

# Kunnskapsoppsummering om ulikheter i helse og livskvalitet i Norge siden 2014 – sammendrag

---

Først publisert: 01.08.2023

Sist faglig oppdatert: 01.08.2023



# Innhold

|                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------|----|
| 1. Bidragsytere .....                                     | 3  |
| 2. Anbefalinger .....                                     | 7  |
| 3. Innledning .....                                       | 12 |
| 4. Indikatorer for ulikhet i helse i Norge .....          | 16 |
| 5. Sosiale helsedeterminanter i Norge .....               | 21 |
| 6. Virkningene av covid-19-pandemien og dyrtid .....      | 39 |
| 7. Systemet for utjevning av helseforskjeller i Norge ... | 42 |
| 8. Referanser .....                                       | 50 |

## **Bidragstere**

## **Rapportskrivingsteam**

### **UCL**

Peter Goldblatt, Antia Castedo, Jessica Allen, Lorenzo Lionello, Ruth Bell, Michael Marmot

### **NTNU**

Dina von Heimburg, Ottar Ness

## **Dataanalyser og litteratursøk**

### **NTNU**

Solvor Solhaug, Magnus Rom Jensen, Lene Elisabeth Bertheussen

### **St. Olavs hospital**

Renate Kleivhaug Vesterbekkmo

### **SINTEF**

Arnild Myhr

### **Universitetet i Oslo**

Tilmann von Soest, Michal Kozák

## **Intervjuer**

### **Helse- og omsorgsdepartementet**

Marit Lie, Arne Marius Fosse, Ole Trygve Stigen

### **Helsedirektoratet**

Øyvind Giæver

### **Nasjonalforeningen for folkehelsen**

Tone Torgersen

### **OsloMet – storbyuniversitetet**

Espen Dahl, Hege Hofstad

## **Universitetet i Bergen**

Elisabeth Fosse, Tormod Bøe

## **NTNU**

Steinar Westin, Berit Berg

## **Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir)**

Nina Andresen, Guro Margit Horsberg Birkeland, Irene Prestøy, Sigrid Marie Orvik Benjaminsen

# **Bidragstydere – casestudier og annet skriftlig materiale, vurderinger og rådgivning**

## **NTNU**

Kristian Heggebø, Tuva Leite Arnø, Kristin Vinjerui, Anita Oxaas Karlsen, Borgunn Ytterhus, Unni Karin Moksnes, Hanne Nissen Bjørnsen, Steinar Krokstad, Bjørg Aglen, Signe Opdahl, Brita Fladvad Nielsen, Daniel Schofield, Siri Mordal, Ruca Maass, Monica Lillefjell, Bente Heggem Kojan, Veronika Paulsen, Karen Walseth Hara, Helene Berntsen Svensson, Marianne Tevik Singstad, Mark Hopfenbeck

## **University of Miami**

Isaac Prilleltensky

## **SINTEF**

Silje L. Kaspersen, Jorid Kalseth

## **Folkehelseinstituttet**

Bernadette Nirmal Kumar

## **NORCE**

Tonje Fyhn, Vigdis Sveinsdottir, Rebecca Lynn Radlick

## **OsloMet – storbyuniversitetet**

Espen Dahl, Kirsti Riiser, Hege Hofstad, Frode Restad

## **Høgskolen i Innlandet**

Christopher Le, Lars Lien

## **Nord universitet**

Ingunn Skjesol, Ove Jakobsen, Vivi Storsletten

## **UiT Norges arktiske universitet**

Siv Kvernmo, Rita Sørly

## **Universitetet i Agder**

Siri Håvås Haugland

## **Universitetet i Oslo**

Ragnhild Bang Nes, Espen Røysamb, Tilmann von Soest, Michal Kozák, Anne Bukten, Nicoline Lokdam

## **Universitetet i Sørøst-Norge**

Bengt Karlsson

## **Høgskulen på Vestlandet**

Jill M. Loga

## **Norges miljø- og biovitenskapelige universitet**

Camilla Ihlebæk

## **Nurture Development**

Cormac Russell

## **Trondheim kommune**

Kristin Tveranger Alfer, Lasse Arntsen, Sara Andersson

## **KS**

Une Tangen

## **BUA**

Monica Vogt

## **Kristiansand kommune**

Eirin Mølland, Eirik Abildsnes, Kristine Vigsnes

## **Viken fylkeskommune**

Ingebjørg Mæland, Åse Falch, Hilde Beate Aarø, Anni Skipstein, Sara Linnea Hovden

