

Notat

Menns bruk av primærhelsetjenesten

Katrine Damgaard Skyrud

Samera Qureshi

Hege Marie Gjefsen

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Område for Helsetjenester

Klynge for forskning og analyse av helsetjenesten

Februar 2024

Tittel:

Menns bruk av primærhelsetjenester

Forfattere:

Katrine Damgaard Skyrud

Samera Qureshi

Hege Marie Gjefsen

Oppdragsgiver:

Mannsutvalget

Publikasjonstype: Notat

Bestilling:

Rapporten kan lastes ned som pdf på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

Grafisk design omslag:

Fete Typer

ISBN elektronisk utgave:

978-82-8406-440-6

Emneord (MeSH): Helsetjenestebruk, kjønnsforskjeller, primærhelsetjenesten

Sitering: Skyrud KD, Qureshi S, Gjefsen HM. «Menns bruk av primærhelsetjenester». Notat 2024. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2024.

Innhold

Innhold	3
Sammendrag	4
Innledning	4
Metode	4
Resultat	4
Diskusjon	4
Forord	5
1 Innledning	6
1.1 Bakgrunn	6
2 Metode	7
2.1 Materiale	7
2.2 Populasjon	7
2.3 Analyser	8
2.3.1 Bruk av helsetjenester	8
2.3.2 Personer som ikke bruker primærhelsetjenesten	8
3 Resultater	8
3.1 Populasjon	8
3.2 Forskjeller mellom menn og kvinner i bruk av fastlege og legevakt	9
3.3 Personer som ikke bruker primærhelsetjenesten	13
4 Diskusjon	20
Referanser	21

Sammendrag

Innledning

Menns helsetjenestebruk skiller seg fra kvinners. I dette notatet dokumenterer vi forskjeller mellom kjønnene i bruk av primærhelsetjenester (fastlege og legevakt), særlig med vekt på de som ikke bruker primærhelsetjenesten.

Metode

Ved å ta i bruk koblede data fra KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner) sammen med demografiske kjennetegn fra SSBs registre beskriver vi antall konsultasjoner per år og andelen som ikke bruker primærhelsetjenester for menn, og sammenligner mønstrene med kvinner. Konsultasjoner i forbindelse med prevensjon og graviditet er ikke tatt med i undersøkelsen.

Resultat

Vi finner betydelige forskjeller i både antall konsultasjoner per år og sannsynligheten for ikke å ha hatt en konsultasjon i løpet av de tre siste årene. Det er rundt 1,25 færre konsultasjoner årlig for menn enn kvinner når vi tar høyde for demografiske kjennetegn, som utgjør i underkant av 30%, og i underkant av 8 prosentpoeng høyere sannsynlighet for ikke å ha hatt konsultasjon i primærhelsetjenesten de siste tre årene for menn. Forskjellene mellom menn og kvinner er større i enkelte grupper, slik som blant personer med innvandringsbakgrunn og personer uten registrert partner.

Diskusjon

Undersøkelsene vi har gjort kan ikke si noe om årsakene til de betydelige forskjellene mellom menn og kvinners helsetjenestebruk vi observerer. For å kunne påvise årsaker er det behov for andre metoder og mer forskning. Mulige årsaker kan være mange og sammensatt, og kan gjenspeile en lang rekke forhold, eksempelvis barrierer i helsetjenesten, ulike behov som følge av forskjeller i underliggende helse, forskjeller i normer eller forskjeller i valg og preferanse. Denne undersøkelsen kan heller ikke si noe om følgene av forskjeller i helsetjenestebruk og om dette påvirker helsen negativt eller ei. FHI ser et tydelig behov for mer kunnskap både om hvordan de betydelige forskjellene er fordelt i undergrupper av menn og kvinner, hva som er årsakene til forskjellene og hvilke tiltak som kan utjevne de forskjellene som eventuelt bidrar til dårligere helse.

Forord

Dette notatet ble utarbeidet på oppdrag for mannsutvalget. Oppdraget gikk ut på å kartlegge systematiske forskjeller i helsetjenestebruk mellom menn og kvinner, og beskrive forskjellene ut fra demografiske kjennetegn. Vi er takknemlige for gode diskusjoner og kloke innspill.

Oslo, februar 2024

Thor Indseth

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Det er påvist betydelige forskjeller i helsetjenestebruk mellom menn og kvinner, mest uttalt i primærhelsetjenesten. Mer kunnskap om hvor i fordelingen disse forskjellene har sitt opphav er nødvendig. Det kan være barrierer mot å oppsøke helsetjenesten, og disse vil med stor sannsynlighet være ulike for ulike deler av befolkningen. Vi vil derfor undersøke bruk av primærhelsetjeneste etter alder, utdanning og innvandringsbakgrunn for å få økt innsikt i denne problemstillingen. Imidlertid kan vi ikke skille mellom hva som ligger bak forskjellene, kun dokumentere forskjellene og beskrive dem etter en rekke demografiske kjennetegn.

Formålet til analysen er å undersøke forskjeller i helsetjenestebruk mellom menn og kvinner. Vi vil også utforske om det er systematiske forskjeller mellom menn og kvinner i sannsynligheten for å ikke være i kontakt med helsetjenesten, og utviklingen i dette, ved å undersøke andelen menn og kvinner som ikke har kontakt med primærhelsetjenesten i løpet av et kalenderår og i løpet av de tre siste årene.

Kontakt med primærhelsetjenesten, altså fastlege og legevakt, er i de aller fleste tilfeller første kontakt med helsetjenesten. Første kontakt med primærhelsetjeneste for et helseproblem er egeninitiert, og barrierer mot å oppsøke helsetjenesten for enkeltgrupper vil med stor sannsynlighet gi seg utslag i denne typen helsetjenestebruk.

Det er forskjeller mellom bruk av legevakt og fastlege, men det kan være forskyvninger mellom bruken av disse to helsetjenestene, og vi vil derfor både se på bruken av de to samlet og hver for seg for å forstå forskjeller og likheter mellom menn og kvinner. Vi vil også undersøke om det er større forskjeller for de som ikke er født i Norge, om det å ha en registrert partner eller utdanningsbakgrunn kan ha noe å si for forskjellene i helsetjenestebruk eller om det er geografiske forskjeller i bruk av primærhelsetjeneste. Analysen kan derfor gi bakgrunnskunnskap for å forstå mulige barrierer for å oppsøke helsetjenesten.

2 Metode

2.1 Materiale

For å belyse problemstillingene har vi tatt i bruk koblete registerdata fra følgende datakilder:

Tabell 2.1 Beskrivelse av datakildene

Datakilde	Variabler (tidsperiode)
Folkeregisteret	Alder og kjønn (2010-2019), bostedskommune (2023)
KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner)	Regningskort fra fastlege og legevakt. (2010-2019)
SSB	Bosatt status (2010-2019), landbakgrunn og sivilstand (2015-2019)
NUDB (Den Nasjonale utdanningsdatabasen)	Høyeste fullførte utdanning (2010-2019)

Vi kobler sammen informasjon fra de ulike registrene for hvert enkelt individ, og definerer de relevante utfallene for alle personer i populasjonen.

