvinner, fra 21 % til 6 % blant menn og 9 % blant kvinner (SSB, 2021f). Det er en særlig stor andel kvinner uten høyere utdanning som røyker daglig. Av kvinner som har grunnskole som høyeste utdanning oppgir 20 % at de røyker daglig, mot 13 % blant menn (ibid). Blant de med videregående skole som høyeste utdanningsnivå er det dobbelt så stor andel kvinner som røyker daglig, sammenlignet med mennene, 16 % mot 7 % (ibid). Høyere utdanning ser ut til å spille en viktig rolle for om man røyker. Kun 3 % av kvinnene med høyere utdanning oppgir å røyke daglig og 4 % av mennene (ibid).

Det er en langt større andel blant de godt voksne som røyker daglig enn blant de unge. Det er i aldersgruppen 55-64 år at andelen mannlige røykere er størst; 12 % av menn i denne alderen røyker daglig (ibid). Blant kvinner er det størst andel røykere i aldersgruppen 65-74 år, hvor 17 % oppgir at de røyker daglig (ibid).

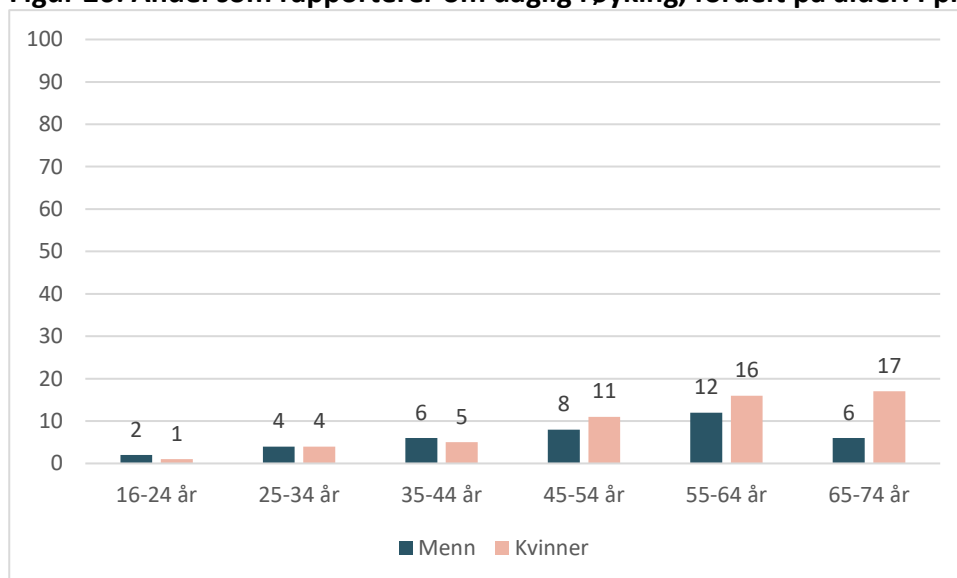
Figur 25: Andel som rapporterer om daglig røyking, i prosent. 2008-2021



Kilde: SSB, Røyk, alkohol og andre rusmidler, tabell 05307

I aldersgruppen 16-24 år er det kun 2 % blant menn og 1 % blant kvinner som røyker daglig (ibid). Det har vært en sterkere nedgang i andelen som røyker daglig i de yngre enn i de eldre aldersgruppene siden årtusenskiftet (Borgan, 2016). En antakelse er at det kan være vanskeligere å slutte å røyke etter å ha røkt i mange år enn å la være å begynne å røyke som ung (ibid). Det er derfor grunn til å anta at andelen røykere stadig vil bli mindre, blant både kvinner og menn.

Figur 26: Andel som rapporterer om daglig røyking, fordelt på alder. I prosent. 2021



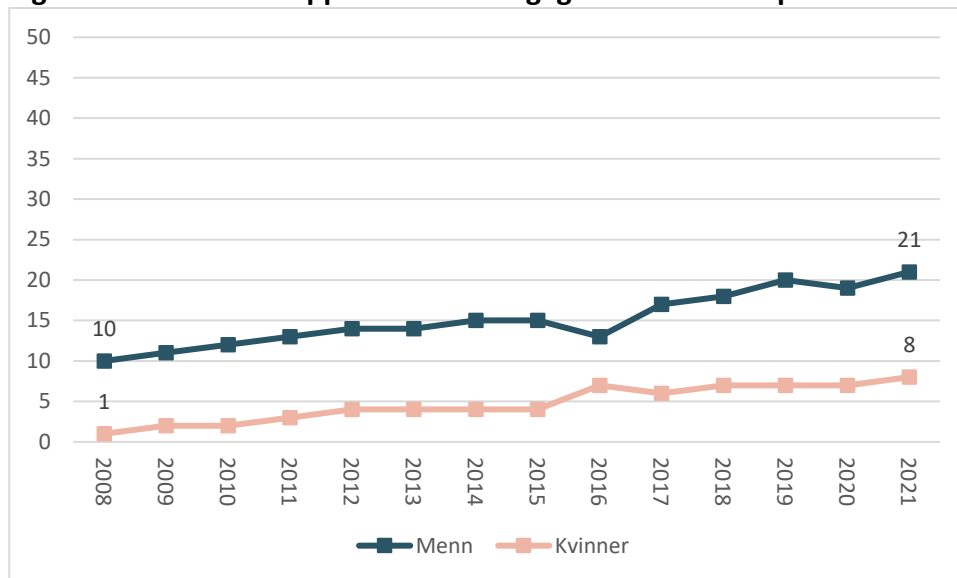
Kilde: SSB, Røyk, alkohol og andre rusmidler, tabell 05307

6.1.2 Snusbruken øker blant kvinner og menn

Daglig snusbruk har i perioden 2008-2021 økt blant både kvinner og menn. Blant menn økte andelen daglige snusbrukere fra 10 % i 2008 til 21 % i 2021. Blant kvinner gikk andelen opp fra 1 % i 2008 til 8 % i 2021 (SSB, 2021f). Siden 2015 har imidlertid den kraftige økningen i snusbruken

blant kvinner stoppet opp og andelen blant unge kvinner mellom 16 og 24 år har sunket i løpet av de siste årene (SSB, 2021f; Vedøy m.fl., 2022b).

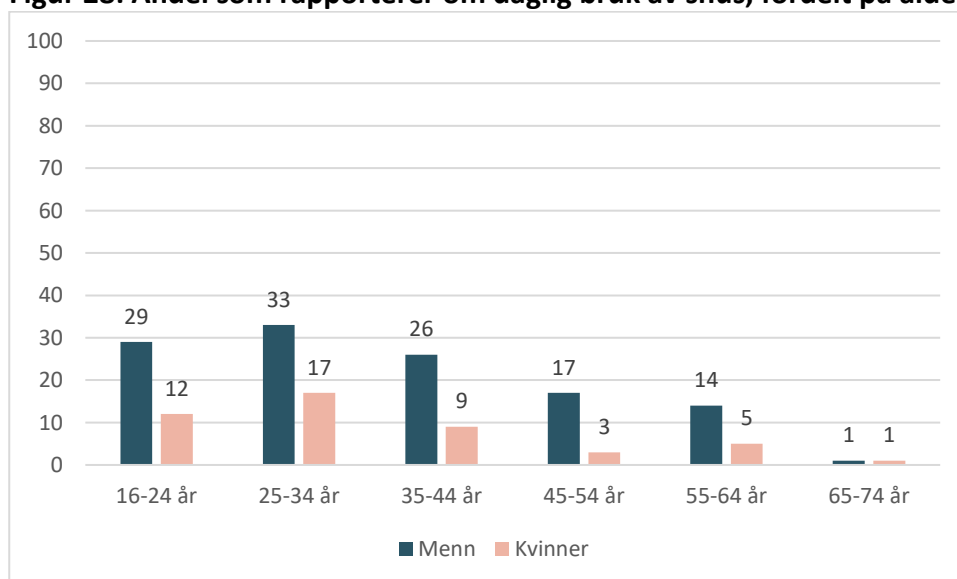
Figur 27: Andel som rapporterer om daglig bruk av snus. I prosent. 2008-2021



Kilde: SSB, Røyk, alkohol og andre rusmidler, tabell 07692

Det er fremdeles kun en liten andel kvinner med høyere utdanning som snuser, 6 % (SSB, 2021f). Som for røyking er det flest som snuser daglig blant kvinnene med grunnskole som høyeste utdanning. En langt større andel menn enn kvinner snuser daglig, uavhengig av høyeste utdanningsnivå. Om lag dobbelt så stor andel blant de med grunnskole og videregående skole som høyeste utdanningsnivå og tre ganger så stor andel blant de med høyere utdanning (ibid)

Figur 28: Andel som rapporterer om daglig bruk av snus, fordelt på alder. I prosent. 2021



Kilde: SSB, Røyk, alkohol og andre rusmidler, tabell 07692

Det er nesten bare yngre kvinner som snuser, mens blant menn er snusbruk vanligere i alle aldersgrupper. En studie om unge kvinners snus- og tobakksbruk i Norge viser at 17,5 prosent av

kvinner på 18 og 19 år snuser daglig, og i tillegg snuser 8,5 % av og til (Kvaavik m.fl, 2016). Blant de yngre kvinnene er det nå vanligst å begynne direkte med snus, noe som skiller dem fra eldre kvinner som i langt større grad er dobbeltbrukere eller tidligere røykere (ibid).

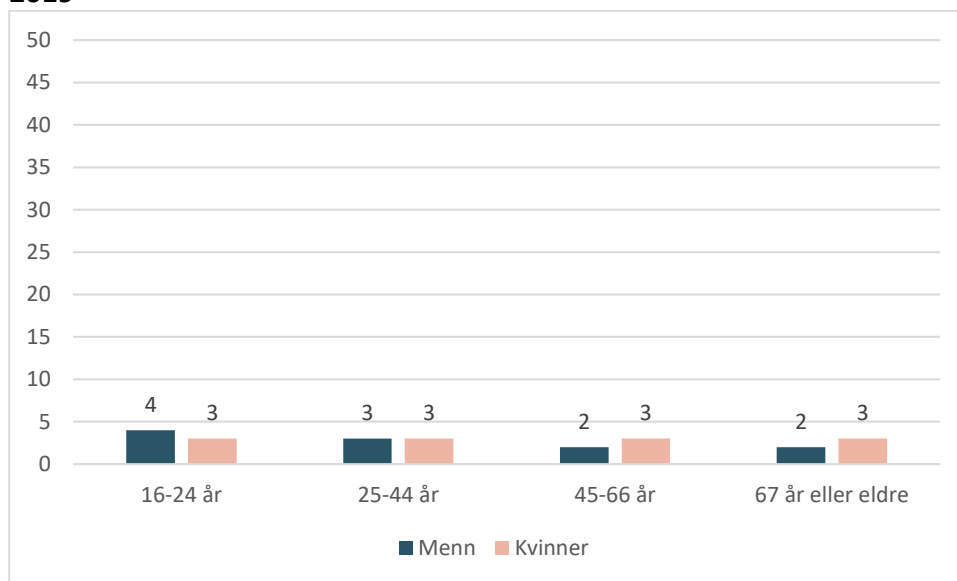
Gjennomsnittsalderen for å begynne å bruke snus regelmessig har vært økende og var i 2021 26 år for menn og 24 år for kvinner (Vedøy m. fl., 2022b).

Daglig snusbruk er også vanligere blant lesbiske og bifile kvinner enn blant heterofile kvinner. 19 % av lesbiske kvinner, 15 % av bifile kvinner og 11 % av heterofile kvinner snuser daglig, ifølge en undersøkelse fra 2013 (Anderssen og Malterud, 2013).

6.1.3 Menn drikker mer og oftere enn kvinner

Alkoholbruk er en av de viktigste årsakene til tap av friske leveår i befolkningen og er tett knyttet til sosiale problemer. Det er særlig høyt alkoholinntak per gang og et høyt inntak over tid som øker risikoen for helsemessige og sosiale skader (Skogen, m. fl., 2019).

Figur 29: Andel som rapporterer om et skadelig alkoholforbruk, fordelt etter alder. I prosent. 2019



Kilde: SSB, Helseundersøkelsen, tabell 06181

I alt rapporterer 3 % av menn og kvinner fra 16 år at alkoholforbruket deres er skadelig høyt (SSB, 2019a). Menn oppgir å drikke mer og oftere enn kvinner. 40 % av menn i befolkningen drikker alkohol en gang per uke eller oftere, mot nesten 30 % blant kvinnene, og 8 % har drukket seks eller flere alkoholenheter ved en og samme anledning ukentlig, mot kun 2 % i den kvinnelige befolkningen (SSB, 2021f).

Menn både drikker oftere og mer enn kvinner (Bye og Rossow, 2022). I 2021 beregnet Folkehelseinstituttet at menn konsumerer om lag 4 liter ren alkohol i løpet av et år (ibid). Det samme tallet for kvinner var 2 liter per år. Menn drikker langt mer øl og brennevin enn kvinner. Mens øl utgjør litt over halvparten av alkoholforbruket for menn, utgjør vin omtrent halvparten av alkoholforbruket for kvinner (ibid). Aldersgruppen 16 til 24 år hadde det høyeste konsumet, og var også beruset oftest (ibid).

Siden tidlig på 90-tallet har alkoholforbruket i befolkningen som helhet økt med omtrent 40 %, mest blant kvinner og eldre (FHI, 2016). Alkoholkonsumet blant mindreårige sank etter årtusenskiftet, men den nedadgående trenden flatet imidlertid ut i perioden 2015-2019 (Bye, 2020).

6.1.4 Mindre variasjon i alkoholkonsum innad i det skeive miljøet

Det er en større andel blant menn, uavhengig av seksuell orientering, som drikker alkohol ukentlig enn kvinner. Det er liten forskjell mellom heterofile, homofile/lesbiske og bifile i hvor stor andel som drikker ukentlig. Blant menn og kvinner generelt var det en større andel bifile kvinner (5 %) og bifile menn (9 %) som rapporterer om at de ukentlig blir overstadig beruset (Anderssen m.fl., 2021).