## **Familievernkontoret i Drammen, Bufetat, region sør**

Karianne Nguyen Knudsen

## **Frøya kommune**

Ingrid Kristiansen, Pia Kathrine Espnes Ohren

## **Livsglede for Eldre**

Siri Bjerkan

## **Sandnes kommune**

Steinvor Bråtveit

## **Frivillighet Norge**

Bjørn Lindstad

## **Kriminalomsorgen**

Hanne Grøneng

## **Oslo kommune**

Hildegunn Brattvåg, Erlend Rinke Maagerø-Bangstad, Inger Sønderland

## **Nasjonalforeningen for folkehelsen**

Tone Torgersen, Hedda Maurud

## **Erfaringssentrum**

Kristina Bakke Åkerblom, Torbjørn Mohn-Haugen

## **Sarpsborg kommune**

Hanne M. Rosbach

## **Reynd**

Ingvild Stjernen Tisløv

## Anbefalinger

### A) Gi alle barn en best mulig start på livet

Motvirke videreføringen av ulikheter fra en generasjon til den neste ved å:

- sikre lik tilgang til barnehager av høy kvalitet, som er sosialt inkluderende og kultursensitive
- styrke helhetlig koordinering av velferdstjenester, redusere byråkratiske barrierer for tilgang til nødvendig hjelp, og utvikle koordineringsmekanismer for samordnet støtte til familier
- øke den økonomiske støtten proporsjonalt med behov for å redusere barnefattigdom
- sikre at ressursene fordeles proporsjonalt i forhold til å møte behovene til barn av innvandrere, papirløse migranter og personer som lever i fattigdom. Særlig ved å øke tilgangen til barseltjenester og barnehager av høy kvalitet samt sikre at kontantstøtten ikke fungerer som et incentiv for å holde barn hjemme

### B) Gi alle barn, unge og voksne mulighet til å realisere sitt potensial fullt ut og ha kontroll over sine liv

Redusere andelen unge som ekskluderes gjennom utdannings- og opplæringssystemene eller som blir sosialt isolert ved å:

- redusere ulikheter i utdanning og læringsutbytte
- sørge for god balanse mellom akademiske og yrkesfaglige ferdigheter, og redusere frafall i utdanning
- innarbeide en helhetlig og systemisk tilnærming til skolegang og utdanning, sørge for meningsfulle læringsaktiviteter, og sikre støttende miljøer som stimulerer til mestring og opplevelser av å ha en betydningsfull rolle i fellesskapet
- fremme sosial inkludering og psykisk helse blant ungdom og unge voksne gjennom skolegang, i høyere utdanning og i arbeidslivet
- øke offentlige investeringer til opprettelse av lærlingplasser og styrke samarbeid med næringslivet, samt sørge for økt inkludering i lærlingordningene
- øke satsningen på utvikling av ferdigheter gjennom hele livsløpet proporsjonalt etter behov, med fokus på å imøtekomme behovene til personer som mangler ferdigheter og som ellers ville ført til ekskludering i arbeidslivet

### C) Skape et rettferdig arbeidsliv og gode jobber for alle

Styrke virkemidler som sikrer at alle får tilgang til arbeidslivet og arbeid av god kvalitet ved å:

- fremme ivaretagelse av gode ledelsesrutiner for å redusere muskel- og skjelettskader og yrkesrelatert stress
- forbedre kvaliteten på og evalueringen av tiltak for å få folk i arbeid

- øke deltagelsen i arbeidslivet for personer med nedsatt funksjonsevne og dårlig helse ved å styrke tilgangen til arbeid og sørge for gode støttesystemer
- sikre at lønnsnivå og arbeidsvilkår er tilstrekkelige for å ivareta arbeidstakernes helse og livskvalitet på tvers av alle sektorer og sosiale grupper, med særlig vekt på kvinner og innvandrere i sårbare situasjoner