2.2 Populasjon

Vi tar utgangspunkt i alle som er registrert bosatt i Norge 2010 – 2019 mellom 20-80 år. Årsaken til at de under 20 er fjernet er at vi ønsker å undersøke helsetjenestebruken etter utdanning, mens den registrerte utdanningen for personer under 20 år er ikke representativ for det utdanningsnivået de vil ende opp med. I tillegg er forskjellene relativt små blant barn og ungdom. Vi har også valgt å begrense populasjonen til personer under 80 år. I denne aldersgruppen er det etter hvert mange som bor på institusjon, som vil påvirke deres helsetjenestebruk i svært stor grad. Eventuelle forskjeller mellom menn og kvinner i denne aldersgruppen vil i stor grad være påvirket av systematiske forskjeller mellom menn og kvinner i sannsynligheten for å bo på institusjon.

Graviditet og oppfølging av dette vil gi utslag i helsetjenestebruk for kvinner, og derfor beskriver vi fordelingen når vi tar ut konsultasjoner som kan tilskrives prevensjon eller graviditet. Vi tar i bruk folkeregisteret for å bestemme hvilke personer som er bosatt i Norge, samt deres alder, kjønn og bostedskommune. Videre kobler vi med data fra SSB om boforhold for sivilstand og landbakgrunn, samt fra NUDB for å definere om de har høyere utdannelse eller ikke.

Vi har delt alder inn i følgende aldersgrupper: 20-30 år, 31-40 år, 41-50 år, 51-60 år, 61-70 år og 71-80 år. Utdanningsnivå er delt inn i kort utdanning, lang/høyere utdanning (mer enn videregående skole) og ukjent utdanning. Sivilstand er definert i partner (gift eller registrert partner), alene (ugift, enke/enkemann, separert, skilt) eller ukjent sivilstand. Vi har delt inn landbakgrunn i ulike innvandringsgrupper: de som er født i Norge eller har norskfødte foreldre, de med landbakgrunn fra Afrika, Asia eller Sør-Amerika og de med landbakgrunn Europa, Nord-Amerika eller Oseania. De som mangler landbakgrunn, er kategorisert som norskfødt. Kommunestrukturen gjenspeiler kommunene i 2020 og er gruppert i rurale og urbane kommuner basert på SSB sin definisjon.

2.3 Analyser

2.3.1 Bruk av helsetjenester

For hvert år beregner vi antall besøk hos fastlegen for hvert individ basert på data fra KUHR, og beskriver antall konsultasjoner per innbygger for henholdsvis menn og kvinner hos fastlege, legevakt og summen av de to. Vi undersøker utviklingen fra 2010 til 2019, forskjellen mellom ulike utdanningsgrupper og innvandringsgrupper og aldersfordelingen fra 20- 80 år. Videre beskriver vi også hvordan helsetjenestebruken fordeler seg over 6 diagnosegrupper; muskel/skjelett (ICPC-2 kapittel L), hjerte- og kar og luftveier (kapittel K og R), psykiske lidelser (kapittel P), hud (S), allment eller uspesifikt (A) og andre lidelser (resten av kapitlene utenom Y) over aldersfordelingen.

2.3.2 Personer som ikke bruker primærhelsetjenesten

For å identifisere personer som ikke oppsøker helsetjenesten har vi definert individer som ikke har vært hos fastlege eller legevakt både det siste året (2019) og de tre siste årene (2017-2019) i disse gruppene. Vi beskriver andelen etter alder, og videre etter utdanningsnivå, landbakgrunn og urbanitet bostedskommune (urban/rural kommune).

For å undersøke betydningen av kjønn for sannsynligheten for å ikke ha hatt en konsultasjon hos fastlege eller legevakt vil vi beregne dette ved bruk av regresjonsmodeller. Vi undersøker om det er statistisk signifikante forskjeller når vi tar hensyn til ulike demografiske kjennetegn som alder, utdanning, sivilstand, urbanitet bostedskommune og landbakgrunn.

3 Resultater

3.1 Populasjon

Tabell 3.1 Beskrivelse av populasjonen

	Menn	Kvinner
Antall	1 960 978	1 910 972
Personer uten høyere utdanning	1 345 838	1 109 090
Personer med innvandringsbakgrunn*	477 839	454 294
Personer uten registrert partner	1 115 960	1 070 475
Personer bosatt i urbane kommuner	872 975	863 371
Antall personer med fastlegebesøk (2019)	1 313 764	1 546 862
Antall personer uten fastlegebesøk (2019)	647 214	364 110
Antall personer uten fastlegebesøk (2017-2019)	255 867	101 158

* personer som enten selv er født i Norge eller som har foreldre der begge er født utenfor Norge.

Kilde: KUHR, Folkeregisteret

Tabell 3.1 beskriver populasjonen som studien er basert på. Det er omtrent like mange menn og kvinner. Det er flere menn som ikke har fullført høyere utdanning, og marginalt flere menn uten registrert partner eller ektefelle.

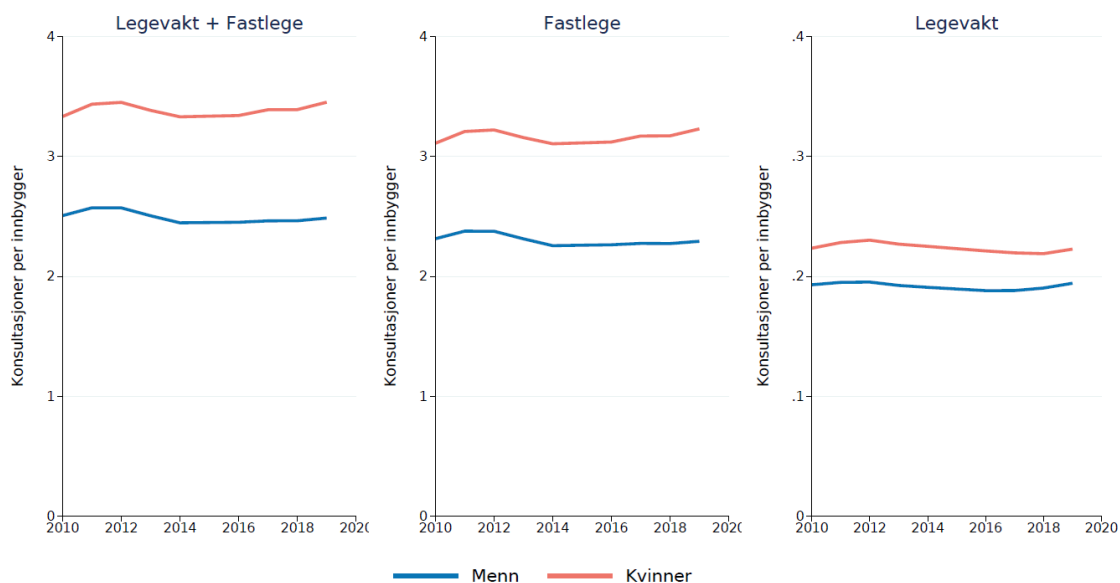
3.2 Forskjeller mellom menn og kvinner i bruk av fastlege og legevakt

Tabell 3.2 Antall og andel personer i 2019 mellom 20-80 år som bruker primærhelsetjenesten (fastlege eller legevakt) og antall konsultasjoner per innbygger

	Totalt	Menn	Kvinner
Antall personer i 2019	3 871 950	1 960 978	1 910 972
Antall (andel) som har minst en konsultasjon hos fastlegen eller legevakt i 2019	2 860 746 (74%)	1 313 764 (67%)	1 546 862 (81%)
Antall konsultasjoner per innbygger hos fastlege	2,9	2,3	3,5
Antall konsultasjoner per innbygger på legevakt	0,21	0,20	0,23