6.1.5 Store ulikheter i alkoholinntak blant innvandrerbefolkningen

Alkoholbruken er svært forskjellig innen innvandrerbefolkningen, og skillene går mellom kjønn og opprinnelsesland. Ifølge Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016 hadde drøyt 60 % blant mennene og 35 % blant kvinnene nytt alkohol det siste året, omtrent halvparten så stor andel som kvinner i hele befolkningen (Vrålstad og Wiggen, 2017).

Det er noe mindre forskjeller mellom kjønnene blant norskfødte med innvandrerforeldre. I denne gruppen oppgir 46 % av mennene og 34 % av kvinnene å ha drukket alkohol i løpet av de siste 12 månedene. Det er store forskjeller knyttet til landbakgrunn (Dalgard, 2018).

6.2 Helsemessige konsekvenser av alkohol- og narkotikabruk

6.2.1 Flere menn enn kvinner legges inn på sykehus på grunn av alkoholbruk

Lidelser knyttet til alkoholbruk er den vanligste formen for rusrelaterte lidelser i Norge (Skogen m.fl., 2019). Antall pasienter på somatiske sykehus med alkoholrelatert hoveddiagnose har gått opp i perioden 2005-2014 blant begge kjønn (Skretting m. fl, 2016). Dobbelt så mange menn som kvinner har vært i denne pasientgruppen, og i 2014 ble litt over 2000 kvinner og i overkant av 4300 menn innlagt på grunn av alkoholrelaterte årsaker (ibid). Kvinner tåler generelt alkohol dårligere enn menn, blir lettere avhengig og får lettere helseskader (Duckert m.fl., 2008).

6.2.2 Kvinners økte alkoholbruk fører i liten grad til flere dødsfall

I 2020 var det totalt 386 alkoholutløste dødsfall i Norge (FHI, 2022c). Det faktiske antallet dødsfall pr. år med alkohol som underliggende årsak blant menn har sunket med om lag en fjerdedel mellom 1996 og 2016, fra 356 til 265 (Gjersing, 2018). For kvinner har antall dødsfall i samme periode vært langt lavere og med mindre årlige variasjoner. Antallet kvinner som døde av alkohol som underliggende årsak var 87 i 1996 og 71 i 2016 (ibid).

I en gjennomgang av ulike undersøkelser finner Vedøy og Skretting (2009) at antall dødsfall blant kvinner der alkohol var underliggende årsak har variert mellom omkring 80 og 100 dødsfall pr.

år på 90- og 2000-tallet. Kvinnenes andel har i hele perioden utgjort omkring en fjerdedel av det totale antall dødsfall på grunn av alkoholbruk (ibid).

6.2.3 Menn dominerer i risikoatferd ved rusbruk

Plutselige og voldsomme dødsfall, særlig blant unge menn, skyldes i stor grad overforbruk av alkohol og/eller narkotika (FHI, 2016). Rundt 15 % av dødelige fallulykker og selvmord blant unge og voksne menn, samt 1 av 3 trafikkdødsfall, kan knyttes til alkoholbruk (ibid). Alkohol, medikamenter og/eller narkotika er innblandet i mer enn hvert tredje trafikkdødsfall og i over halvparten av alle ulykker der bare en bil er innblandet (ibid). Menn står for 85 % av de rundt 9 000 tilfellene av ruspåvirket kjøring politiet registrerer årlig (ibid).

6.2.4 Kvinner blir raskere rusavhengige

Kvinner går gjennom de ulike stadiene i utviklingen av rusavhengighet⁴² raskere enn menn (Mellingen, 2012). Kvinner har oftere en psykisk lidelse med et rusproblem i tillegg, mens menns rusbruk ofte fører til en psykisk lidelse. Kommer de rusavhengige i behandling havner menn oftest innen rusfeltet mens kvinner havner innen psykisk helsevern (ibid). Samtidig finnes det forskning som tyder på at problematisk rusbruk blant kvinner i større grad overses sammenlignet med hos menn (Sallaup m.fl. 2016).

6.2.5 Flere menn enn kvinner dør av narkotika

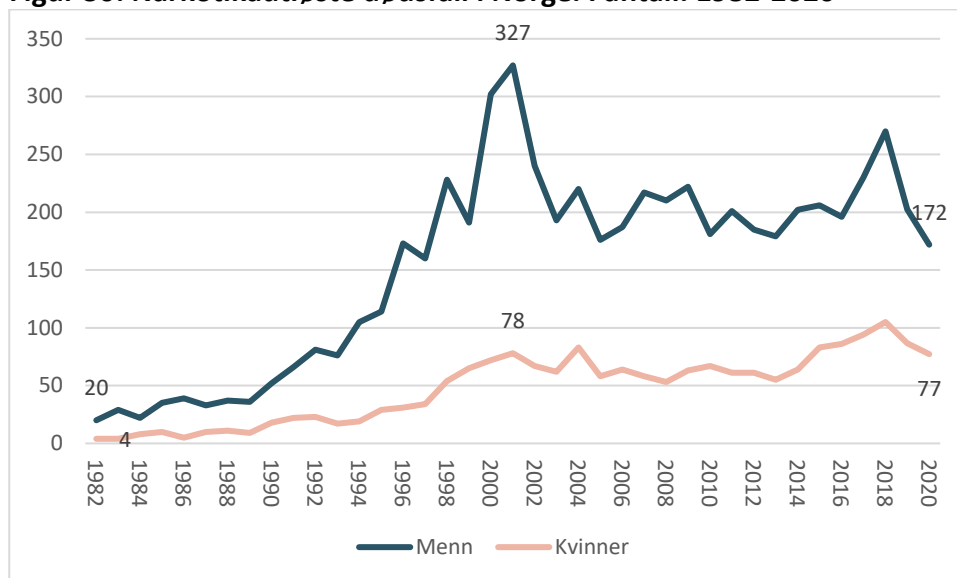
Antallet menn som døde av narkotikabruk i 2020 var mer enn dobbelt så høyt som antallet kvinner. Samtidig var antall dødsfall for kvinner økende frem til 2018. For menn har antallet dødsfall gått ned siden en topp tidlig på 2000-tallet.

En større andel unge menn enn unge kvinner utvikler rusavhengighet og ruslidelser⁴³, men kjønnsforskjellene ser ut til å minke (Skoen m.fl., 2019). Særlig yngre menn sliter med sammensatt rusmisbruk, alkohol og illegale rusmidler (FHI, 2014b; Skretting m. fl., 2016). Gjennomsnittsalderen til de som dør som følge av narkotikautløste årsaker, har økt jevnt fra 36,0 år i 2006 til 44,6 år i 2020, men menn dør av ruslidelse i yngre alder enn kvinner. I 2020 var gjennomsnittsalderen for menn 43,2 år og for kvinner 47,6 år (Gjersing, 2021). Videre var halvparten av mennene som døde av overdose i 2013 mellom 25 og 44 år, mens halvparten av kvinnene var mellom 35 og 54 år (FHI, 2016).

⁴² Rusavhengighet kjennetegnes vanligvis av at bruker har et sterkt ønske om å ta rusmiddelet, vansker med å kontrollere bruken av det, fortsatt bruk til tross for skadelige konsekvenser og at stoffbruken får prioritet foran andre aktiviteter og forpliktelser. Brukeren får en toleranseutvikling (tilvenning, behov for økede doser) og noen ganger avvenningssymptomer (abstinenser). Disse symptomene varierer mellom type rusmidler i uttrykk, alvorlighetsgrad og varighet.

⁴³ Samlebetegnelse på skadelig bruk av rusmidler og rusmiddelavhengighet.

Figur 30: Narkotikautløste dødsfall i Norge. I antall. 1982-2020



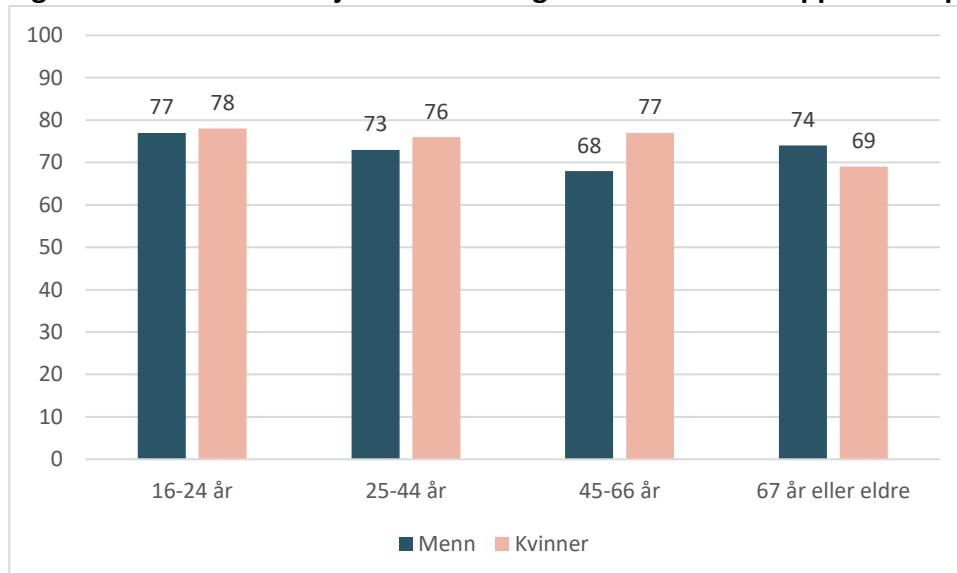
Kilde: FHI, Rusmidler i Norge 2016, Narkotikautløste dødsfall 2020

6.3 Mosjon, overvekt og kosthold

6.3.1 Kvinner opp til 66 år mosjonerer mer enn menn

Andelen som trener mer enn én gang i uka er større blant kvinner enn menn i hele befolkningen, 75 % mot 72 %.

Figur 31: Andel som mosjonerer ukentlig eller oftere. Selvrapportert. I prosent. 2019



Kilde: SSB, Helseundersøkelsen, tabell 06181

Nesten 8 av 10 kvinner i alderen 16 til 24 år oppgir å mosjonere ukentlig eller oftere, men kjønnsforskjellene er størst i aldersgruppen 45-66 år (SSB, 2019a). Det er en større andel som mosjonerer enn de som ikke mosjonerer i alle aldersgrupper, blant både kvinner og menn. Flere

menn enn kvinner sier at de aldri mosjonerer, men forskjellen er liten, 14 % mot 13 %. Flere kvinner enn menn driver fysisk aktivitet som tilsvarer myndighetenes anbefaling om fysisk aktivitet i minst 150 minutter pr. uke (Nystad, 2021).

6.3.2 Kvinner med innvandrerbakgrunn trener mindre enn mennene

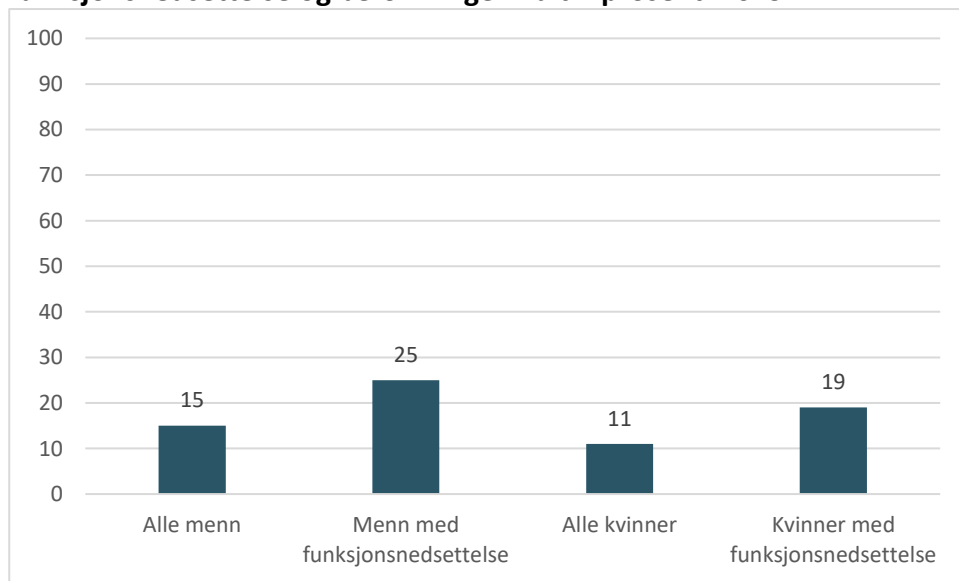
En stadig større andel av innvandrerbefolkningen trener, og det er mennene som trener oftest. 53 % blant kvinner og 61 % blant menn i innvandrerbefolkningen trener oftere enn én gang i uka. Hyppigheten av trening varierer etter opprinnelsesland. For eksempel er andelen som trener mer enn én gang i uka større blant kvinner (60 %) enn menn (53 %) med Tyrkia som opprinnelsesland, mens blant innvandrere fra Afghanistan er andelen 68 % for menn og 52 % for kvinner. Blant kvinner fra Pakistan rapporterer 1 av 3 at de aldri trener (Vrålstad og Wiggen, 2017).

Det er større kjønnsforskjeller i treningsvanene til norskfødte med innvandrerforeldre enn til befolkningen generelt, og menn oppgir oftere å være fysisk aktive enn kvinner, 79 % av mennene og 59 % av kvinnene. Den totale andelen norskfødte med innvandrerforeldre som trener minst én gang i uka er på nivå med befolkningen totalt, hvor 73 % av kvinnene og 71 % av mennene oppgir å trene minst ukentlig (Dalgard, 2018).

6.3.3 Kvinner med funksjonsnedsettelse er mer fysisk aktive

Det er en klar forskjell i andelen som er inaktive blant personer med funksjonsnedsettelse og i befolkningen totalt. 19 % av kvinner med funksjonsnedsettelse oppgir å være inaktive mot 25 % av mennene med funksjonsnedsettelse, og kun 11 % blant kvinner og 15 % blant menn i befolkningen totalt.