## **D) Sikre en helsefremmende levestandard for alle**

Sikre tilstrekkelig inntekt for å ivareta helse og livskvalitet ved å:

- sikre bedre sammenheng mellom skattesystemet og velferdssystemet med tanke på omfordeling, og sørge for at de fattigste ikke blir hengende etter i samfunnsutviklingen
- tilby sikkerhetsnett i form av trygdeordninger som garanterer tilstrekkelig inntektskompensasjon for personer som ikke er i stand til å arbeide og for de som er mest utsatt for å miste jobben, samt redusere barrierer for tilgang til disse
- styrke digital inkludering ved å heve den digitale kompetansen og sørge for tilgang til elektronisk utstyr for personer i sårbare situasjoner

## **E) Skape og utvikle helsefremmende og bærekraftige steder og lokalsamfunn**

Sørge for helsevennlige og bærekraftige steder og lokalsamfunn ved å:

- styrke samskaping i lokalsamfunn og implementering av politikk og tiltak, samt støtte opp under at alle har mulighet til delta i frivilligheten og i lokalsamfunnet sitt
- sikre likeverdig tilgang til grøntområder og møteplasser i nærområdet
- utvide kollektivtransportsystemet i hele Norge, med overkommelig pris for bruk, redusere bilavhengigheten og legge til rette for en aktiv transport
- styrke tilgangen til kommunale boliger og boliger til overkommelig pris
- utvikle og håndheve standarder for bokvalitet som fremmer helse, også i den private utleiesektoren

## **F) Ta tak i sosial ekskludering av minoriteter og andre grupper som faller utenfor**

Redusere diskriminering og sosial og økonomisk ekskludering av minoritetsgrupper i sårbare situasjoner ved å:

- iverksette effektive tverrsektorielle tiltak som styrker tjenesteyternes innsats for å sikre likeverdig tilgang til, erfaringer fra og resultater av helsetjenester, utdanning og arbeid
- sikre meningsfull og reell medvirkning fra minoritetsgrupper i utvikling og gjennomføring av tjenester, tiltak og i lokalsamfunnsutvikling – med respekt for kulturell og religiøs tilhørighet, samtidig som man anerkjenner mangfoldet i ulike grupper og unngår stereotyper
- sikre en ressurs- og styrkebasert tilnærming i utforming og ytelse av tjenester for å få reell medvirkning fra minoritetsgrupper, herunder innsatte i fengsler, LHBTQ+-fellesskapet og personer med alvorlig psykisk sykdom og rusmisbruk

## **G) Styrke rollen til og effektene av sykdomsforebyggende arbeid**

Styrke forebyggende innsats ved å:

- øke andelen av det norske helsebudsjettet som settes av til forebyggende tiltak for å intensivere arbeidet med å redusere ulikhet i forhold som påvirker helse, iverksette folkehelseiltak som for eksempel vaksinasjon, samt tiltak for å endre levevaner
- legge prinsippet om proporsjonal universalisme til grunn for tiltak, for å redusere ulikheter i helseatferd
- bruke skatter, avgifter og regulering for å påvirke helserelatert atferd og sikre utjevning av ulikheter fremfor tiltak som sikter mot å påvirke individuelle valg

## **H) Fremme miljømessig bærekraft og utjevning av helseforskjeller samtidig**

Fremme miljømessig bærekraft og utjevning av helseforskjeller samtidig ved å:

- gjennomføre en bred konsekvensvurdering av hvordan Klimaplanen påvirker sosiale helseforskjeller, og tilpasse planen for å sikre sosial, helsemessig og økonomisk likeverdighet
- sikre forpliktelser til å prioritere aktiv transport og implementering av andre essensielle tiltak som fremmer miljøvern og utjevning av helseforskjeller
- utvikle lovgivning rettet mot utslipp av klimagasser i eksportsektoren og kreve at finansinstitusjoner og andre investorer kun investerer i selskaper og produkter som har forpliktet seg til netto nullutslipp
- sørge for allmenn bevisstgjøring om konsekvensene for helse og helseforskjeller av klimaendringene, og at folkehelsemyndighetene innlemmer dette i relevant planlegging og tiltak

## **Konsekvenser av covid-19-pandemien og Dyrtid**

Redusere ulikhetene i de sosiale, miljømessige og helsemessige konsekvensene av pandemien og dyrtid ved å:

- sørge for at det tas hensyn til skjevhetene i de sosiale og økonomiske konsekvensene av smitteverntiltakene under covid-19 i videre planlegging og implementering av myndighetenes politikk og strategier
- gjennomføre relevante og regelmessige vurderinger av hvordan dyrtid virker inn på menneskers sosiale og økonomiske posisjon og helse
- tilby ekstra ressurser, programmer og tiltak som kreves for å takle ulikheter i helse, livskvalitet og de sosiale påvirkningsfaktorene ved vedvarende dyrtid

## **Systemet for utjevning av helseforskjeller i Norge**

En nasjonal strategi og politikk for utjevning av helseforskjeller bør utvikles for å iverksette tiltak rettet mot de sosiale påvirkningsfaktorene og for å prioritere utjevning av forskjeller i helse og livskvalitet ved å:

- Sikre at strategien er i tråd med følgende prinsipper for handling rettet mot de sosiale påvirkningsfaktorene for helse og livskvalitet:
  - utvikle en 'livskvalitetsøkonomi' (well-being economy) tilpasset norsk kontekst
  - innovasjon i offentlig sektor
  - demokratisk deltakelse i politiske beslutninger på nasjonalt og lokalt nivå
  - sterke partnerskap mellom nasjonale og kommunale myndigheter og mellom sektorer og organisasjoner
  - gjennomføre konsekvensvurderinger knyttet til utjevning av helseforskjeller
  - proporsjonal universalisme
  - styrke ansvaret for og sørge for effektiv monitorering for utjevning av helseforskjeller
- Videreutvikle et system for utjevning av helseforskjeller som omfatter nasjonale og kommunale myndigheter, lokalsamfunn, frivillig sektor og interessegrupper, helseorganisasjoner, næringslivet samt offentlige tjenester.

Frivillig sektor og sivilsamfunnet bør fungere som en likeverdig partner i systemet for utjevning av helseforskjeller gjennom:

- å sikre ressurser for bærekraftig utvikling av sektoren og tilrettelegge for at tjenester, påvirkningsarbeid og representative roller settes i stand til å bidra
- å få mandat til å bidra med kunnskapsgrunnlag og informasjon til beslutningstakere og tjenesteytere
- å styrke kommunenes samarbeid med sektoren, og understøtte samarbeid om tjenester og utvikling av lokalsamfunn

Helsesektoren bør bidra til bedre helse og utjevning av helseforskjeller ved å:

- utvikle og ta i bruk ankerinstitusjoner i lokalsamfunnet (Forklaring: Dette kan for eksempel være forsterket samarbeid mellom en helseinstitusjon og aktører i lokalsamfunnet, som frivilligheten, barnehager og skoler, næringsliv og finansinstitusjoner. Hensikten er å bygge felles utviklingskraft i lokalsamfunnet)
- støtte pasienters leve- og arbeidsvilkår og levekårene i lokalsamfunnet
- ta rollen som pådriver for utjevning av helseforskjeller både lokalt og nasjonalt
- støtte helsepersonell og leverandører av helsetjenester slik at de har helsefremmende leve- og arbeidsvilkår
- redusere ulikheter i tilgangen til helsetjenester

Næringslivet bør bidra til utjevning av helseforskjeller ved å:

- støtte sine egne arbeidstakere
- sørge for sunne produkter og helsefremmende tjenester og investeringer
- vurdere innvirkningen de har på de bredere påvirkningsfaktorene for helse og livskvalitet på nasjonalt og lokalt nivå

Offentlige tjenester bør ha en sentral rolle i strategien for utjevning av helseforskjeller ved å:

- utvikle solide partnerskap og programmer sammen med næringsliv, frivillig sektor og andre sektorer
- utvikle seg til ankerinstitusjoner (Forklaring: Som for eksempel barnehager, skoler, bibliotek, arbeidsplasser og helseinstitusjoner som fokuserer på samskaping av innsatser og lokalmiljø som kan bidra til å utjevne ulikheter i helse og livskvalitet)

Vektlegging og prioritering av innsats for å redusere helseforskjeller bør styrkes i enkelte kommuner ved å:

- utvikle kompetanse, kapasitet og ledelse i kommunene rettet mot utjevning av helseforskjeller for å sikre større oppmerksomhet mot de sosiale påvirkningsfaktorene og gradienten i helse og livskvalitet

- styrke nasjonale myndigheters forpliktende ansvar for systemer som sikrer at alle kommuner tar en større del av ansvaret for utjevning av helseforskjeller, og sørge for bedre sammenheng i innsatser rettet mot de sosiale påvirkningsfaktorene for helse

## Innledning

### Bakgrunn for og bestilling av rapporten

Denne rapporten gir en kunnskapsstatus om ulikhet i helse og livskvalitet i Norge siden 2014. Rapporten er bestilt av Helsedirektoratet som et kunnskapsgrunnlag for utviklingen av en nasjonal strategi for å redusere sosiale ulikheter i helse. Rapporten er utarbeidet i et samarbeid mellom UCL Institute of Health Equity (IHE) og WellFare: Nordisk forskningssenter for livskvalitet og sosial bærekraft, Institutt for pedagogikk og livslang læring, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).

Norge er et land preget av høy – og stadig høyere – levestandard for store deler av befolkningen, men med til dels betydelige og økende sosiale og økonomiske ulikheter. Til tross for en lang tradisjon med å redusere disse ulikhetene ved hjelp av velferdspolitik og strukturelle tiltak, vedvarer og øker likevel ulikhetene i helse og i de sosiale helsedeterminantene for enkelte grupper (1,2). Som i mange andre land er de sosiale helseforskjellene størst i de største byene, og positive og negative drivere for helse er gruppert i ulike deler av byene (1,3,4).

Det er 16 år siden Norge vedtok sin første nasjonale strategi for å redusere sosiale helseforskjeller (5). Noen av de sentrale reformene som har blitt lansert eller implementert i forbindelse med Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller er folkehelseloven (2011), samhandlingsreformen (2012) og IA-avtalen (Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv). Det er i dag fornyet politisk interesse for å iverksette tiltak for å redusere helseforskjeller som skyldes sosiale forhold, og som dermed kan forebygges.

### Sentrale problemstillinger i rapporten

Rapporten gir oppdatert kunnskap om ulikheter i helse og livskvalitet og de sosiale helsedeterminantene i Norge. Den foreslår anbefalinger for politikktutforming, effektive tiltak og hvordan et system for utjevning av helseforskjellene kan videreutvikles i Norge. Den belyser lovende praksiser basert på eksempler fra Norge, også fra en rekke ulike kommuner, som kan oppskaleres og brukes av andre.

Fokuset i rapporten er på helseforskjeller, det vil si systematiske ulikheter i helse mellom sosiale grupper som kan unngås. Ulikhetene er et resultat av sosiale helsedeterminanter – forholdene mennesker er født, vokser opp, lever, jobber og eldes i – og de strukturelle driverne for disse forholdene – ulik fordeling av makt, penger og ressurser som former og påvirker dagliglivet (6).

Helse og livskvalitet følger en sosial gradient. Det vil si at både individene og gruppene - og lokalsamfunnene de tilhører, - har bedre helse jo høyere sosiale posisjon de har og jo bedre forholdene i dagliglivet er. Vi er opptatt av to beslektede indikasjoner på ulikhet. For det første ser vi på den sosiale gradienten som går gjennom hele samfunnet. For det andre ser vi på grupper i ytterkanten av den sosiale gradienten – de som befinner seg i de mest marginale eller sårbare situasjonene, med de dårligste sosiale og helsemessige forholdene.

I tillegg til det ovennevnte ble rapporten bestilt av Helsedirektoratet for å svare på flere konkrete spørsmål som er særlig relevante for situasjonen i Norge:

- i. Hvordan kan proporsjonal universalisme se ut i en kontekst der universelle velferdstjenester er utbredt?
- ii. Hvilke konsekvensutredningsverktøy kan brukes for å forstå og redusere sosiale ulikheter?
- iii. Hvilke faktorer i barndommen er viktige for å unngå reproduksjon av ulikhet?