Kilde: KUHR, Folkeregisteret

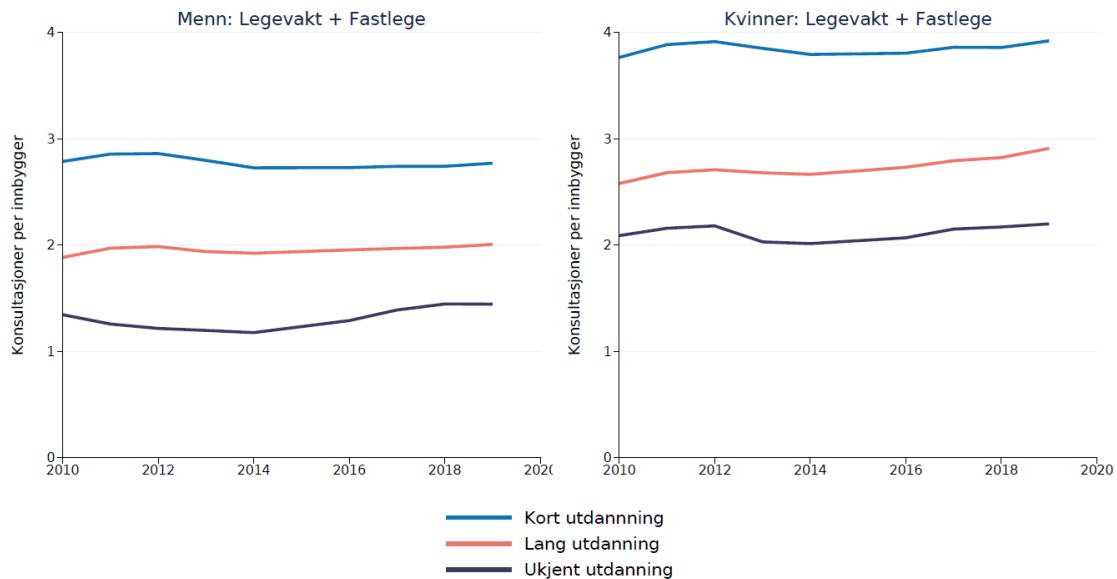
Tabell 3.2 beskriver antall observasjoner for menn og kvinner i 2019, hvor mange som har minst en konsultasjon hos fastlege og legevakt i løpet av året, samt hvor mange konsultasjoner menn og kvinner i gjennomsnitt har hos henholdsvis fastlege og legevakt. Andelen som har hatt minst en konsultasjon hos fastlege eller legevakt i løpet av 2019 er langt lavere for menn enn for kvinner – 67% mot 81%. Menn har i gjennomsnitt 1,2 færre konsultasjoner hos fastlege i løpet av året, mens det er om lag like mange legevaktskonsultasjoner.



Figur 3.1: Antall konsultasjoner per innbygger for menn og kvinner (20-80 år) for legevakt, fastlege og begge samlet fra 2010 til 2019.

Kilde: KUHR, Folkeregisteret

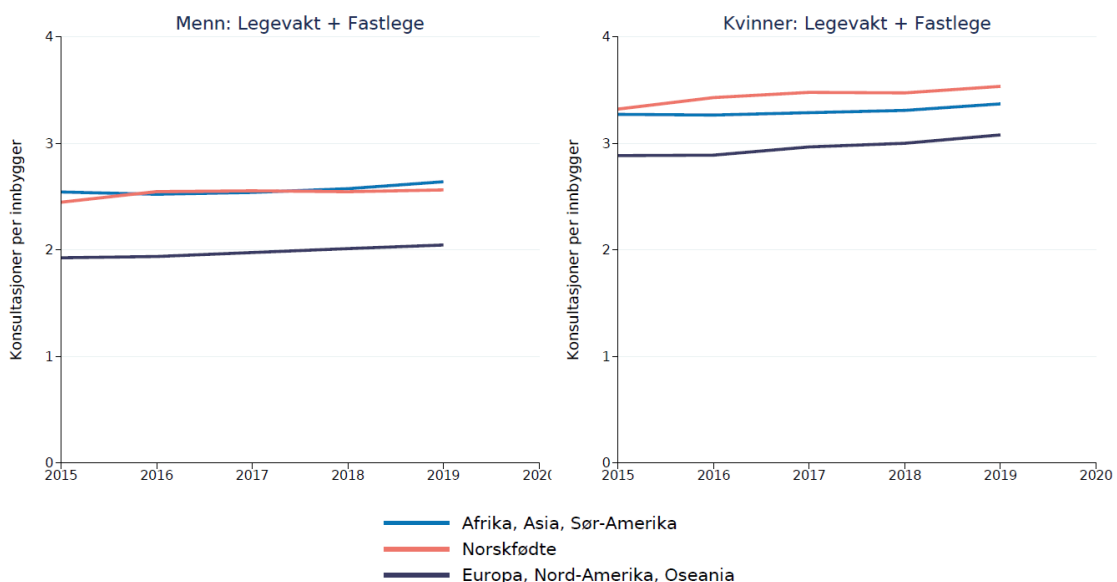
Antall konsultasjoner per innbygger har vært relativt stabilt fra 2010 til 2019 for både fastlege og legevakt, som vist i figur 3.1. Gjennom hele perioden ligger det betydelig høyere for kvinner enn for menn, men forskjellen er relativt stabil, og utviklingen til menn og kvinner følger hverandre tett. Forskjellen mellom menn og kvinner er langt større når det gjelder fastlegebruk enn bruk av legevakt gjennom hele perioden.



Figur 3.2: Antall konsultasjoner per innbygger for menn og kvinner (20-80 år) etter utdanningsnivå fra 2010 til 2019.

Kilde: KUHR, Folkeregisteret, SSB

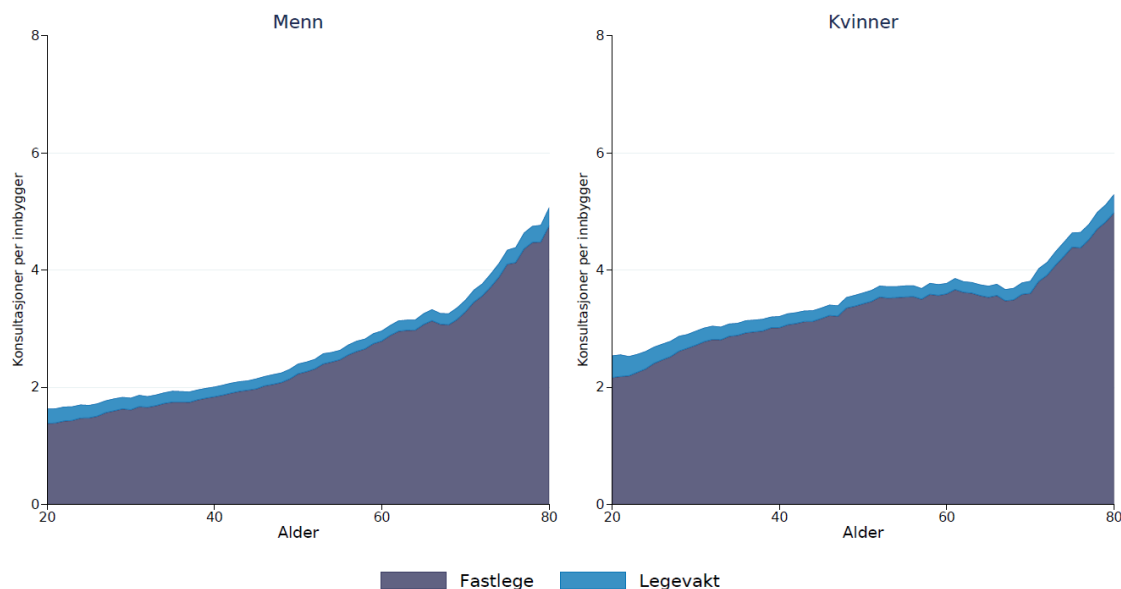
Figur 3.2 viser utviklingen i antall konsultasjoner over tid etter utdanningsnivå. Både for menn og kvinner har personer med kort utdanning langt høyere helsetjenestebruk enn personer med lang utdanning, og de med ukjent utdanning har lavere helsetjenestebruk. Verdt å merke seg er at nivået for menn med kort utdanning er om lag tilsvarende som for kvinner med lang utdanning.