Figur 32: Andel som rapporterer å være fysisk inaktive, blant personer med funksjonsnedsettelse og befolkningen i alt. I prosent. 2019

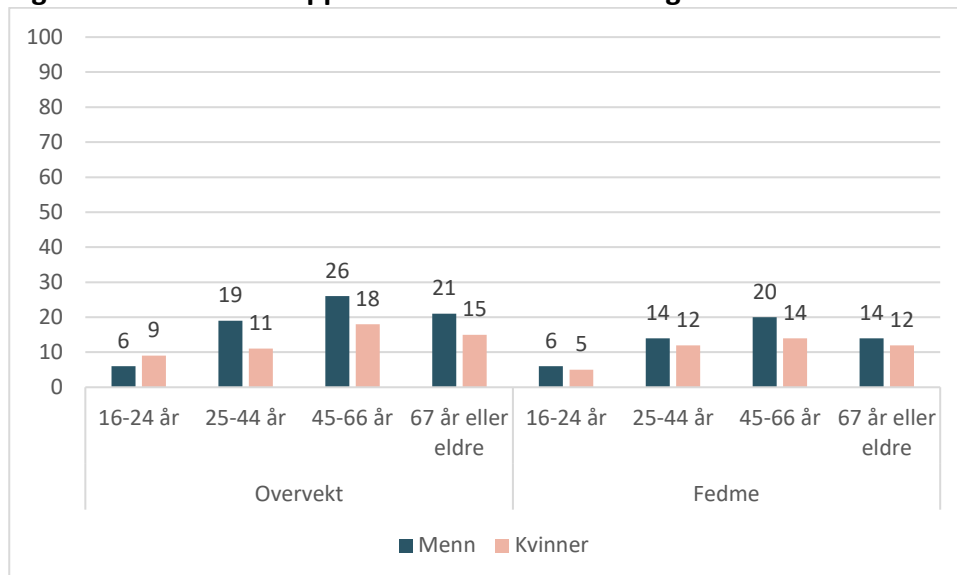


Kilde: SSB, Helseundersøkelsen, spesialbestilte tall

6.3.4 Fedme og overvekt forekommer hyppigst blant menn

Flere menn enn kvinner er overvektige⁴⁴, henholdsvis 20 % mot 14 %. Forskjellene mellom kvinner og menn er noe mindre når det gjelder fedme⁴⁵, men også her er andelen større blant menn, henholdsvis 15 % mot 12 % blant kvinnene. Andelen overvektige og med fedme er størst blant menn mellom 45 og 66 år.

Figur 33: Andel som rapporterer å være overvektige eller lide av fedme. I prosent. 2019



Kilde: SSB, Helseundersøkelsen, tabell 06181. Overvektig KMI 27-30, fedme KMI >=30

6.3.5 Flest undervektige blant innvandrerkvinner

Overvekt og fedme er noe mer utbredt blant innvandrerkvinner enn kvinner i hele befolkningen. Blant innvandrerkvinner rapporterer 31 % at de er overvektige og 13 % at de har fedme, mot henholdsvis 12 % med fedme og 27 % overvektige blant kvinner i befolkningen ellers i denne undersøkelsen (Kjøllestad m.fl., 2019). Andelen med overvekt og fedme er dog generelt større blant innvandrede menn enn innvandrede kvinner, henholdsvis 15 % av innvandrer mennene har fedme og 45 % er overvektige, men det er store variasjoner mellom opprinnelseslandene (Vrålstad og Wiggen, 2017; Kjøllestad m.fl. 2019).

Når det kommer til norskfødte med innvandrerforeldre er andelen med overvekt og fedme mindre i denne gruppen enn i den jevnaldrende befolkningen, både blant kvinner og menn (Dalgard, 2018). Henholdsvis 16 % og 3 % blant kvinnene i denne gruppen rapporterer om overvekt og fedme. Blant mennene er det 31 % som rapporterer om overvekt og 8 % som oppgir å ha fedme (ibid).

⁴⁴ Overvekt beregnes gjennom kroppsmassendeks (KMI), selvrapportert vekt i kg. dividert på kvadratet av høyde i meter. For voksne mennesker er overvekt beregnet som en KMI mellom 27 og 30.

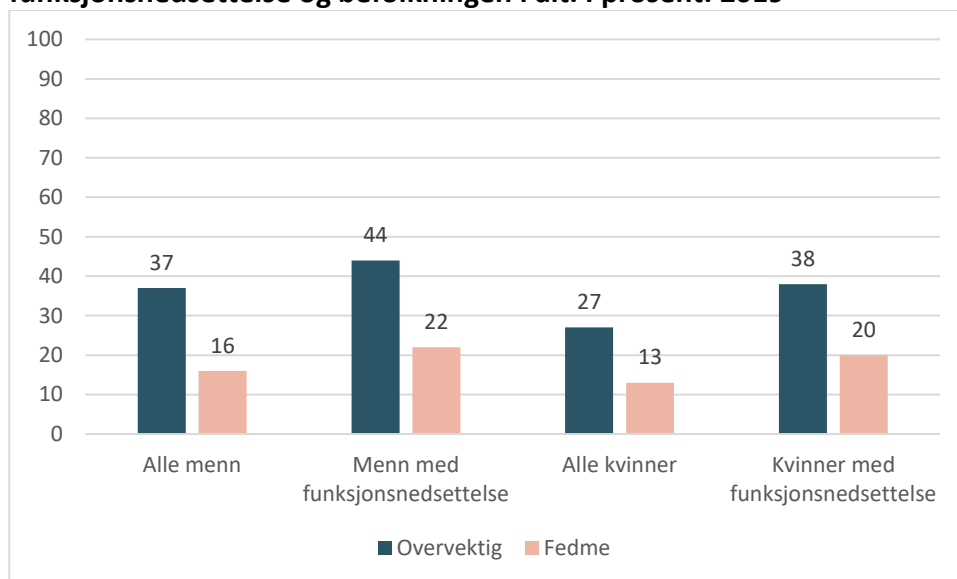
⁴⁵ Fedme beregnes ut fra kroppsmassendeks (KMI), som er selvrapportert vekt i kg. dividert med kvadratet av høyde i meter. Fedme tilsvarer en KMI på 30 eller mer hos voksne. Fedme hos voksne øker risikoen for en rekke sykdommer, som type 2 diabetes, hjerte-karsykdommer, visse krefttyper, slitasjegikt og psykiske plager og lidelser.

Mens andelen som oppgir å være undervektig blant kvinner i hele befolkningen er 3 %, er andelen 6 % blant innvandrerkvinner og 5 % blant norskfødte kvinner med innvandrerforeldre. Andelen undervektige blant menn er svært lav for alle opprinnelsesland, inkludert Norge (Vrålstad og Wiggen, 2017; Dalgard, 2018).

6.3.6 Overvekt og fedme blant personer med funksjonsnedsettelse

Kjønnsfordelingen blant personer med funksjonsnedsettelse følger mønsteret blant befolkningen totalt, hvor flere menn enn kvinner har overvekt og fedme.

Figur 34: Andel som rapporterer å være overvektige eller lide av fedme, blant personer med funksjonsnedsettelse og befolkningen i alt. I prosent. 2019



Kilde: SSB, Helseundersøkelsen, tabell 06181. Overvektig KMI 27-30, fedme KMI ≥ 30

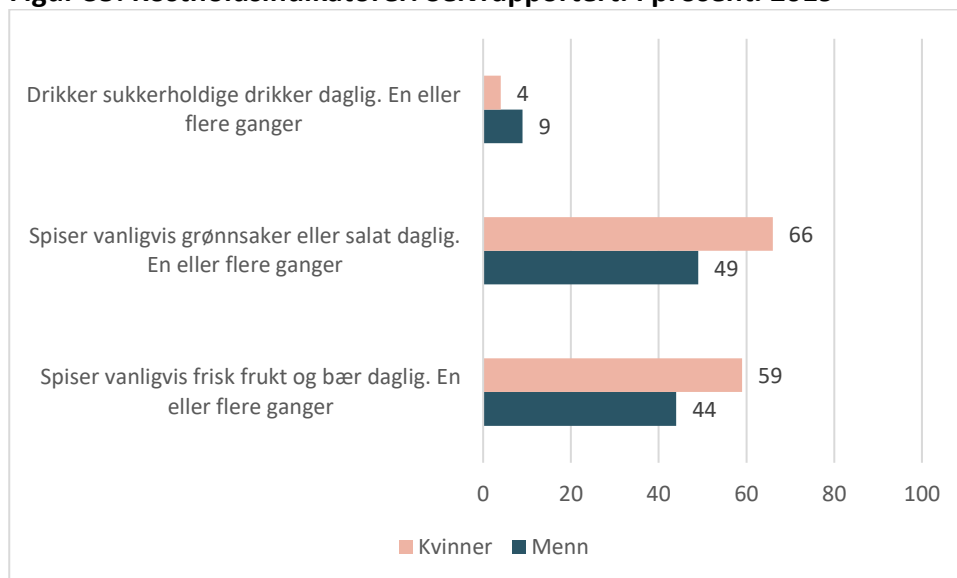
38 % av kvinner med funksjonsnedsettelse er overvektige og 20 % har fedme, mot henholdsvis 27 % og 13 % av kvinner i befolkningen totalt.

6.3.7 Kvinner er mer opptatt av sunt kosthold enn menn

En større andel kvinner enn menn spiser grønnsaker daglig. Andelen stiger med alder for begge kjønn (SSB, 2019a). Hver tiende mann og hver tyvende kvinne inntar daglig sukkerholdig drikke.

Undersøkelsen Norsk Spisefakta 2014 viser at hver tredje mann og nesten annenhver kvinne motiveres av at kostholdet kan forebygge helseplager og gi et fysisk og mentalt overskudd (Bugge, 2015). I en analyse basert på flere forbrukerundersøkelser og -studier viser Bugge at 68 % av norske kvinner og 50 % av norske menn er interessert i å spise sunt. Videre svarer flere kvinner enn menn at de er bekymret for hvor sunt de faktisk spiser. Yngre menn er gruppen som bekymrer seg minst for hvor sunt kostholdet deres er (ibid).

Figur 35: Kostholdsindikatorer. Selvrapportert. I prosent. 2019



Kilde: SSB, Helseundersøkelsen, tabell 06181

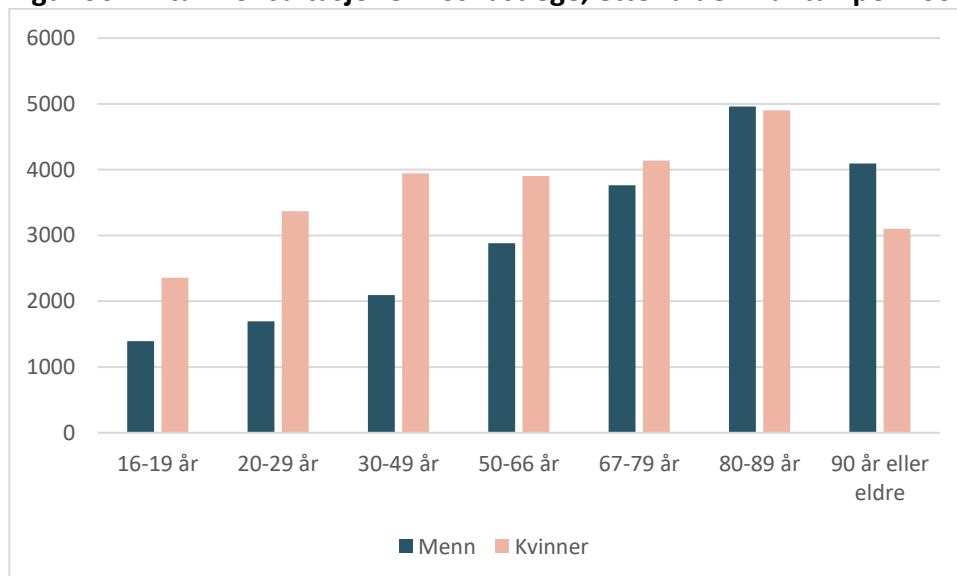
7. Bruk av helsetjenester i et kjønnsperspektiv

7.1 Bruk av primærhelsetjenester

7.1.1 Kvinner går mest til legen

Totalt sett oppsøker kvinner fastlegen oftere enn menn. Kvinner har hyppigere besøk hos fastlegen i aldersgruppene opp til 79 år, men kjønnsforskjellen blir mindre med økende alder. I aldersgruppene fra 80 år og eldre, går menn hyppigere til fastlegen enn det kvinner gjør.

Figur 36: Antall konsultasjoner hos fastlege, etter alder. I antall per 1000. 2020



Kilde: SSB, Allmennlegetjenesten, tabell 10141

I gjennomsnitt konsulterer kvinner fastlegen om lag 3 ganger per år, mens menn oppsøker fastlegen om lag 2 ganger i løpet av året (SSB, 2021a). Noe av forskjellen kan tilskrives kvinners legebesøk ved svangerskap og oppfølging av sin reproduktive helse. I tillegg har kvinner en generell tilbøyelighet til å følge opp sin helse mer aktivt enn menn, for eksempel gjennom flere legekonsultasjoner (SSB, 2021a).