- iv. Hvordan kan sunn skatteveksling bidra til å redusere sosiale helseforskjeller?
- v. Hvordan virker innvandring og innvandrerbakgrunn sammen med sosioøkonomiske faktorer på helseutfall?
- vi. Har pandemien avdekket behov for ny politikk og nye tiltak for å redusere sosiale helseforskjeller, i så fall hvilke?
- vii. Hva er helsesystemets rolle i arbeidet med å motvirke sosiale ulikheter i helse, og hvordan kan et rettferdig helsesystem se ut?

## Sosiale påvirkningsfaktorer i Norge

De sosiale påvirkningsfaktorene i Norge omfatter et bredt og komplekst spekter av både sosiale, økonomiske og miljømessige faktorer, samt politiske og kulturelle faktorer. Rammeverket til WHO-kommisjonen for sosiale helsedeterminanter har oppsummert dette:

Den sosioøkonomiske og politiske situasjonen i et land kan påvirke formen for og graden av sosial lagdeling, samt virkningene lagdelingen har på forholdene mennesker blir født, vokser opp, lever, arbeider og eldes under.

Sosial posisjon angir sentrale sider ved den sosiale lagdelingen. Dette reiser spørsmål om hvor omfattende lagdelingen er langs ulike dimensjoner i et bestemt samfunn.

Basert på menneskers sosiale posisjon, omfanget av den sosiale lagdelingen og den politiske situasjonen i landet opplever mennesker ulike typer eksponeringer, sårbarheter og konsekvenser knyttet til helse.

Figur E.1 er en bearbeidet versjon av WHO-kommisjonens rammeverk for sosiale helsedeterminanter fra 2008 (6). Den tar hensyn til nyere forskningsresultater og ekspertuttalelser, og legger vekt på de som er mest relevante for Norge.

Figur E.1 Rammeverk for sosiale helsedeterminanter i Norge



## De åtte Marmot-prinsippene

For å kunne oppnå en reduksjon i helseforskjeller kreves det tiltak i henhold til de seks politikkmålene som er skissert i rapportene UCL-IHE Fair Society, Healthy Lives fra 2010 og oppfølgingsrapporten Health Equity in England: The Marmot Review 10 Years On. Disse målene dekker de viktigste sosiale påvirkningsfaktorene for helse.

De seks Marmot-prinsippene er:

1. Gi alle barn en best mulig start på livet
2. Gi alle barn, unge og voksne mulighet til å realisere sitt potensial fullt ut og ha kontroll over sine liv
3. Skape et rettferdig arbeidsliv og gode jobber for alle
4. Sikre en helsefremmende levestandard for alle
5. Skape og utvikle helsefremmende og bærekraftige steder og lokalsamfunn
6. Styrke rollen til og effektene av sykdomsforebygging

Senere har det også kommet til to ytterligere prinsipper:

1. Ta tak i diskriminering, rasisme og konsekvensene av dette
2. Fremme miljømessig bærekraft og utjevning av helseforskjeller samtidig

Disse prinsippene tilsvarer de som er identifisert i rapportene til den svenske kommisjonen og av det norske fagrådet for sosial ulikhet i helse.

## Rapportens struktur

I rapporten gjør vi følgende:

- gjennomgår den viktigste tilgjengelige dokumentasjonen på ulikheter i helse og livskvalitet i Norge
- beskriver ulikhetene som eksisterer innenfor hvert av de åtte områdene som dekkes av Marmot-prinsippene, og identifiserer mekanismene og livsløpsprosessene som gir opphav til ulikhetene
- beskriver hvordan covid 19-pandemien reproduserte og i visse tilfeller forsterket de eksisterende ulikhetene i helse og livskvalitet, samt de sosiale påvirkningsfaktorene for disse
- skisserer hva slags system for utjevning av helseforskjeller det er behov for i Norge, for å ta tak i ulikhetene som er beskrevet i de foregående kapitlene
- presenterer hovedfunn og anbefalte tiltak

I tillegg presenterer vi eksempler på lovende praksiser. Eksempelene er ikke nødvendigvis basert på evalueringer som viser hva som fungerer, men illustrerer snarere hvordan de anbefalte prinsippene for handling som vi beskriver i rapporten kan gjennomføres i praksis.