Figur 3.3: Antall konsultasjoner per innbygger for menn og kvinner (20-80 år) etter landbakgrunn fra 2010 til 2019.

Kilde: KUHR, Folkeregisteret, SSB

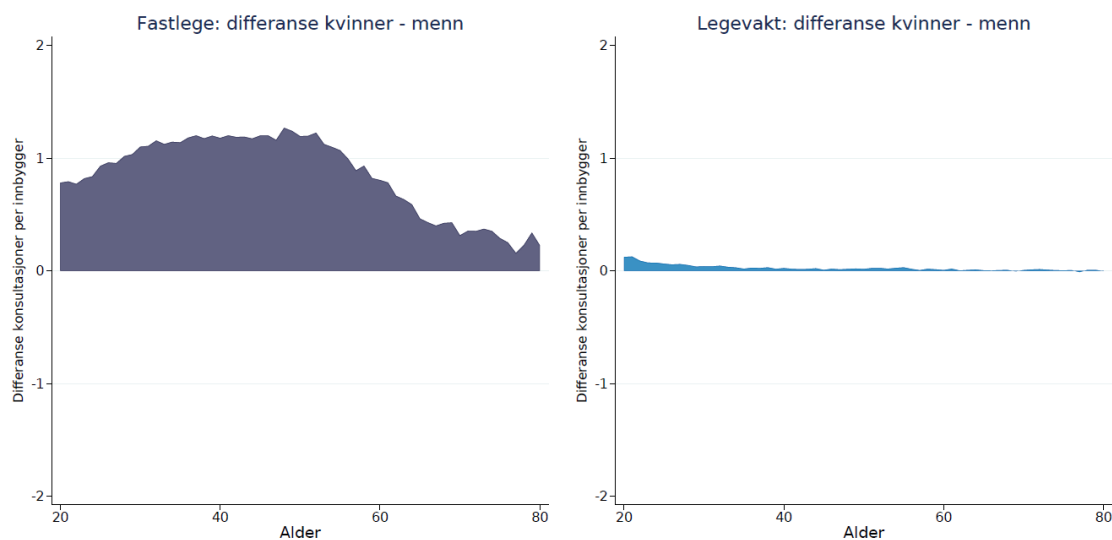
I figur 3.3 ser vi at nivået på antall konsultasjoner er svært likt for personer med landbakgrunn fra Afrika, Asia eller Sør-Amerika og norskfødte både for menn og kvinner. I begge grupper skiller personer med landbakgrunn fra Europa, Nord-Amerika eller Oseania seg ut med lavere helsetjenestebruk.



Figur 3.4 Antall konsultasjoner per innbygger fra 20 til 80 år for fastlege og legevakt for henholdsvis menn og kvinner for 2019

Kilde: KUHR, Folkeregisteret

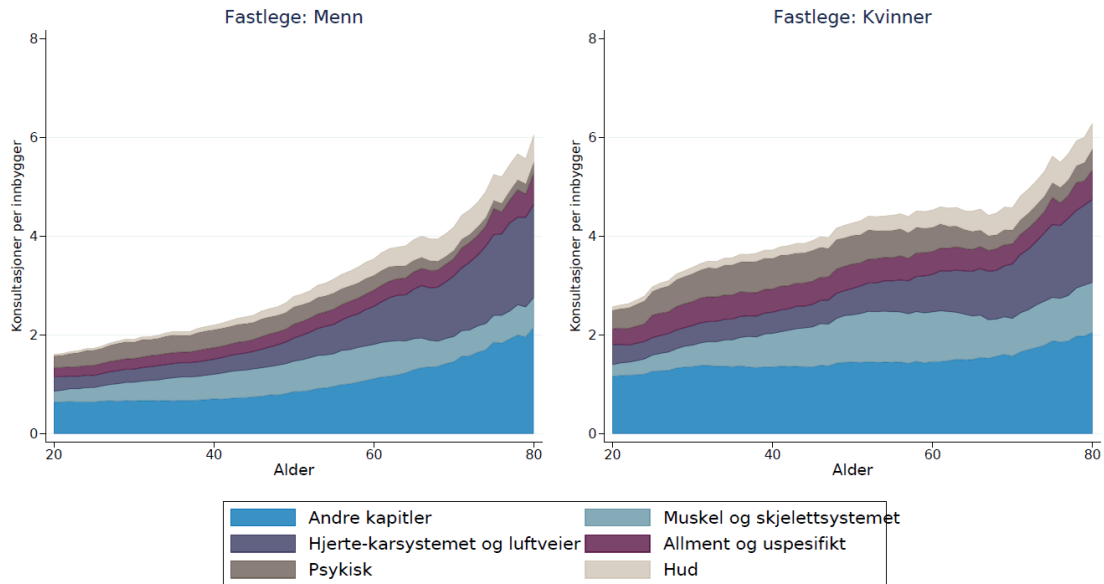
I figur 3.4 ser vi økningen i gjennomsnittlig antall konsultasjoner med alder. Menn bruker rundt 1,4 antall konsultasjoner i gjennomsnitt ved 20 års alder, mens kvinner bruker rundt 2,1. I begge grupper er det en jevn økning med alder. Ved 60 års alder har menn i gjennomsnitt 2,8 antall konsultasjoner, mens kvinner har 3,7 antall konsultasjoner.



Figur 3.5 Differansen i antall konsultasjoner per innbygger fra 20 til 80 år mellom kvinner og menn for henholdsvis fastlege og legevakt i 2019

Kilde: KUHR, Folkeregisteret

Figur 3.5 viser forskjellen mellom menn og kvinner i bruk av henholdsvis fastlege og legevakt for hvert alderstrinn. For fastlegebesøk er det nær konstant forskjell i bruken fra om lag 30 til 50 års alder, med om lag en ekstra årlig konsultasjon i gjennomsnitt. For legevakt er det ingen slike forskjeller.