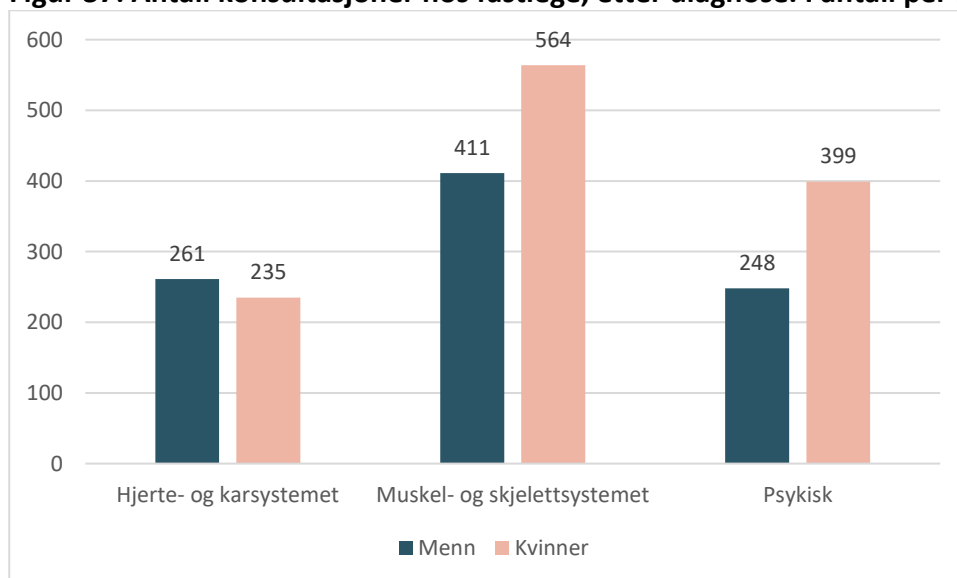
7.1.2 Innvandrerkvinner går mer til legen enn innvandrer menn

Levekårsundersøkelsen blant innvandrere fra 2016 viser at andelen som har konsultert fastlege eller allmennlege det siste året er større blant innvandrere (76 %) enn i hele befolkningen (70 %) (Vrålstad og Wiggen, 2017). Blant innvandrere har kvinner hyppigere kontakt med helsetjenestene enn menn. Andelen som går til tannlege er mindre blant kvinner enn menn i innvandrerbefolkningen, men større for legebesøk.

7.1.3 Kvinners legebesøk for psykiske lidelser øker mest

Pr. 1 000 mennesker i befolkningen var det psykisk sykdom eller lidelse som forårsaket flest konsultasjoner⁴⁶ i primærhelsetjenesten⁴⁷ i 2020 (sett bort fra *andre diagnoser*), og kvinner hadde nærmere 60 % flere konsultasjoner pr. 1 000 personer i befolkningen knyttet til psykisk sykdom eller lidelse enn menn (SSB, 2021a).

Figur 37: Antall konsultasjoner hos fastlege, etter diagnose. I antall per 1000. 2020



Kilde: SSB, Allmennlegetjenesten, tabell 10141

⁴⁶ En konsultasjon forutsetter en direkte kontakt mellom lege og pasient, og at legen foretar en utredning av pasienten. En bruker kan stå for flere konsultasjoner, som alle telles.

⁴⁷ Primærhelsetjenesten brukes ofte synonymt med kommunehelsetjenesten, og omfatter blant annet fastlegeordningen, offentlig tannhelsetjeneste (fylkeskommunen) og offentlig fysioterapitjeneste.

Kvinner i alderen 16 til 29 år utgjorde 12 % av brukerne⁴⁸ av primærhelsetjenesten for psykiske lidelser i 2020. Jevnaldrende menn utgjorde 8 %. I perioden 2012 til 2020 har andelen brukere av primærhelsetjenesten for psykiske lidelser i denne aldersgruppen økt med 48 % for kvinnene og 44 % for mennene (ibid).

7.1.4 Kvinner med muskel-skjelettlidelser er fastlegenes største pasientgruppe

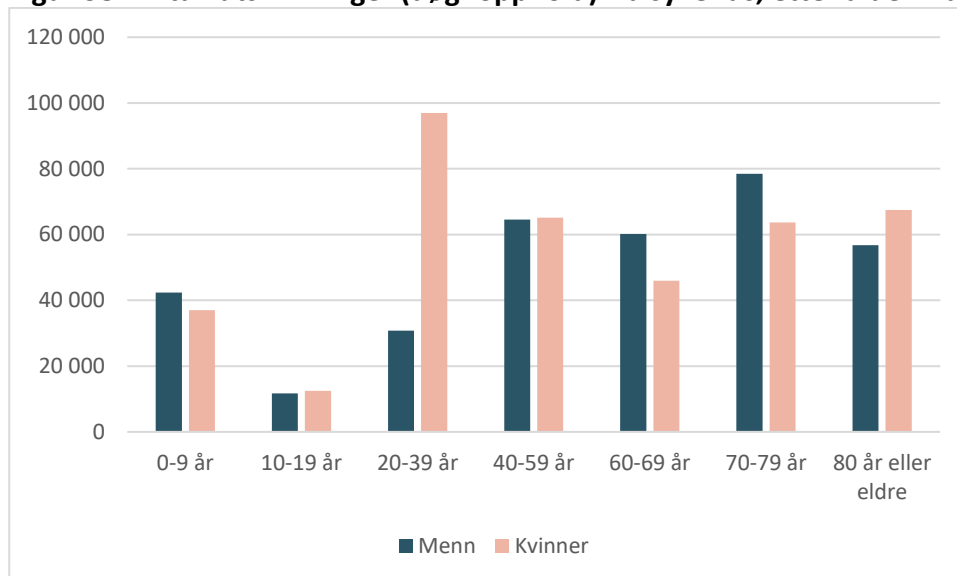
Pr. 1 000 kvinner i befolkningen var det 564 fastlegekonsultasjoner grunnet plager i muskel- og skjelettsystemet i 2020 (SSB, 2021a). For menn var tilsvarende antall 411. Kvinner med muskel-skjelettlidelser er den største pasientgruppen, og utgjør 10 % av alle primærhelsetjenestens brukere. Menn med slike lidelser utgjør 7 % av alle brukere.

7.2 Bruk av spesialisthelsetjenester

7.2.1 Samlet sett flest kvinner på sykehus

Kvinner hadde flere døgnopphold enn menn på somatiske sykehus i 2020, men antall og andel varierer mellom de ulike aldersgruppene. Den største gruppen er kvinner i alderen 20 til 39 år. Menn utgjør en større andel enn kvinner blant de yngste og blant pasientene mellom 60 og 80 år. Unge mellom 10 og 19 år utgjorde den minste pasientgruppen på somatiske sykehus i 2020.

Figur 38: Antall utskrivninger (døgnopphold) fra sykehus, etter alder. I antall. 2020



Kilde: SSB, Pasienter på sykehus, tabell 10261

Aldersgruppene sett under ett er det flere kvinner enn menn som får behandling på sykehus, med ca. 54 % av pasientene uavhengig av type behandling (SSB, 2021c). Kvinner er i flertall også når en

⁴⁸ Her telles hver person som har vært i kontakt med primærhelsetjenesten kun 1 gang per kalenderår med samme sykdom/ lidelse.

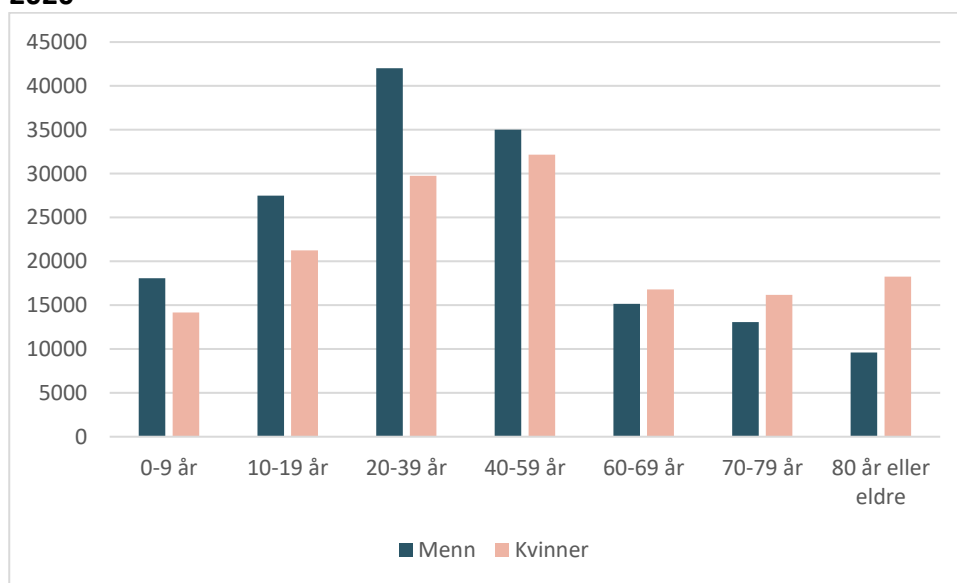
ser bort fra svangerskap og fødsler (ibid). Samtidig har menn flere liggedager på somatiske sykehus enn kvinner i alderen 40 til 80 år (ibid).

7.2.2 Menn innlagt for skader og forgiftninger er den største pasientgruppen

Menn utgjorde 52 % av alle pasienter som var innlagt for skader, forgiftninger og andre konsekvenser av ytre årsaker i 2020. De var i flertall opp til fylte 60 år, mens kvinner var i flertall i de eldre aldersgruppene. Denne pasientgruppen utgjorde den nest største gruppen på somatiske sykehus i 2020 (SSB, 2021c).

Den hyppigste årsaken til at menn kommer på sykehus, er skader og forgiftninger. Fra rundt 60 år avtar skadepasienttallet kraftig blant både menn og kvinner, bortsett fra blant de eldste kvinnene. For disse kvinnene øker skaderelaterte diagnoser, særlig hoftebrudd etter fylte 80 år, som regel forårsaket av fall (SSB, 2021c).

Figur 39: Antall innlagte som følge av skader og forgiftninger på sykehus, etter alder. I antall. 2020



Kilde: SSB, Pasienter på sykehus, tabell 10261

7.2.3 Menn har større sannsynlighet for behandling for psykiske lidelser

Forskning finner at menn har større sannsynlighet for å få behandling i psykiatrisk helsetjeneste, sammenlignet med kvinner (Tveit m.fl., 2021). Dette er til tross for at menn i mindre grad viser alvorlige psykiske symptomer.

7.3 Kjønnforskjeller i utskrivning av legemidler

I 2020 fikk 70 % av den norske befolkningen utlevert minst ett legemiddel på resept (FHI, 2021a). Blant kvinner i Norge fikk 77 % utlevert minst ett legemiddel og 63 % av menn (ibid). I aldersgruppene 15-29 år fikk mellom 72 og 85 % av kvinnene utlevert legemiddel etter resept,

men dersom man ekskluderer kvinner som kun fikk utlevert hormonelle prevensjonsmidler var andelen mellom 60 og 71 % (ibid).

7.3.1 Flere kvinner får antidepressiva

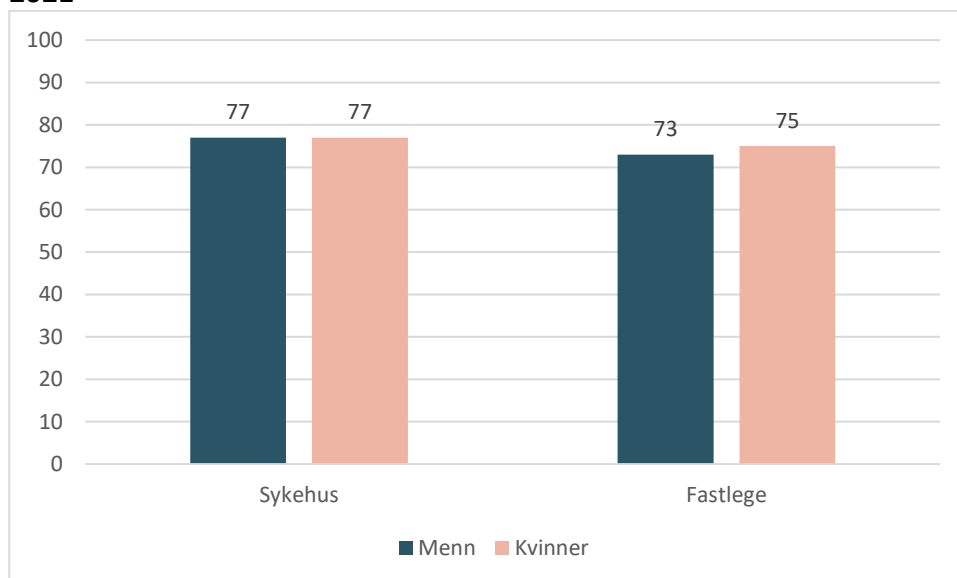
Legemidler er viktig i behandlingen av psykiske lidelser, spesielt ved alvorlige tilstander (Tesli m. fl., 2021). En høyere andel kvinner enn menn behandles med antidepressiva for angst og depresjon. I 2020 fikk 5,9 % og 1,9 % av kvinnene antidepressiva for behandling av henholdsvis depresjon og angst, mot 3,4 % og 1,0 % av menn (ibid). Det har vært en økning blant både menn og kvinner mellom 18 og 39 år og en nedgang blant de over 40 år (ibid).

7.4 Tilfredshet med helsetjenestene

7.4.1 Kvinner er litt mer fornøyd enn menn

Kvinner og menn er stort sett godt fornøyd med fastlegeordningen og sykehustjenestene og føler seg trygge på at de får den hjelpen de trenger i de offentlige helsetjenestene⁴⁹. Kvinner er noe mer fornøyd med fastlegjetjenesten enn menn (DFØ, 2021).