# Indikatorer for ulikhet i helse i Norge

## Hovedfunn: Ulikheter i helse og livskvalitet

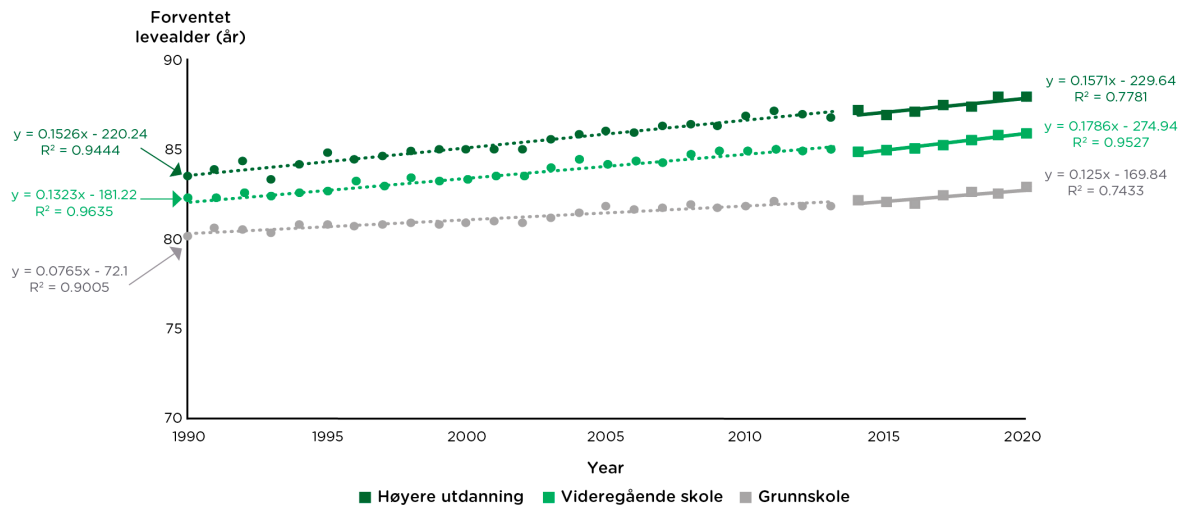
- Det er vedvarende ulikheter i forventet levealder og dødelighet i Norge målt etter både utdanningsnivå, yrke og inntekt. Ulikhetene følger en gradient som går fra høyere til lavere sosial og økonomisk posisjon.
- Forskjellene i leveår mellom de mest privilegerte og de mest vanskeligstilte gruppene er på mellom 3,5 og 5,5 leveår for kvinner og 5,0 og 7,3 leveår for menn. Tallet varierer noe ut fra hvilken indikator man bruker: utdanning, yrke eller inntektsnivå.
- Personer i den nederste delen av den sosioøkonomiske gradienten strever med flere livsbelastninger og dårligere levekår, og har betydelig kortere liv og dårligere helse.
- Det er klare helseforskjeller knyttet til utdanningsnivå, noe som fremgår av undersøkelser som omfatter selvrapportert helse, kronisk sykdom og psykisk helse.
- Blant den voksne delen av befolkningen rapporteres det om store ulikheter i symptomer på psykiske plager relatert til utdanningsnivå.
- Familiens økonomi og levekår har en gradert innvirkning på ungdommers livskvalitet – målt ut fra ensomhet, mestring, psykiske plager og opplevelsen av at man bidrar med noe – samt for hvilke forventninger de har til fremtidig livskvalitet.

Det er flere grupper som skårer betydelig dårligere på alle subjektive livskvalitetsindikatorer sammenlignet med befolkningen for øvrig. Grupper som er særlig utsatt for dårlig livskvalitet, er blant annet personer med lav inntekt, ingen eller svak tilknytning til arbeidslivet, kort utdanning, fysiske funksjonsnedsettelse, symptomer på psykiske lidelser, LHBTQ+fellesskapet, enslige og personer som er utsatt for diskriminering eller sosial ekskludering.