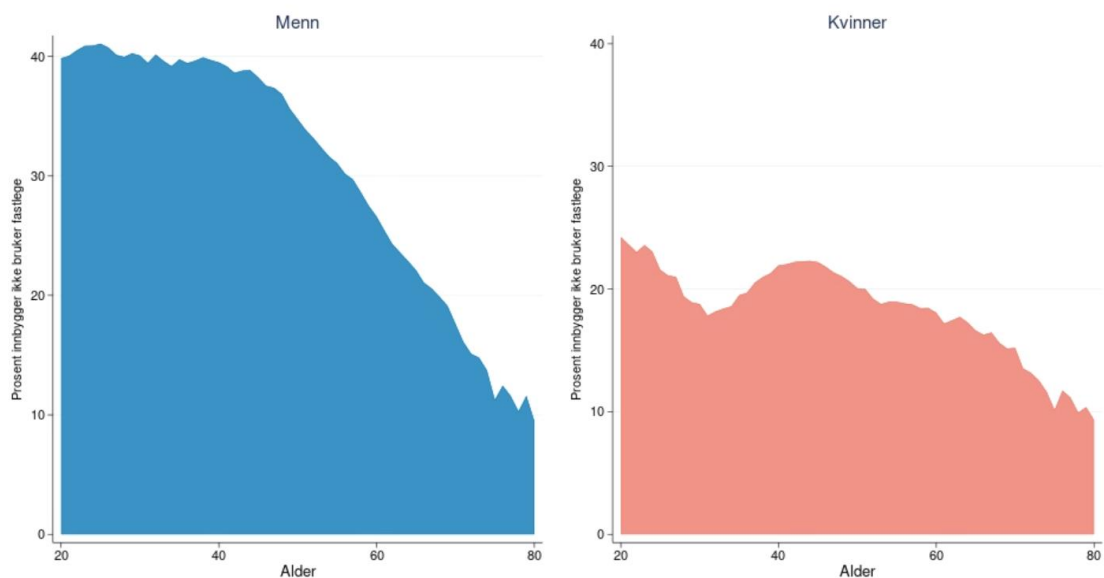


Figur 3.6 Antall konsultasjoner per innbygger per alder for fastlege for henholdsvis menn og kvinner for 2019 fordelt på 6 diagnosegrupper.

Kilde: KUHR, Folkeregisteret

Det kan være systematiske forskjeller mellom menn og kvinner i hvilke diagnoser de oppsøker primærhelsetjenesten for. Figur 3.6 viser helsetjenestebruk over alder fordelt på seks diagnosegrupper. Kvinner bruker særlig primærhelsetjenesten for muskel- og skjelettplager, psykiske plager og lidelser, samt andre plager. Menn har derimot et noe høyere forbruk av helsetjenester som følge av hjerte- og karlidelser. Det er i stor grad restkategorien bestående av andre kapitler enn muskel og skjelettlidelser, hjerte- kar og luftveier, allment og uspesifikt, psykisk og hud som driver forskjellene mellom menn og kvinner.

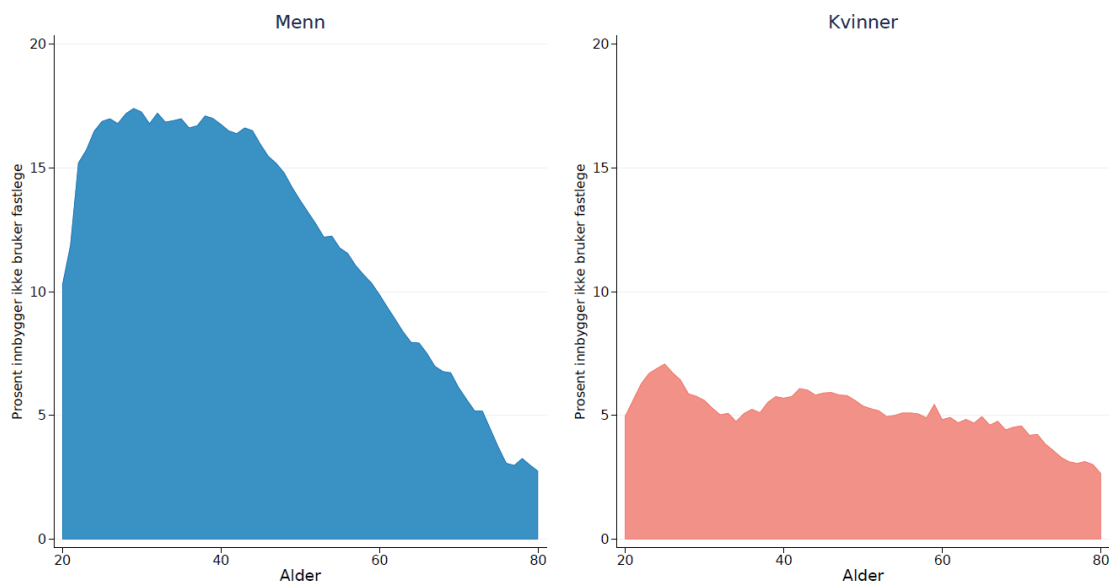
3.3 Personer som ikke bruker primærhelsetjenesten



Figur 3.7 Andel innbyggere som ikke bruker fastlege eller legevakt i løpet av 2019 etter alder.

Kilde: KUHR, Folkeregisteret

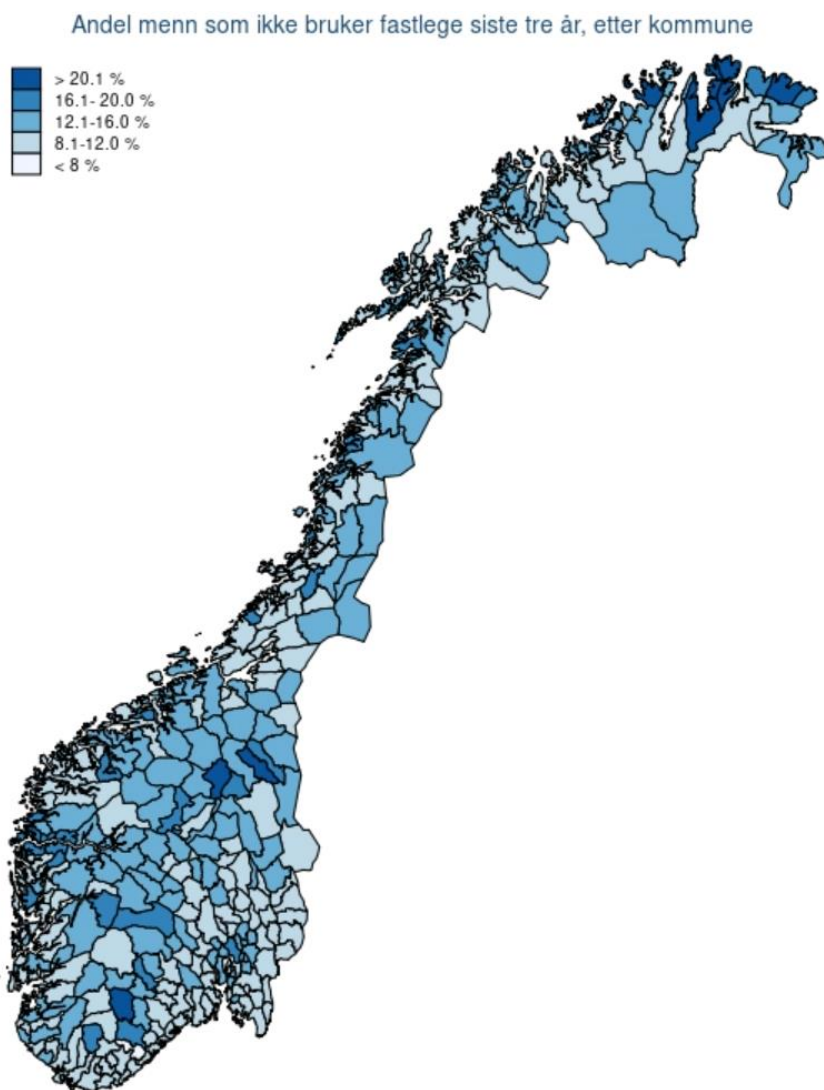
Figur 3.7 viser henholdsvis andel menn og kvinner som ikke bruker helsetjenesten i løpet av 2019. For menn er det om lag 40 % som ikke bruker helsetjenesten fra alder 20 til nær alder 50. Etter det synker andelen raskt, og ved seksti års alder er det nesten halvert. Ved 80 års alder er det bare 10 % av mennene som ikke har konsultasjon hos fastlege eller legevakt i løpet av et enkelt år. For kvinner er mønsteret annerledes: Det er relativt stabilt rundt 20 prosent som ikke har hatt en fastlegekonsultasjon frem til rundt 60 års alder, deretter reduseres andelen frem mot 80 år. Da er forskjellen mellom menn og kvinner nærmest lik null.