Figur 40: Fornøydhet med helsetjenester. Gjennomsnitt på en skala fra 0-100 poeng. I prosent. 2021



Kilde: DFØs Innbyggerundersøkelse 2021

Ifølge Dyrstad (2015) er det liten forskjell på hvordan menn og kvinner vurderer helsetjenestene, men det er en tendens til at kvinner er mer fornøyd enn menn. Kvinner har også større tiltro til at de får riktig behandling (ibid). Både blant menn og blant kvinner er det stor enighet om at nærhet til sykehus og lege, godt utdannet helsepersonell, effektiv behandling og korte ventelister er de viktigste kriteriene for kvalitet i helsetjenesten (Dyrstad, 2015). Kvinner legger i tillegg noe mer

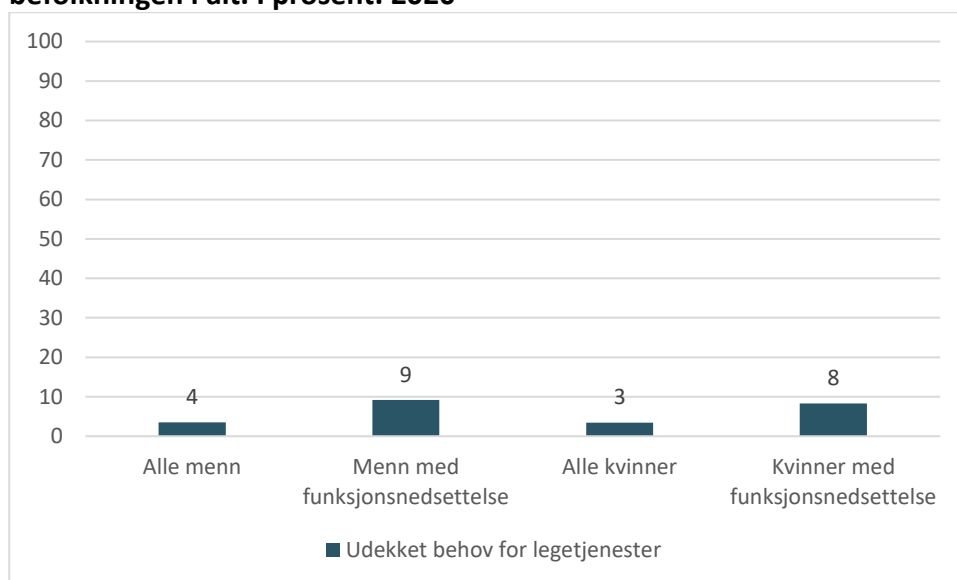
⁴⁹ Med helsetjenester mener her primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

vekt på helsepersonell med god utdanning, respekt for pasientens verdighet og sikre helsetjenester, mens menn i større grad vektlegger behandling som virker, og moderne medisinsk utstyr (ibid).

7.4.2 Udekket behov for legetjenester blant personer med funksjonsnedsettelse

Mange med funksjonsnedsettelse oppgir å ha et udekket behov for legetjenester. De seneste årene har omtrent 10 % med funksjonsnedsettelse oppgitt at behovet for legetjenester ikke er dekket, mens for befolkningen generelt var det 3 %. 8 % blant kvinner med funksjonsnedsettelse oppgir dette, mot 3 % blant kvinner i befolkningen totalt. Blant mennene oppga 4 % i befolkningen totalt og 9 % med funksjonsnedsettelse det samme.

Figur 41: Udekket behov for legetjenester, blant personer med funksjonsnedsettelse og befolkningen i alt. I prosent. 2020



Kilde: SSB, Levekårsundersøkelsen EU-SILC, spesialbestilte tall

En undersøkelse utført av Likestillingssenteret på Hamar viser store skjevheter og et tydelig mønster i hvilke hjelpemidler menn og kvinner får tildelt av hjelpemiddelsentralene. Analysen som tok for seg over 441 500 utlånte og personlig hjelpemidler i 2017 fant at der kvinner i størst grad mottar hjelpemidler knyttet til tilpassing av hjemmet, mottar menn oftest motoriserte og elektroniske hjelpemidler eller hjelpemidler knyttet til fysisk aktivitet. Stereotypier og holdninger til kjønn blant brukerne og hjelpemiddelformidlerne ser ut til å være en del av årsaken, men undersøkelsen viser også en geografisk ulikhet i praksis fordi regelverket tolkes forskjellig (Solberg m.fl., 2019).

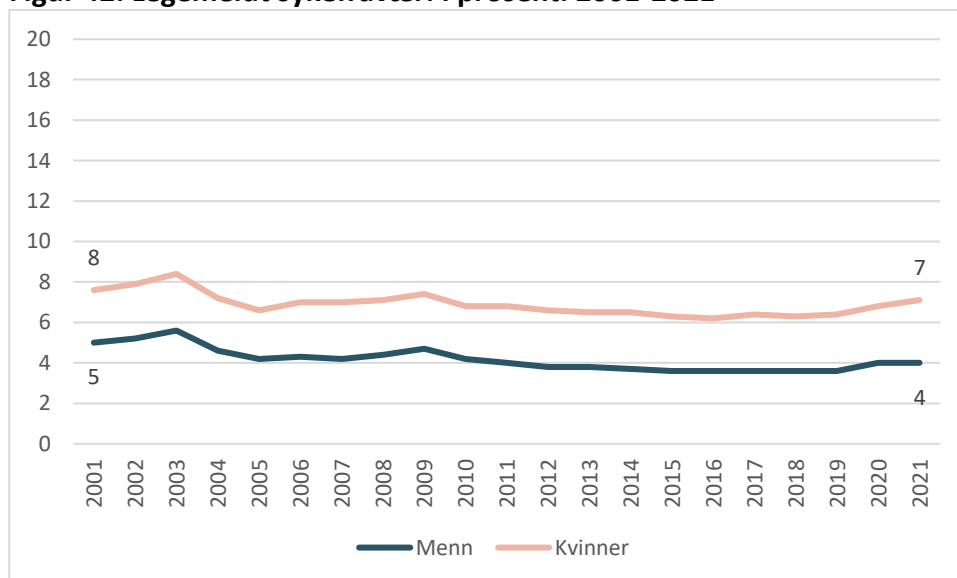
8. Sykefravær og uførhet i et kjønnsperspektiv

8.1 Sykefravær

8.1.1 Høyere sykefravær blant kvinner enn blant menn

I 2021 var andelen med legemeldt sykefravær 7 % blant kvinner og 4 % blant menn. Kvinner har høyere sykefravær enn menn i alle aldersgrupper mellom 16 og 66 år. Sykefraværet har vært høyere blant kvinner enn menn siden 1970-tallet (SSB, 2021e). Situasjonen og utviklingen i Norge er lik den i andre land med høy yrkesdeltakelse blant kvinner (Mastekaasa, 2016).

Figur 42: Legemeldt sykefravær. I prosent. 2001-2021



Kilde: SSB, Sykefravær, tabell 12441

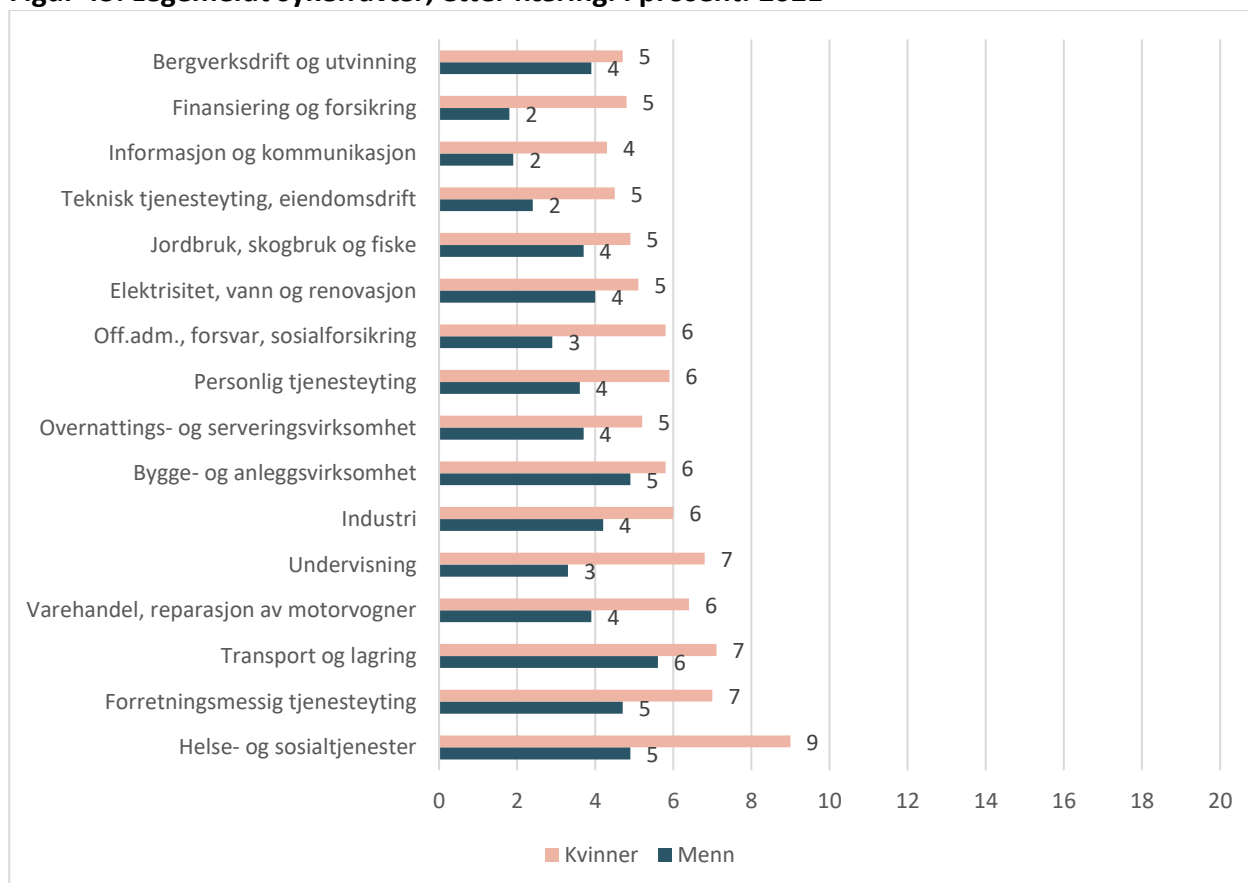
8.1.2 Sykefraværet varierer etter næring og sektor

Statistikken viser at kvinners sykefravær er høyere enn menns innen alle næringer, men det er store variasjoner *mellom* næringene. Se figur på neste side. Innen helse- og sosialtjenester finner vi det høyeste sykefraværet for kvinner, og den største kjønnsforskjellen i sykefravær. I 2021 var sykefraværet blant kvinner på 9 %, mot 5 % blant menn.

En studie utført av Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) viser at risikoen for et legemeldt sykefravær i 21 dager eller mer, var 42 % høyere blant kvinner i helse- og sosialyrker enn blant kvinner i andre yrker (Aagestad m.fl, 2016). Resultatene viste videre at 70 % av den økte risikoen kan forklares av arbeidsmiljøfaktorer, med vold og trusler om vold, emosjonelle krav, og løft i ubekvemme posisjoner som de mest betydningsfulle faktorene (ibid). I studien viste psykososiale faktorer seg å være mer betydningsfulle enn mekaniske faktorer som forklaring på den forhøyede risikoen for sykefraværet i helse og sosialyrker (ibid).

En annen mulig forklaring kan være at kvinner og menn utsettes for forskjellige ytre påvirkninger eller eksponeringer, for eksempel ulik grad av belastning knyttet til arbeids- og familiesituasjon. Samtidig kan det være et resultat av at kvinner og menn reagere ulikt på de påvirkningene de utsettes for (Mastekaasa, 2016).

Figur 43: Legemeldt sykefravær, etter næring. I prosent. 2021



Kilde: SSB, Sykefravær, tabell 12441

8.1.3 Årsakene til kjønnsforskjeller i sykefravær er sammensatte

En analyse av legemeldt sykefravær viser at graviditet kan forklare 20 % av kjønnsforskjellen i sykefravær (Nossen, 2019). PROBA samfunnsanalyse (2015) har i en analyse av internasjonal forskning på sykefravær rapportert at de finner støtte for at graviditetsrelatert sykefravær står for en del av, men ikke hele, forskjellen mellom kvinner og menns sykefravær. I analysen kan heller ikke forskjeller i yrke, arbeidstid og omsorgsansvar i særlig grad forklare kjønnsforskjellene (ibid). Videre framstår sammenhengen mellom fravær og hjemmeboende barn som svak og til dels uklar. Forskerne legger vekt på at arbeidsmiljøet er viktig for nivået på fraværet, men det er likevel ikke entydig hvilke aspekter ved arbeidsmiljøet som er viktigst (ibid).

Studier konkluderer at det neppe finnes grunnlag for å påstå at holdninger, normer og preferanser kan forklare kjønnsforskjellen i sykefravær (Hauge m.fl., 2015; Løset m.fl. 2018). Snarere tvert imot finner man at kjønnsforskjellen er litt større når man ser bort fra holdningene og preferansene knyttet til blant annet jobbopplevelse, motivasjon, trivsel, stress, holdninger til arbeid og sykefravær, risikopreferanser og bekymring (ibid).

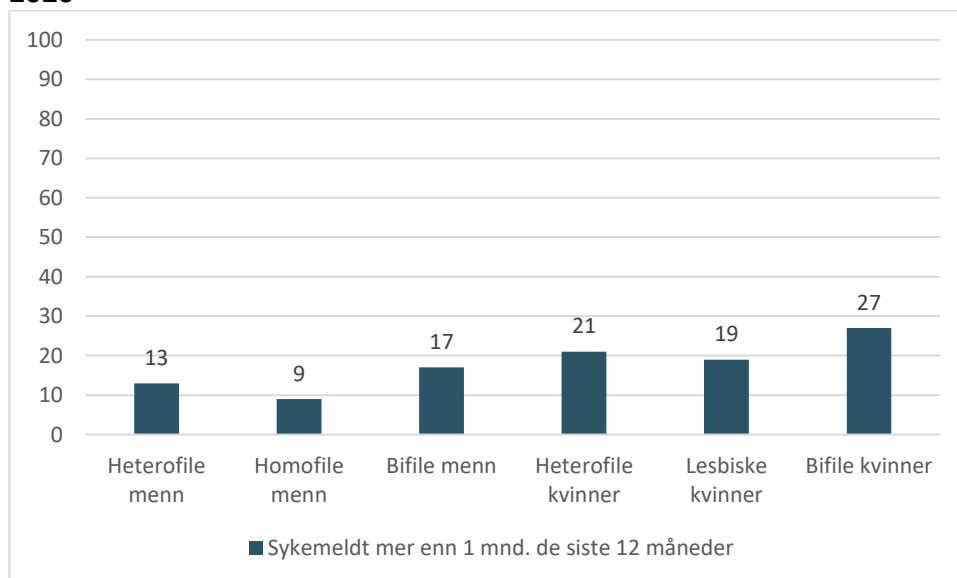
Andre studier viser imidlertid at kvinners sykefravær øker når de får barn, og vi kan anta at det skjer endringer i rolleforventningene til kvinner og menn i slike situasjoner (Mykletun, 2012). Forskning viser videre at forventninger i arbeid- og familieliv (tidsklemma) kan ha sammenheng med sykefraværet og at konflikten mellom yrkesarbeid og hjemmearbeid er mer vanlig for kvinner enn menn, som kan bidra til å forklare noe av kjønnsforskjellen i sykefraværet (Nilsen m.fl., 2017). Også Mastekaasa (2016) hevder at man ikke kan utelukke at arbeidsforhold og dobbeltarbeid kan bidra noe til å forklare kvinners høye sykefravær, men at det er svært usannsynlig at det er hovedforklaringen på kjønnsforskjellene. Mastekaasa (2016) påpeker at kjønnsforskjeller i sykefravær må forstås parallelt med forskjeller i bruk av helsetjenester og legemidler og at disse forskjellene finnes i hele livsløpet, også før etablering av familie.

Forskningen ser på statistikk fra svensk legemiddelregister, som viser at en kjønnsforskjell i utskrivning av legemidler knyttet til de vanligste årsakene for langtids sykefravær allerede oppstår i ung voksen alder og holder seg konstant frem til sekstiårsalderen (Mastekaasa, 2016). Dette gjelder i hovedsak legemidler knyttet til muskel- og skjelettsystemet og nervesystemet. Til sammenligning mottok totalt 21 % av kvinner og 18 % av menn i Norge minst ett reseptbelagt legemiddel for å behandle muskel- og skjelettplager i 2020 (FHI, 2021a). Når det gjelder reseptbelagte legemidler for å behandle nervesystemet mottok 34 % av kvinner og 24 % av menn minst ett legemiddel i denne kategorien i 2020 (ibid).

8.1.4 Flere langtidssykmeldte blant bifile kvinner enn andre kvinner

I en spørreundersøkelse har Anderssen m.fl. (2021) funnet at en større andel bifile kvinner (27 %) i utvalget rapporterte om at de hadde vært langtidssykmeldte, sammenlignet med lesbiske (19 %) og heterofile (21 %) kvinner, men også sammenlignet med mennene i utvalget.

Figur 44: Sykmeldt minst 1 måned de siste 12 månedene, etter seksuell orientering. I prosent. 2020



Kilde: Levekårsundersøkelsen Seksuell orientering, kjønnsmangfold og levekår 2020

De færreste som besvarte levekårsundersøkelsen i 2020 hadde vært langvarig sykmeldt, det vil si over 1 måned de siste 12 månedene. Samtidig skilte også bifile menn og kvinner seg ut her i

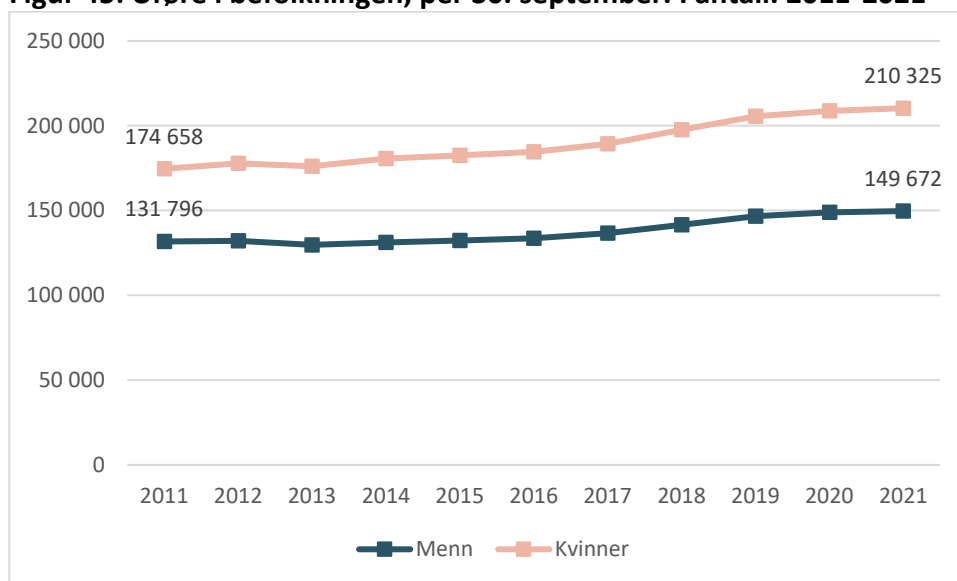
forhold til heterofile, lesbiske og homofile menn og kvinner med større andeler som hadde hatt langvarig sykemelding (ibid).

8.2 Uføre i befolkningen

8.2.1 Flere kvinner enn menn er uføre

Nesten halvparten av de sysselsatte er kvinner (SSB, 2021g). Statistikken viser likevel at flere kvinner enn menn mottar uføretrygd, både i faktisk antall og som andel av befolkningen. Andelen uføre var 12,5 % blant kvinner og 8,5 % blant menn ved utgangen av 2021.

Figur 45: Uføre i befolkningen, per 30. september. I antall. 2011-2021



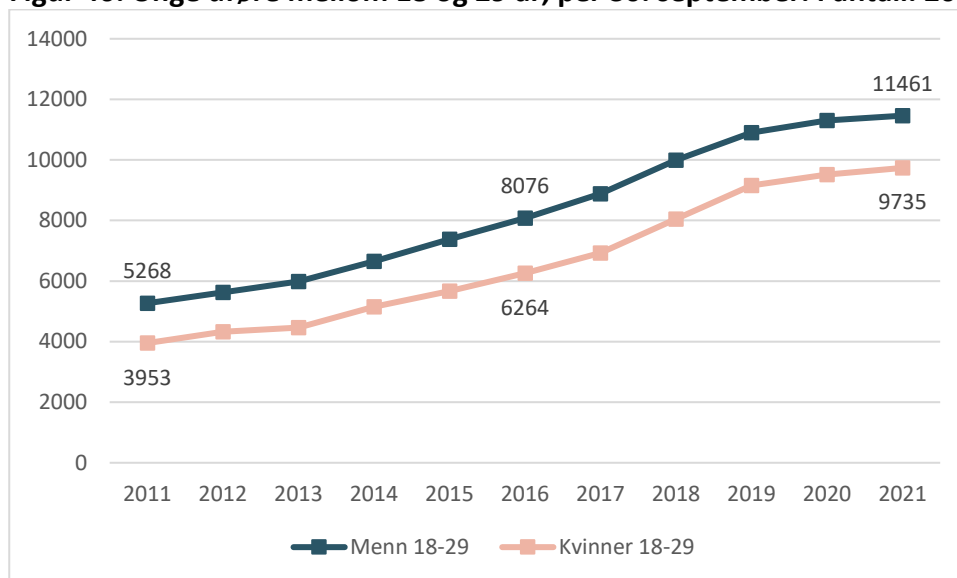
Kilde: NAV statistikk

Andelen uføre øker kraftig etter fylte 50 år. Blant kvinner i aldersgruppen 50-54 år var uføreandelen på slutten av 2021 på 18 %, mens den for 60-64-åringer var på 30,5 %. For menn i de samme aldersgruppene var andelen uføre henholdsvis 10,9 % og 20,9 % (NAV, 2022).

8.2.2 Flere unge menn blir uføre

Fra 2011 til 2021 er antallet i alderen 18-29 år som mottar uføretrygd mer enn doblet for både kvinner og menn. Det har i hele perioden vært flere uføretrygdde menn enn kvinner i denne aldersgruppen og antallet menn har de siste årene økt mest. Aldersgruppen 18-29 år har økt sin relative andel av alle uføre i perioden 2007-2021, fra 3,3 % i 2007 til 7,6 % i 2021 blant menn og fra 1,9 % til 4,6 % blant kvinner. Siden 1980-tallet har tilgangsratene for uføreytelser blitt tredoblet for personer under 25 år (Berg og Thorbjørnrud, 2009).

Figur 46: Unge uføre mellom 18 og 29 år, per 30. september. I antall. 2011-2021



Kilde: NAV statistikk

8.2.3 Psykiske lidelser som årsak til uførhet øker i omfang blant unge menn og kvinner

I 2011 ble muskel- og skjelettlidelser passert av psykiske lidelser som hyppigste årsak til uførhet i Norge, som siden har økt kraftig i andel og antall blant både kvinner og menn (NAV 2022). Blant personer under 40 år var diagnosen psykiske lidelser satt for 64 % av de mannlige uføre og for 54 % av kvinnene. Økningen er aller størst i de yngste gruppene (ibid).

8.2.4 Uførhet går i arv fra far

Forskning finner at når foreldre er uføretrygdet er det økt sannsynlighet for at også barna blir uføretrygdet på et eller annet tidspunkt som voksen (Dahl m.fl., 2014; Bratberg m.fl., 2012 og 2015).

Sammenhengen er størst når det er far som er uføretrygdet, og barn med uføretrygdet far har nesten dobbelt så høy sannsynlighet for selv å bli uføretrygdet før de fyller 20 år enn de som ikke har uføretrygdet far (Dahl m.fl., 2014, og Bratberg m.fl., 2012). Også mors trygdesituasjon spiller en rolle for om barn blir trygdemottaker, men sammenhengen er ikke like sterk (Bratberg m.fl., 2012).

8.3 Kilder

Andersen, E. (2022). Økt fruktbarhet for første gang på 12 år. Hentet 31/3/2022.
Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå

Anderssen, J. (2006). Risiko for sykdom hos menn – kvinners ansvar. *Sosiologisk tidsskrift*. 2006(14), s. 88-107

Anderssen, N. & Malterud, K. (2013). Seksuell orientering og levekår. Bergen: Uni Helse

Anderssen & Malterud (2014). Helse blant lesbiske og bifile kvinner i Norge. Bergen: Uni Helse

Anderssen, N., Eggebø, H., Stubberud, E. & Holmelid, Ø. (2021). Seksuell orientering, kjønnsmangfold og levekår – Resultater fra spørreundersøkelsen 2020. Bergen: Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen

Apotekforeningen (2014). Kvinner mest, menn dyrest? Oversikt over solgte legemidler i apotek. Hentet 28/11/2016. Oslo: Apotekforeningen

Ariansen, I. K. H., Sulo, G., Kvåle, R., Olsen, K. & Selmer, R. M. (2021). Hjerte- og karsykdommer i Norge. i: *Folkehelseserapporten på nett*. Hentet 17/3/2022. Oslo: Folkehelseinstituttet

Barne- og likestillingsdepartementet (BLD). (2017). *Lov om likestilling og forbud mot diskriminering (likestillings- og diskrimineringsloven)* (Prop. 81 L (2016–2017)).

Berg, H. & Thorbjørnrud, T. (2009). Hvorfor blir det flere unge uføre? *Søkelys på arbeidslivet*. 3/2009 årgang 26, 389-399. ISSN 0800-6199. Oslo: Institutt for samfunnsforskning

Borgan, J.K. & Texmon, I. (2016). Levealder i ulike yrker. *Samfunnsspeilet*. 2016(2). Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå

Borgan, J.K. (2016). Store forskjeller i røyking mellom generasjonene. Hentet 30/4/2022. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå

Bratberg, Ø., Nilssen, E.A. & Vaage, K. (2012). Is Reciprocity of Disability Pension Hereditary? *NHH Dept. of Economics*. Discussion Paper 2012(10). Bergen: Norsk Handelshøgskole

Bratberg, Ø., Nilssen, E.A. & Vaage, K. (2015). Assessing the Intergenerational Correlation in Disability Pension Reciprocity. *Oxford Economic Papers*. 67(2), s. 205-226

Bredal, A. (2020). Minoritetsnorske og majoritetsnorske kvinners erfaring med partnervold. I: Bredal, A., Eggebø H. & Eriksen, A. (Red.). *Vold i nære relasjoner i et mangfoldig Norge*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Broderstad, A.R., Eliassen, B.M., & Melhus, M., (2011). Prevalence of self-reported suicidal thoughts in SLiCA. The survey of living conditions in the Arctic (SLiCA). *Global Health Action* 2011, 4.

Bugge, A.B. (2015). Mat, måltid og moral - hvordan spise rett og riktig. Fagrapport 2015(3). Oslo: SIFO

Bufdir. (2020a). Lhbtqi-ordlista. Hentet 17/3/2022

Bufdir (2020b). Psykisk vold. Hentet 26/4/2022

Bufdir (2021). Om beboerne. I: *Statistikk om krisesentertilbudet i norske kommuner*. Hentet 26/4/2022

Bye, E. K. og Moan, I. S. (2020). Alkoholbruk blant ungdom. I: *Alkohol i Norge*. Hentet 17/3/2022. Oslo: Folkehelseinstituttet

Bye, E. K. og Rossow, I. M. (2022). Alkoholbruk i den voksne befolkningen. I: *Alkohol i Norge*. Hentet 22/4/2022. Oslo: Folkehelseinstituttet

Böggwald, K.P., Rudberg, I., Tanum, L. & Refsum, H. (2012). Kjønn- og aldersforskjeller ved bruk av psykofarmaka. *Tidsskrift for den norske legeforening*. 132(3), s. 288-91

Bævre, K. (2021). Forventet levealder i Norge. I: *Folkehelseserapporten på nett*. Hentet 16/3/2022. Oslo: Folkehelseinstituttet

Clarsen, B. M., Steingrimsdottir, O.A., Holvik, K. & Ørstavik, R. E. (2022). Muskel- og skjeletthelse i Norge. I: *Folkehelseserapporten på nett*. Hentet 22/4/2022. Oslo: Folkehelseinstituttet

Clayborne, Z. M., Colman, I., Kingsbury, M., Torvik, F. A., Gustavson, K. & Nilsen, W. (2022) Prenatal work stress is associated with prenatal and postnatal depression and anxiety: Findings from the Norwegian Mother, Father and Child Cohort Study (MoBa). *Journal of Affective Disorders*. 298(Pt A):548-554. doi: 10.1016/j.jad.2021.11.024.