Figur 3.8 Andel innbyggere som ikke bruker fastlege eller legevakt i løpet av de tre siste årene (2017-2019) etter alder.

Kilde: KUHR, Folkeregisteret

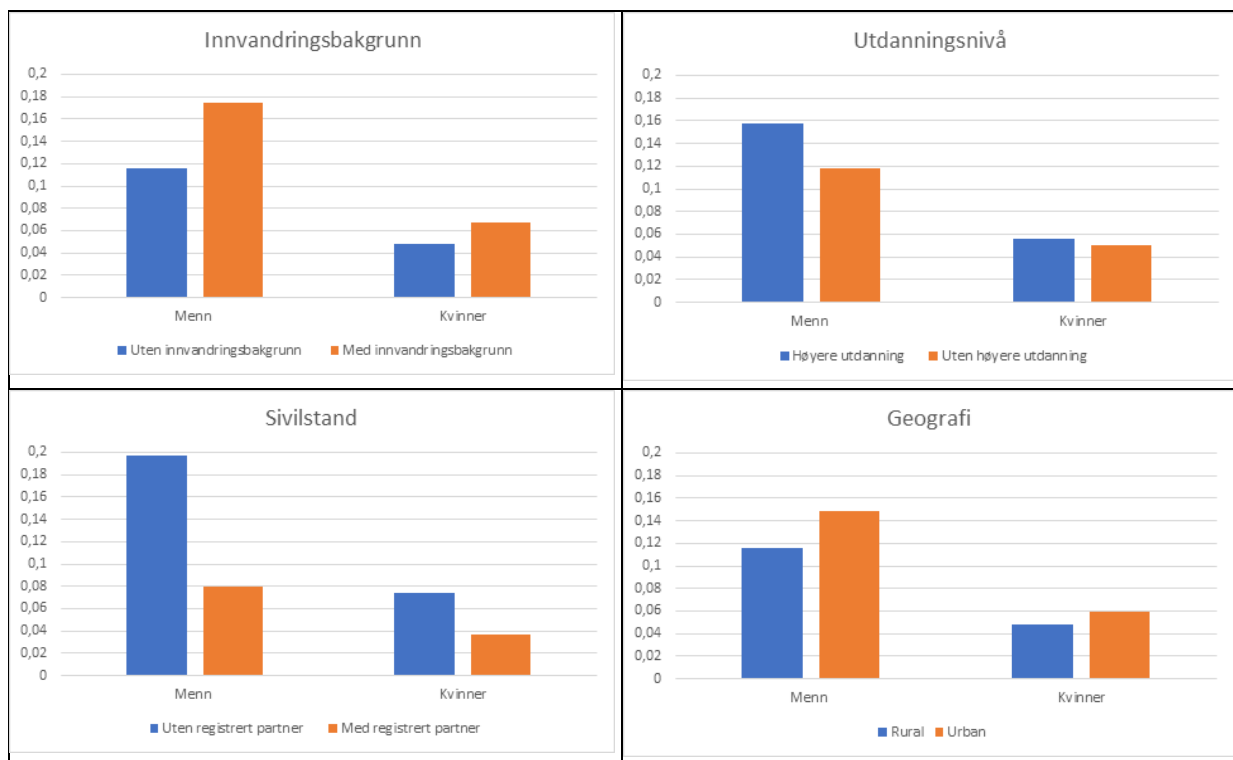
I figur 3.8 vises andelen av innbyggere som ikke har brukt fastlege eller legevakt de tre siste årene ved utgangen av 2019 etter alder. Den viser tilsvarende mønster som figur 3.7, men tydeliggjør forskjellene mellom menn og kvinner i enda større grad. Der det er rundt fem prosent av kvinnene som ikke har brukt fastlege eller legevakt de siste tre årene, med en svak reduksjon med økende alder, er det mer enn 15 prosent av menn som ikke har vært hos fastlege eller legevakt de siste tre årene i alderen 25 til 45. Deretter er det en rask reduksjon, før andelen ender opp på om lag samme nivå som for kvinner ved alder 80.



Figur 3.9 Ujustert andel av menn som ikke bruker fastlege siste 3 år (2017-2019)

Kilde: KUHR, Folkeregisteret

Det kan være betydelige geografiske forskjeller i andelen som ikke benytter seg av fastlege eller legevakt. Figur 3.9 viser andelen menn som ikke har brukt fastlege eller legevakt de siste tre årene etter bostedskommune. Enkelte kommuner skiller seg ut med en svært høy andel. Felles for disse kommunene er at de er rurale, med til dels lang avstand til nærmeste sykehus.



Figur 3.10 Andel innbyggere uten konsultasjon hos fastlege eller legevakt 2017-2019 etter kjennetegn.

Kilde: KUHR, Folkeregisteret

Figur 3.10 viser i hvilke grupper det er en høyest andel personer som ikke har brukt fastlege eller legevakt mellom 2017-2019. Det er langt høyere andel som ikke har brukt primærhelsetjenesten blant menn med innvandrerbakgrunn enn blant norskfødte med norskfødte foreldre. Blant menn med høyere utdanning er det om lag fire prosentpoeng høyere andel som ikke har brukt primærhelsetjenesten de siste tre årene enn blant de uten høyere utdanning. Den største forskjellen finner vi etter sivilstand: For menn uten registrert partner eller ektefelle er det nær 20 % som ikke har brukt primærhelsetjenester de siste tre årene. For menn med registrert partner eller ektefelle er det mindre enn 8%. Etter sivilstand finner vi også store forskjeller blant kvinner, men forskjellen er på under 4 prosentpoeng, så langt mindre forskjell. Menn i urbane kommuner har ikke brukt fastlege eller legevakt de siste tre årene i større grad enn menn i rurale kommuner. Merk at dette ikke gir det samme bildet som figur 3.9 gir inntrykk av, som kan forklares med at Oslo er den største urbane kommunen. Vi finner spor at tilsvarende mønster hos kvinner, men i langt mindre grad.

Tabell 3.3 Betydningen av kjønn for sannsynligheten for ikke å ha hatt konsultasjon hos fastlege eller legevakt 2017-2019. OLS.

	M1: Kontrollert for kjønn	M2: Kontrollert for kjønn, alder, utdanning, landbakgrunn og sivilstand	M3: Kontrollert for kjønn, alder, utdanning, landbakgrunn, sivilstand og urbanitet	M4: Kontrollert for kjønn, alder, utdanning, landbakgrunn, sivilstand og kommuner
Kjønn				
Kvinner	<i>ref</i>	<i>ref</i>	<i>ref</i>	<i>ref</i>
Menn	0,078***	0,077***	0,077***	0,077***
Alder				
20-30 år		<i>ref</i>	<i>ref</i>	<i>ref</i>
31-40 år		0,001**	0,002**	0,002***
41-50 år		0,007***	0,008***	0,008***
51-60 år		-0,008***	-0,007***	-0,007***
61-70 år		-0,023***	-0,023***	-0,023***
71-80 år		-0,044***	-0,044***	-0,044***
Utdanning				
Kort		<i>ref</i>	<i>ref</i>	<i>ref</i>
Lang		0,026***	0,024***	0,023***
Ukjent		0,173***	0,173***	0,172***
Landbakgrunn				
Norskfødte		<i>ref</i>	<i>ref</i>	<i>ref</i>
Europa, Nord-Amerika, Oseania		0,042***	0,041***	0,042***
Afrika, Asia, Sør-Amerika		0,005***	0,003***	0,002***
Sivilstand *				
Alene		<i>ref</i>	<i>ref</i>	<i>ref</i>
Partner		-0,014***	-0,014***	-0,012***
Urbanitet kommune				
Rural			<i>ref</i>	
Urban			0,007***	
Kommuner				Referansen en av kommunen (utelatt estimatene for alle kommunene i denne tabellen)

Note: Antall stjerner betegner signifikansnivå. ***/** betegner signifikansnivå på 10/5/1-prosentsnivå. *Om lag 73 000 personer har ukjent sivilstand. De er inkludert i beregningene, og er definert med en egen kategori for sivilstand, som ikke er vist i tabellene.

Tabell 3.3 viser regresjonsresultater for sannsynligheten for ikke å være hos fastlege eller legevakt i løpet av de tre siste årene. Koeffisientene som betegner betydningen av å være mann viser at sannsynligheten for å ikke ha en konsultasjon med fastlege eller legevakt er i underkant av 8 prosentpoeng høyere for menn enn for kvinner, og forskjellen er signifikant. Når vi legger inn kontroller for alder, utdanningsnivå, landbakgrunn, sivilstand og geografi endrer ikke punktestimatet seg. Forskjellen mellom menn og kvinner i

sannsynligheten for ikke å ha fastlegekonsultasjon er med andre ord ikke drevet av systematiske forskjeller i alder, utdanning, sivilstand, landbakgrunn eller geografi.

Tabell 3.4 Betydningen av kjønn for antall konsultasjoner hos fastlege eller legevakt i 2019. OLS.

	M1: Kontrollert for kjønn	M2: Kontrollert for kjønn, alder, utdanning, landbakgrunn og sivilstand	M3: Kontrollert for kjønn, alder, utdanning, landbakgrunn, sivilstand og urbanitet	M4: Kontrollert for kjønn, alder, utdanning, landbakgrunn, sivilstand og kommuner
Kjønn				
Kvinner	<i>ref</i>	<i>ref</i>	<i>ref</i>	<i>ref</i>
Menn	-1,22***	-1,26***	-1,26***	-1,26***
Alder				
20-30 år		<i>ref</i>	<i>ref</i>	<i>ref</i>
31-40 år		0,46***	0,46***	0,45***
41-50 år		0,43***	0,43***	0,42***
51-60 år		0,74***	0,74***	0,74***
61-70 år		1,02***	1,02***	1,03***
71-80 år		1,87***	1,87***	1,87***
Utdanning				
Kort		<i>ref</i>	<i>ref</i>	<i>ref</i>
Lang		-0,67***	-0,68***	-0,66***
Ukjent		-0,86***	-0,87***	-0,85***
Landbakgrunn				
Norskfødte		<i>ref</i>	<i>ref</i>	<i>ref</i>
Europa, Nord-Amerika, Oseania		-0,07***	-0,07***	-0,09***
Afrika, Asia, Sør-Amerika		0,42***	0,41***	0,41***
Sivilstand *				
Alene		<i>ref</i>	<i>ref</i>	<i>ref</i>
Partner		-0,18***	-0,18***	-0,20***
Urbanitet kommune				
Rural			<i>ref</i>	
Urban			0,02***	
Kommuner				Referansen en av kommunen (utelatt estimatene for alle kommunene i denne tabellen)

Note: Antall stjerner betegner signifikansnivå. */**/** betegner signifikansnivå på 10/5/1-prosentsnivå.

*Om lag 73 000 personer har ukjent sivilstand. De er inkludert i beregningene, og er definert med en egen kategori for sivilstand, som ikke er vist i tabellene.

Også for antall konsultasjoner hos fastlege eller legevakt finner vi signifikante forskjeller mellom menn og kvinner, som vist i tabell 3.4. Menn har 1,22 konsultasjoner mindre enn kvinner per år, mens når vi tar høyde for alder øker det noe til 1,26. Når vi også tar hensyn til utdanning, landbakgrunn, sivilstand og geografi endrer ikke punkttestimatet seg.

Tabell 3.5 Betydningen av demografiske kjennetegn for menn: Sannsynligheten for ikke ha hatt konsultasjon i primærhelsetjenesten de tre siste årene. OLS.

	M: Kontrollert for kjønn, alder, utdanning, landbakgrunn, sivilstand og kommuner
Alder	
20-30 år	<i>Ref</i>
31-40 år	0.0063***
41-50 år	0.0042***
51-60 år	-0.0241***
61-70 år	-0.0568***
71-80 år	-0.0892***
Utdanning	
Kort	<i>Ref</i>
Lang	0.0441***
Ukjent	0.1966***
Landbakgrunn	
Norskfødte	<i>Ref</i>
Europa, Nord-Amerika, Oseania	0.0508***
Afrika, Asia, Sør-Amerika	-0.0075***
Sivilstand *	
Alene	<i>Ref</i>
Partner	-0.0154***
Kommuner	Referansen en av kommunen (utelatt estimatene for alle kommunene i denne tabellen)

Note: Antall stjerner betegner signifikansnivå. */**/** betegner signifikansnivå på 10/5/1-prosentsnivå.

*Personer med ukjent sivilstand er inkludert i beregningene, og er definert med en egen kategori for sivilstand, som ikke er vist i tabellene.

Alder, utdanning, landbakgrunn og sivilstand har alle betydning for sannsynligheten for å ha brukt primærhelsetjenesten de siste tre årene. Sannsynligheten for ikke å bruke primærhelsetjenesten reduseres med økende alder vist i tabell 3.5, i tråd med figur 3.7 og 3.8. Høy utdanning bidrar til høyere sannsynlighet for å ikke bruke primærhelsetjenesten sammenlignet med de med lav utdanning, og for menn med registrert partner er det lavere sannsynlighet for ikke å bruke primærhelsetjenesten sammenlignet med de uten registrert partner.

Det kan være samspillseffekter mellom kjønn og de andre demografiske kjennetegnene. Eksempelvis kan korrelasjonen mellom helsetjenestebruk og utdanning være annerledes for menn og kvinner, og dette kan ha betydning for hva vi estimerer er betydningen av å være mann for sannsynligheten for ikke å ha benyttet primærhelsetjenester i de siste tre år.