Dahl, G., Mogstad, M. & Kostøl, A.R. (2014): Family Welfare Cultures. *Quarterly Journal of Economics*. 129(4), s. 1711-1752

Dahm, K.T., Flodgren, G.M., Straumann, G.H., Dalsbø, T.K., Vist, G.E. (2019). Effekten av å screene alle gravide sammenlignet med å screene gravide med risikofaktorer for å avdekke svangerskapsdiabetes. ISBN elektronisk: 978-82-8406-007-1. Oslo: Folkehelseinstituttet

Dalgard, A. B. (2018). Levekår blant norskfødte med innvandrerforeldre i Norge 2016. SSB-rapport 2018/20. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå

Damgaard, M., Steffensen, T., & Bengtsson, S. (2013). Hverdagsliv og levevilkår for mennesker med funktionsnedsættelse. SFI Rapport, 2013. København: Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

DFØ (2021). Innbyggerundersøkelsen 2021 – hva mener brukerne? Oslo: Direktoratet for forvaltning og økonomistyring

Duckert, F., Lossius, K., Ravndal, E. & Sandvik, B. (2008). *Kvinner og alkohol*. Oslo: Universitetsforlaget

Dyrstad, K. (2015). *Befolkningens vurdering av egen helse, helsetilbudet og prioriteringer i helsevesenet i helsebarometeret 2015*. Oslo/Trondheim: LHL/SINTEF

Eberhard-Gran, M., Slinning, K. & Rognerud, M. (2014). Screening for barseldepresjon – en kunnskapsoppsummering. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*. 134: 297-301. doi: 10.4045/tidsskr.13.0068

Elgvin, O., Bue, K. og Grønningsæter, A. B. (2013). *Åpne rom, lukkede rom: LHBT i etniske minoritetsgrupper*. Fafo-rapport 2013:36. Oslo: Fafo

Elstad, J.I. (2010). Helse. I: Frønes, I. og Kjølstad, L. (red.). *Det norske samfunn*, 6.utgave. Oslo: Gyldendal akademisk

Eriksen, A.M.A., Melhus, M., Jacobsen, B.K., Schei, B., Broderstad, A-R. (2021). Intimate partner violence and its association with mental health problems: The importance of childhood violence – The SAMINOR 2 Questionnaire Survey. *Scandinavian Journal of Public Health*. Juli 2021. doi:10.1177/14034948211024481

Eriksen, A.M.A.E., Melhus, M. (2022). Partnervold og psykiske plager – tidligere voldsutsatthet har betydning. I: Eriksen, A.M.A.E., Siri, S.R.A., Melhus, M., Thomassen, E.A. *Guktie mijjine? Gåktu viedjep? Movt mii veadjit? Hvordan har vi det?*. Tromsø: Senter for samisk helseforskning, UiT

Espnes, G.A., Nguyen, C. & Byrne, D. (2016). Gender Differences in Psychological Risk Factors for Development of Heart Disease. I: Alvarenga M., Byrne D. (eds) *Handbook of Psychocardiology*. Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-287-206-7_32

Eurostat (2021). *Healthy Life Years and Life Expectancy*. Hentet 16/3/2022. Luxembourg: Eurostat

Eurostat (2022). *Mortality and life expectancy statistics*. Hentet 21/4/2022. Luxembourg: Eurostat

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P. og Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*. May;14(4):245-58. doi: 10.1016/s0749-3797(98)00017-8.

FHI (2014a). *Psykososiale og psykologiske tiltak for forebygging av fødselsdepresjon*. Hentet 30/3/2022. Oslo: Folkehelseinstituttet

FHI (2014b). *Rusmidler i Norge 2014*. Hentet 22/4/2022. Oslo: SIRUS

FHI (2016). *Sykdomsbyrden i Norge 1990-2013*. FHI-rapport 2016(1). Oslo: Folkehelseinstituttet

FHI (2017). *Om klamydia*. Hentet 1/4/2022. Oslo: Folkehelseinstituttet

FHI (2018a). Om gonoré. Hentet 1/4/2022. Oslo: Folkehelseinstituttet

FHI (2018b). Om syfilis. Hentet 1/4/2022. Oslo: Folkehelseinstituttet

FHI (2018c). Folkehelserapporten på nett. Hentet 21/4/2022. Oslo: Folkehelseinstituttet

FHI (2018d). Psykisk helse i Norge. FHI-rapport 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet

FHI (2019a). Faktaark om livskvalitet og trivsel hos barn og unge. Hentet 16/3/2022. Oslo: Folkehelseinstituttet

FHI (2019b). Om hiv og aids. Hentet 1/4/2022. Oslo: Folkehelseinstituttet

FHI (2021a). Legemiddelstatistikk 2021. Legemiddelforbruket i Norge 2016–2020 – Data fra Grossistbasert legemiddelstatistikk og Reseptregisteret. FHI-rapport. Oslo: Folkehelseinstituttet

FHI (2021b). Dødsårsaksregistret - Tall fra Dødsårsaksregisteret for 2020. Hentet 18/3/2022. Oslo: Folkehelseinstituttet

FHI (2022a). Kreft i Norge. I: *Folkehelserapporten på nett*. Hentet 18/3/2022. Oslo: Folkehelseinstituttet

FHI (2022b). Norgeshelsa statistikkbank. Hentet 16/3/2022. Oslo: Folkehelseinstituttet

FHI (2022c). Dødsårsaksregistret. Hentet 21/4/2022. Oslo: Folkehelseinstituttet

FHI (2022d). Mindre hiv, gonoré og syfilis under pandemien. Hentet 1/4/2022. Oslo: Folkehelseinstituttet

FHI (2022e). Klamydia. Hentet 1/4/2022. Oslo: Helsenorge.no

Flenady, V., Koopmans, L., Middleton, P., Frøen, J. F., Smith, G. C., Gibbons, K., Coory, M., Gordon, A., Ellwood, D., McIntyre, H. D., Fretts, R. & Ezzati, M. (2011). Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 377(9774):1331-40. doi: 10.1016/S0140-6736(10)62233-7.

Gerdtts, E., Kringeland, E. og Midtbø, H. (2022). Hjertesykdom er vanlig – også hos kvinner. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2022:5. doi: 10.4045/tidsskr.22.0176

Gjersing, L. (2021). Narkotikautløste dødsfall 2020. I: *Narkotika i Norge*. Hentet 17/3/2022. Oslo: Folkehelseinstituttet

Gjersing, L. (2018). Alkoholutløste dødsfall i Norge i 2016. Hentet 21/4/2022. Oslo: Folkehelseinstituttet

Grønningsæter, A. B., og Nuland, B. R. (2009). Lesbians and Gays in Sápmi. A narrative approach to explore living conditions. Fafo-rapport 2009:26. Oslo: Fafo

Gundersen, T. og Vislie, C. (2019). Voldsutsatte med funksjonsnedsettelse – individuelle og strukturelle barrierer mot å søke hjelp. I: Skjørten, K., Bakketeig, E., Bjørnholt, M. og Mossige, S. (Red.), *Vold i nære relasjoner. Forståelser, konsekvenser og tiltak* (s. 159-176). Oslo: Universitetsforlaget

Grøvdal, Y. (2013). Mellom frihet og beskyttelse. Vold og seksuelle overgrep mot mennesker med psykisk utviklingshemming – en kunnskapsoversikt. NKVTS Rapport nr. 2, 2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Hafstad, G. S., & Augusti, E. M. (Red.) (2019). Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år. Rapport 4/2019. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Haga, S. M., Ulleberg, P., Slinning, K., Kraft, P., Steen, T. B. & Staff, A. (2012). A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support. *Arch Womens Ment Health*. 15(3), 175–84. doi: 10.1007/s00737-012-0274-2

Handal, M., Sakshaug, S., Hjellvik, V., Berg, C. & Skurtvet, S. (2015). Kjønnforskjeller i bruk av vanedannende legemidler i Norge. *Norsk farmaceutisk tidsskrift*, 2015(4)

Hansen, K.L. (2015). Ethnic discrimination and health: the relationship between experienced ethnic discrimination and multiple health domains in Norway's rural Sami population. *International Journal of Circumpolar Health*, 74.

Hansen, K.L., & S. W. Skaar (2021). Unge samers psykiske helse. En kvalitativ studie av unge samers psykososiale helse. Tromsø: UiT Norges arktiske universitet

Hansen, T. & Slagsvold, B. (2009). Alder og livskvalitet: Er eldre tilfreds med eget liv eller er det bare noe de tror? *Samfunnsspeilet*. 2009(1). Hentet 30/4/2022. Oslo: Statistisk sentralbyrå

Hartz, I., Skurtvet, S., Steffenak, A.K.M., Karlstad, Ø. & Handal, M. (2016). Psychotropic Drug Use among 0–17 Year Olds during 2004–2014: A Nationwide Prescription Database Study. *BMC Psychiatry*. 16(12)

Hauge, K., Markussen, S., Raaum, O. & Ulvestad, M. (2016). Kan kjønnforskjellen i sykefravær forklares av holdninger, normer og preferanser? 2016(1). Oslo: Frischsenteret

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) (2015). Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter, Meld.St.19 (2014-15). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) (2017). Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Helsedirektoratet (2017). Om selvmordsforsøk. I: *Selvskading og selvmord – veiledende materiell for kommunene om forebygging*. Hentet 22/4/2022. Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2021). Seksuell helse. I: *Sektorrapport om folkehelse 2021*. Hentet 30/3/2022. Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2022). Screeningprogram for kreft. Hentet 14/03/2022. Oslo: Helsedirektoratet

Helsenorge (uå). Svangerskap – plager og komplikasjoner. Hentet 25/4/2022. Oslo: Norsk helsenett

Hjemdal, O. K., Sogn, H. og Schau, L. (2012). Vold, negative livshendelser og helse. En gjennomgang av data fra to regionale helseundersøkelser. Rapport 1:2012. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Jacobsen, A.F., Skjeldestad, F.E. og Sandset, P.M. (2008). Incidence and risk patterns of venous thromboembolism in pregnancy and puerperium--a register-based case-control study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. Feb;198(2):233.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2007.08.041.

Jortveit, J., Govatsmark, R. E. S., Langørgen, J., Hole, T., Mannsverk, J., Olsen, S., Risøe, C., & Halvorsen, S. (2016). Gender differences in the assessment and treatment of myocardial infarction. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 136(14-15): 1215–1222. doi: 10.4045/tidsskr.16.0224

Kirsebom, B. M., Vatnar, S. K., & Bjørkly, S. (2014). Partnervoldserfaringer. Helseplager, skyld, skam og ansvarsattribuering. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(11), s. 951-959

Kittelsaa, A., Kristensen, G. K. & Wik, S. E. (2017). Kjønn i forskning om funksjonshemming: En litteraturstudie. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning.

Kjøllesdal, M., Straiton, M.L., Øien-Ødegaard, C., Aambø, A., Holmboe, O., Johansen, R., Grewal, N.K. & Indseth, T. (2019). Helse blant innvandrere i Norge. Levekårsundersøkelse blant innvandrere 2016. Oslo: Folkehelseinstituttet

Korsvik, T. R. (2020). Kjønn og kvinnehelse i helseprofesjonsutdanninger – En kartlegging av læringsmål om kjønn og kvinnehelse i utdanningene medisin, sykepleie, psykologi, vernepleie og fysioterapier. Oslo: Kilden kjønnsforskning.no

Korsvik, T. R. & Rustad, L. M. (2018). Hva er kjønnsperspektiver i forskning? Eksempler fra tverrfaglige forskningsområder. Oslo: Kilden kjønnsforskning.no

Kreftforeningen (2022). Brystkreft. Hentet 18/3/2022.

Kreftregisteret (2017). Innvandrerkvinner møter sjeldnere til mammografiscreening. Hentet 30/4/2022. Oslo: Kreftregistret

Kripos (2022). Nasjonal drapsoversikt 2021. Drap i Norge i perioden 2011-2021. Oslo: Kripos

Kvaavik, E., Lund, I., Nygård, M. & Terning Hansen, B. (2016). Lifestyle correlates of female snus use and smoking: a large population-based survey of women in Norway. *Nicotine and Tobacco Research*, 18(4)

Kvaløy, K., Melhus, M., Silviken, A., Brustad, M., Sørli, T., & Broderstad, A.R. (2017). Disordered eating in Sami and non-Sami Norwegian populations: the SAMINOR 2 Clinical Survey. *Public Health Nutrition* 21(6), s. 1094-1105.

Larsen, I. K., Myklebust, T. Å., Babigumira, R., Vinberg, E., Møller, B. & Ursin, G. (2020). Education, income and risk of cancer: results from a Norwegian registry-based study. *Acta Oncol.* 59(11):1300-1307. doi: 10.1080/0284186X.2020.1817548

Likestillings- og diskrimineringsloven. (2017). Lov om likestilling og forbud mot diskriminering (LOV-2017-06-16-51). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51>

Lillegård, M. & Ramm, J. (2010). Forventet antall leveår i god helse (HLY) Effekten av ulike helsedefinisjoner. SSB-notat 2010(32). Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå

Løset, G.K., Dale-Olsen, H., Hellevik, T., Mastekaasa, A., von Soest, T. & Østbakken, K.M. (2018). Gender equality in sickness absence tolerance: Attitudes and norms of sickness absence are not different for men and women. *PLoS ONE*. 13(8): e0200788. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200788>

Macsali, F., Trogstad, L. I. S., Lund, I. O., Meltzer, H. M., Stangenes, K. M., Villanger, G. D., Frøen, J. F., Grøtvedt, L., Klungsøyr, K. & Suren, P. (2022). Helse under svangerskap, fødsel og i nyfødtp perioden. I. *Folkehelseserapporten på nett*. Hentet 30/3/2022. Oslo: Folkehelseinstituttet

Malterud, K. (2006). Kjønn og helse. I: Lorentzen, J. og Mühleisen W. (red.) *Kjønnsforskning. En grunnbok*. Oslo: Universitetsforlaget

Mastekaasa, A. (2016). Kvinner og sykefravær. *Tidsskrift for velferdsforskning*. 2016(2), s. 125–147

Mellingen, S. (2012). A woman left lonely: En studie av kvinner og alkohol, avhengighet og relasjon i behandling. Hentet 28/11/2016. Bergen: Senter for kunnskapsbasert praksis – Høgskolen i Bergen, Kompetansesenteret Rus region vest Bergen – Stiftelsen Bergensklinikkene

Midtbøen, A. H., & Lidén, H. (2015). Diskriminering av samer, nasjonale minoriteter og innvandrere i Norge. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.