Tabell 3.6 Betydningen av kjønn for antall konsultasjon hos fastlege eller legevakt de tre siste årene. OLS. I modellen er det kontrollert for alder, utdanning, landbakgrunn, sivilstand og kommuner.

	Estimat	Estimert tilleggsbetydning for menn
Mann		0.0879***
Alder		
20-30 år	<i>ref</i>	<i>ref</i>
31-40 år	0.0063***	0.0117***
41-50 år	0.0042***	-0.0045***
51-60 år	-0.0241***	-0.0310***
61-70 år	-0.0568***	-0.0629
71-80 år	-0.0892***	-0.0837
Utdanning		
Kort	<i>ref</i>	<i>ref</i>
Lang	0.0100***	0.0351***
Ukjent	0.1327***	0.0644***
Landbakgrunn		
Norskfødte	<i>ref</i>	<i>ref</i>
Europa, Nord-Amerika, Oseania	0.0306***	0.0204***
Afrika, Asia, Sør-Amerika	0.0124***	-0.0188***
Sivilstand*		
Alene	<i>ref</i>	<i>ref</i>
Partner	-0.0043***	-0.0115***
Kommuner		Referansen en av kommunen (utelatt estimatene for alle kommunene i denne tabellen)

Note: Antall stjerner betegner signifikansnivå. */**/** betegner signifikansnivå på 10/5/1-prosentsnivå.

*Om lag 73 000 personer har ukjent sivilstand. De er inkludert i beregningene, og er definert med en egen kategori for sivilstand, som ikke er vist i tabellene.

Tabell 3.6 viser betydningen av kjønn for sannsynligheten for ikke å bruke fastlege eller legevakt et år, samt tilleggsbetydningen av forklaringsvariablene for menn. For menn er det gjennomgående en negativ tilleggsbetydning av alder sammenlignet med kvinner. Menn med høy utdanning har ytterligere forhøyet sannsynlighet for ikke å bruke primærhelsetjenester sammenlignet med kvinner med høy utdanning. Tilsvarende viser analysen at å ha partner reduserer sannsynlighet for ikke-bruk sammenlignet med å ikke ha en partner, og at denne korrelasjonen er enda høyere for menn. Alle forskjellene og tilleggsbetydningene av dem er signifikante. Likevel påvirker det koeffisienten for å være mann i liten grad: Den øker noe sammenlignet med i tabell 3.3, men i svært begrenset grad.

4 Diskusjon

Resultatene viser betydelig lavere bruk av fastlege for menn enn for kvinner. Dette gjelder gjennomgående for alle aldersgrupper, men forskjellen er størst i arbeidsfør alder. Vi finner videre betydelige forskjeller på tvers av alder i sannsynligheten for ikke å bruke primærhelsetjenesten for menn og kvinner. Etter om lag alder 60 blir mønsteret derimot relativt likt blant menn og kvinner.

Det er noen grupper av menn som skiller seg ut med særlig høy sannsynlighet for å ikke ha konsultasjon hos fastlege og legevakt. Det gjelder særlig menn født utenfor Norge eller med foreldre født utenfor Norge. Det gjelder også menn uten registrert partner eller ektefelle. Det er sannsynlig at noen av disse forskjellene skyldes forskjeller i underliggende helse og helsetjenestebehov. Eksempelvis kan vi forvente at personer som ikke er registrert med partner eller ektefelle er yngre enn personer med, og helsetjenestebehovet deres vil da kunne være lavere.

En styrke med denne studien er at vi studerer hele den norske befolkningen bosatt i Norge mellom 20 og 80 år, og dermed gjenspeiler datamaterialet hele populasjonen. Det er også en styrke at vi ser bort fra konsultasjoner relatert til graviditet og prevensjon, som ellers kunne tenke seg å drive en betydelig del av forskjellene mellom menn og kvinner.

En utfordring med studien er derimot at vi ikke kan observere det faktiske helsetjenestebehovet. Når vi sammenligner bruk mellom ulike grupper av menn og kvinner er det stor sannsynlighet for at også behovet deres er forskjellig, blant annet som følge av systematiske forskjeller i den underliggende helsen.

Forskjeller i helsetjenestebruk kan gjenspeile både ulike behov, forskjeller i barrierer, normer rundt hva man oppsøker helsetjenesten for og eller forskjeller i ønsker og prioriteringer. I denne rapporten kan vi ikke skille mellom disse tingene. Rapporten kan heller ikke si noe om konsekvensene av forskjeller i helsetjenestebruk og om dette eventuelt påvirker helsen på lengre sikt.

Det er en vanlig oppfatning at menn bruker helsetjenesten i mindre grad enn kvinner og publisert litteratur støtter denne oppfatningen (Kalseth 2020; Diaz 2015; Sandvik 2012). Menn sammenlignet med kvinner bruker fastlege mindre på grunn av forskjell i helsesøkende atferd (Yousaf 2013). Ifølge denne systematiske oversikten var de mest fremtredende barrierene for å søke hjelp var ikke villige til å uttrykke følelser/bekymringer om helse, forlegenhet, angst og frykt, og dårlig kommunikasjon med helsepersonell. Mindre bruk for menn kan også skyldes forskjeller i helse hos menn og kvinner, kvinner lever lenger, men med dårligere helse (Crimmins 2019; Oksuzyan 2008).

Blant menn med innvandringsbakgrunn finner vi en høy andel som ikke har brukt helsetjenesten de siste tre årene. Tidligere studier indikerer at språkferdigheter og lav helsekompetanse hindrer innvandrere fra bruk av helsetjenester (Kim G 2011; Zanchetta MS 2006), som er i tråd med våre funn.

Referanser

Crimmins, E. M., H. Shim, Y. S. Zhang and J. K. Kim (2019). "Differences between Men and Women in Mortality and the Health Dimensions of the Morbidity Process." Clin Chem **65**(1): 135-145.

Sandvik, Hogne; Hunskaar, Steinar; Diaz, Esperanza. (2012). Immigrants' use of emergency primary health care in Norway: a registry-based observational study. BMC Health Services Research 12, 308 (2012). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-308>

Diaz, E., A. Calderón-Larrañaga, A. Prado-Torres, B. Poblador-Plou and L. A. Gimeno-Feliu (2015). "How do immigrants use primary health care services? A register-based study in Norway." Eur J Public Health **25**(1): 72-78.

Kalseth, J. and T. Halvorsen (2020). "Health and care service utilisation and cost over the life-span: a descriptive analysis of population data." BMC Health Services Research **20**(1): 435.

Kim, G., C. X. Aguado Loi, D. A. Chiriboga, Y. Jang, P. Parmelee and R. S. Allen (2011). "Limited English proficiency as a barrier to mental health service use: a study of Latino and Asian immigrants with psychiatric disorders." J Psychiatr Res **45**(1): 104-110.

Oksuzyan, A., K. Juel, J. W. Vaupel and K. Christensen (2008). "Men: good health and high mortality. Sex differences in health and aging." Aging Clin Exp Res **20**(2): 91-102.

Yousaf, O., E. A. Grunfeld and M. S. Hunter (2015). "A systematic review of the factors associated with delays in medical and psychological help-seeking among men." Health Psychology Review **9**(2): 264-276.

Zanchetta, M. S. and I. M. Poureslami (2006). "Health literacy within the reality of immigrants' culture and language." Can J Public Health **97 Suppl 2**: S26-30.