MSIS-statistikk (2022). MSIS-statistikk. Hentet 1/4/2022. Oslo: Folkehelseinstituttet

Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C. B., Mors, O. & Mortensen, P. B. (2006). New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA*. 296(21):2582-9. doi: 10.1001/jama.296.21.2582.

Muri, K., Augusti, E-M., Bjørnholt, M. og Hafstad, G.S. (2022). Childhood Experiences of Companion Animal Abuse and its Co-Occurrence with Domestic Abuse: Evidence from a National Youth Survey in Norway. *Journal of Interpersonal Violence*. Feb:2022
doi:10.1177/08862605211072176

Myklebust, T.Å., Babigumira, R., Vinberg, E., Møller, B. & Ursin, G. (2020). Education, income and risk of cancer: results from a Norwegian registry-based study. *Acta Oncol.* 2020 Nov;59(11):1300-1307. doi: 10.1080/0284186X.2020.1817548.

Mykletun, A., Evensen, M., Hagen, K. & Vaage, K. (2012). Hvorfor øker kjønnsforskjellen i sykefravær mellom kvinner og menn? *Tidsskrift for norsk psykologforening*. 2012(49), s. 594-596

Nationellt centrum för kvinnofrid (2013). Våld mot kvinnor med funktionsnedsättning. Rapport, 2013. Uppsala: Uppsala universitet.

Natland, S.T., Nilsen, T.I., Midthjell, K., Andersen, L.F. og Forsmo, S. (2012). Lactation and cardiovascular risk factors in mothers in a population-based study: the HUNT-study. *International Breastfeeding Journal*. Jun 19;7(1):8. doi: 10.1186/1746-4358-7-8.

NAV (2022). Uføretrygd - kvartalstatistikk. Hentet 20/01/2022. Oslo: NAV

Nielsen, C. S., Steingrimsdottir, O. A., Skurtveit, A. O. & Handal, M. (2018). Langvarig smerte. I: *Folkehelse rapporten på nett*. Hentet 20/3/2022. Oslo: Folkehelseinstituttet

Nilsen, W., Skipstein, A., Østby, K. A. & Mykletun, A. (2017). Examination of the double burden hypothesis—a systematic review of work–family conflict and sickness absence. *European Journal of Public Health*, Volume 27, Issue 3, June 2017, Pages 465–471.

NKVTS (2015). Vold, helse og reviktimisering – En longitudinell studie. Hentet 23/11/2016. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

NKVTS (2018). Ulike former for vold og overgrep. I: *Veileder for helse- og omsorgstjenestenes arbeid med vold i nære relasjoner*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Norgeshelsa (2022a). Selvmord per 100.000. Hentet 30/3/2022. Oslo: Folkehelseinstituttet

Nossen, J. P. (2019). Kjønnsforskjellen i sykefravær: hvor mye er det mulig å forklare med registerdata? *Arbeid og velferd*. 4/2019, 59-80

NOU 2015:7 (2015). Likestilling i praksis Meld. St. 7 2015–2016. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet

Nystad, W. (2021). Fysisk aktivitet i Norge. I: *Folkehelse rapporten på nett*. Hentet 18/3/2022. Oslo: Folkehelseinstituttet

Olsvik, V. M. (2010). Overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne – en kunnskapsoversikt. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

PROBA samfunnsanalyse (2015). Internasjonal sammenligning av sykefravær. 2014(5) Oslo: Proba samfunnsanalyse

Reneflot, A., Stene-Larsen, K. og Myklestad, I. (2020). Vold og seksuelle overgrep. I: *Folkehelse rapporten på nett*. Oslo: Folkehelseinstituttet

Rødland, A., W. (2018). Hva vet vi om kvinners helse? - Rapport fra forprosjektet til kvinnehelseportalen.no. Oslo: Norske kvinners sanitetsforening/Kilden kjønnsforskning.no

Rønning, E., & Gram, K.H. (2020). Livskvalitet i Norge 2020. SSB rapporter 2020/35. Oslo/Kongsvinger: SSB

Sallaup, T.V., Vaaler, A.E., Iversen, V.C. & Guzey, I.C. (2016) Challenges in detecting and diagnosing substance use in women in the acute psychiatric department: a naturalistic cohort study. *BMC Psychiatry*, 16(1):406. doi: 10.1186/s12888-016-1124-y

Samdal O., Mathisen, F.K.S., Torsheim, T., Diseth, Å., Fismen A-S., Larsen, T., Wold, B. & Årdal, E. (2016). Helse og trivsel blant barn og unge. Resultater fra den landsrepresentative spørreundersøkelsen «Helsevaner blant skoleelever. En WHO-undersøkelse i flere land». HEMIL-Rapport 2016(1). Bergen: HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen

Saurel-Cubizolles, M.J., Romito, P., Lelong, N. og Ancel, P.Y. (2000). Women's health after childbirth: a longitudinal study in France and Italy. *BJOG*. Oct;107(10):1202-9. doi: 10.1111/j.1471-0528.2000.tb11608.x.

Schei, B. & Sundby, J. (2007). Kjønn og helse – begreper og modeller. I: *Schei og Bakketeig (red.). Kvinner lider – menn dør. Folkehelse i et kjønnsperspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk

Shakeel, N., Sletner, L., Falk, R. S., Slinning, K., Martinsen, E. W., Jenum, A. K. & Eberhard-Gran, M. (2018a). Prevalence of postpartum depressive symptoms in a multiethnic population and the role of ethnicity and integration. *Journal of Affective Disorders*. 241:49-58. doi: 10.1016/j.jad.2018.07.056

Shakeel, N., Richardsen, K. R., Martinsen, E. W., Eberhard-Gran, M., Slinning, K. & Jenum, A. K. (2018b). Physical activity in pregnancy and postpartum depressive symptoms in a multiethnic cohort. *Journal of Affective Disorders*. 236:93-100. doi: 10.1016/j.jad.2018.04.081

Skjørten, K., Bakketeig, E., Bjørnholt, M. og Mossige, S. (2019). Vold i nære relasjoner. Forståelser, konsekvenser og tiltak. Oslo: Universitetsforlaget

Skogen, J. C., Torvik, F. A., Hauge, L. J. & Reneflot, A. (2019). Rusbrukslidelser i Norge. I: *Folkehelse rapporten på nett*. Hentet 17/3/2022. Oslo: Folkehelseinstituttet

Skretting, E.L. (2013). Unge uten jobb og skoleplass sliter med helsen. *Samfunnsspeilet*. 2013(3). Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå

Skretting, A., Bye, E.K., Vedøy, T.F. og Lund, K.E. (2016). Rusmidler i Norge 2016 - Alkohol, tobakk, vanedannende legemidler, narkotika, sniffing, doping og tjenestetilbudet. Oslo: Folkehelseinstituttet

Solberg, A., Sund, F., & Malasevska, I. (2019) Kjønnssdelte hjelpemidler? Kartlegging av hjelpemidler til personer med nedsatt funksjonsevne. Hamar: Likestillingssenteret

SSB (2017). Samiske forhold. Hentet 22/3/2022. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå

SSB (2019). Helseundersøkelsen. Hentet 16/3/2022. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå

SSB (2019b). Utsatthet og uro for lovbrudd, levekårsundersøkelsen. Hentet 26/4/2022. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå

SSB (2020). Levekårsundersøkelsen EU-SILC. *Spesialbestilte tall*. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå

SSB (2021a). Allmennlegetjenesten. Hentet 13/3/2022. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå

SSB (2021b). Fødte. Hentet 30/3/2022. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå

SSB (2021c). Pasienter på sykehus. Hentet 13/3/2022. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå

SSB (2021d). Døde. Hentet 15/3/2022. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå

SSB (2021e). Sykefravær. Hentet 16/3/2022. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå

SSB (2021f). Røyk, alkohol og andre rusmidler. Hentet 17/3/2022. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå

SSB (2021g). Arbeidskraftsundersøkelsen. Hentet 17/3/2022. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå

SSB (2021h). Sysselsetting, registerbasert. Hentet 18/3/2022. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå

SSB (2021i). Anmeldte lovbrudd og ofre. Hentet 26/4/2022. Oslo/Kongsvinger: SSB

Stene, R. J., Thorsen, L., & Lid, S. (2009). Kriminalitet og rettsvesen 2009. Statistiske analyser 110. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå

Stene, R.J. (2014). Mindre del av befolkningen utsatt. *Samfunnsspeilet*. 2014(5). Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå

Straffeloven (2005). Lov om straff (LOV-2005-05-20-28). Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/2005-05-20-28>

Strand, B.H., Stengrimsdóttir, Ó.A. Myklestad, I. & Næss, Ø. (2013a). Endringer i ulikheter i dødelighet etter utdanning i Norge – en underlagsrapport om mulige forklaringer. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus

Strand, B.H., Stengrimsdóttir, O.A., Myklestad, I., Næss, I. & forskningsgruppen på sosiale ulikheter i helse (2013b). Endringer i ulikheter i dødelighet etter utdanning i Norge – en underlagsrapport om mulige forklaringer. En norsk kunnskapsoversikt. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt

Støren, K.S. & Rønning, E. (2021). Livskvalitet i Norge 2021. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.

Sung, H.K., Ma, S.H., Choi, J.Y., Hwang, Y., Ahn, C., Kim, B.G., Kim, Y.M., Kim, J.W., Kang, S., Kim, J., Kim, T.J., Yoo, K.Y., Kang, D. og Park, S. (2016). The Effect of Breastfeeding Duration and Parity on the Risk of Epithelial Ovarian Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Preventive Medicine & Public Health*. Nov;49(6):349-366. doi: 10.3961/jpmph.16.066.

Suren, P., Furu, K., Reneflot, A., Nes, R. B. & Torgersen, L. (2018). Livskvalitet og psykiske lidelser hos barn og unge. I: *Folkehelse rapporten på nett*. Hentet 17/3/2022. Oslo: Folkehelseinstituttet

Sætre, M. (2007). Analyser av kriminalitet. En innføring i data og metoder i samfunnsvitenskapelige og strategiske kriminalanalyser. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Tesli, M. S., Handal, M., Torvik, F. A., Knudsen, A. K. S., Odsbu, I., Gustavson, K., Reichborn-Kjennerud, T., Nesvåg, R., Hauge, L. J. & Reneflot, A. (2021) Psykiske lidelser hos voksne. I: *Folkehelse rapporten på nett*. Hentet 22/4/2022. Oslo: Folkehelseinstituttet

Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2014). Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomstudie i et livsløpsperspektiv. NKVTS Rapport 2014(1). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Trewin, C. B., Strand, B., H., Weedon-Fekjær, H. & Ursin, G. (2017). Changing patterns of breast cancer incidence and mortality by education level over four decades in Norway, 1971-2009. *Eur J Public Health*. 27(1):160-166. doi: 10.1093/eurpub/ckw148.

Tveit, O. G., Ruud, T., Hanssen-Bauer, K., Haavet, O. R. og Hussain, A. (2021). An explorative study of factors associated with treatment in specialized mental health care centers among GP patients in Norway. *BMC Health Services Research*. 21:960. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06982-4>

Umblijs, J. (2020). Kunnskapsoppsummering om deltakelse i arbeidslivet for kvinner med innvandrerbakgrunn. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.

Van der Ros, J. (2013). Alskens Folk. Levekår, livssituasjon og livskvalitet for personer med kjønnsidentitetstematikk. Hamar: Likestillingssenteret

Vangen, S., Ellingsen, L., Andersgaard, A. B., Jacobsen, A. F., Lorentzen, B., Nyfløt, L. T., Rygh, A. B., Skulstad, S., M., Tappert, C. & Øian, P. (2014). Maternal deaths in Norway 2005–2009. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*. 134:836-9. doi: 10.4045/tidsskr.13.0203

Vedøy, T.F. & Skretting, A. (2009). Bruk av alkohol blant kvinner. Data fra ulike surveyundersøkelser. Rapport 2009(4). Oslo: SIRUS

Vedøy, T. F., Aarø, L. E., Lund, K. E. & Grøtvedt, L. (2022a). Røyking og snusbruk i Noreg. I Folkehelse rapporten på nett. Hentet 22/4/2022. Oslo: Folkehelseinstituttet

Vedøy, T. F. & Lund, K. E. (2022b). Utbredelse av snusbruk i Norge. I: *Tobakk i Norge*. Hentet 22/4/2022. Oslo: Folkehelseinstituttet

Veenstra, M. & Slagsvold, B. (2009). Helseatferd gjennom livsløpet. Hva betyr utdanning for vår helseatferd? *Samfunnsspeilet*. 2009(1). Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå

Vrålstad, S. & Wiggen, K.S. (red.) (2017). Levekår blant innvandrere i Norge 2016. SSB-rapport 2017/13. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå

Aagestad, C., Tyssen, R. & Sterud, T. (2016). Do Work-Related Factors Contribute to Differences in Doctor-Certified Sick Leave? A Prospective Study Comparing Women in Health and Social Occupations with Women in the General Working Population. *BMC Public Health*. 2016(235)



Bufdir.no