## Forventet levealder etter utdanning

Utdanningsnivå har i Norge i mange år blitt brukt for å følge med på helseforskjeller og mange av de sosiale determinantene for helse. I sin analyse av helseforskjeller fra 2015 brukte Dahl og van der Wel tilgjengelige data for å peke på at ulikhetene i forventet levealder etter utdanningsnivå for personer på 35 år hadde økt i Norge i hvert fall siden 1960-tallet (3). I figur E.2 fremgår det at ulikhetene i forventet levealder blant kvinner etter utdanningsnivå økte mellom 1990–2020. I perioden 1990–2013 var økningen i forventet levealder blant kvinner med høyere utdanning faktisk dobbelt så høy som for kvinner som bare hadde fullført grunnskolen (kvinner med høyere utdanning fikk 1,8 måneder lengre forventet levealder hvert år, sammenlignet med 0,9 måneder for kvinner med bare grunnskoleutdanning). Blant menn økte også ulikhetene i forventet levealder basert på utdanningsnivå, selv om økningen var lavere enn for kvinner: rundt 30 prosent større for personer med høyere utdanning enn de som bare har grunnskoleutdanning.

Figur E.2 Forventet levealder for kvinner på 35 år, etter utdanningsnivå – 1990 til 2020



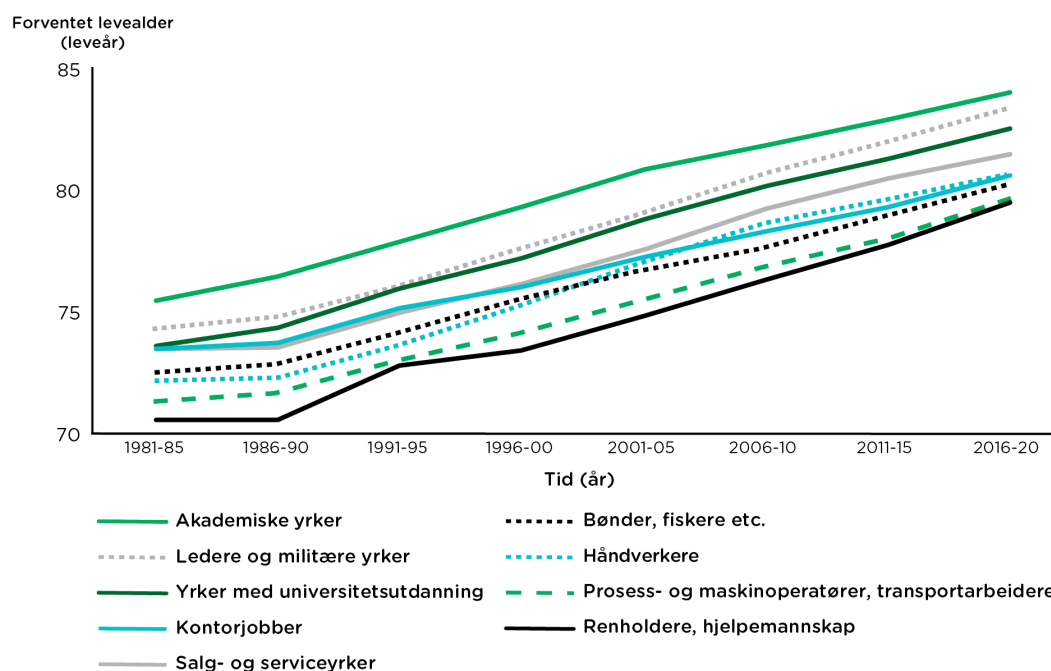
Kilde: FHI-databasen (7).

## Forventet levealder etter yrke

En alternativ metode (for klassifisering av enkeltpersoner) for å vurdere omfanget av helseforskjeller er å bruke yrkesgrupper som utgangspunkt for sammenligninger mellom grupper. Disse tallene er nylig oppdatert av SSB for å dekke utviklingen fra 1981–5 til 2016–20 (8). Figur E.3 viser at mens den forventede levealderen økte for hver av yrkesgruppene i løpet av 35-årsperioden, ble en tydelig og stort sett konsistent gradient opprettholdt over tid for menn, med et gap på nesten fem år mellom personer i akademiske yrker og renholdere både i 1981–5 og 2016–20.

Blant kvinner har veksten i forventet levealder etter yrke i Norge vært mindre bratt i perioden 1981–5 til 2016–20, men gapet mellom personer i akademiske yrker og renholdere har likevel blitt større – fra rundt 2 år i 1981–5 til 3,5 i 2016–20.

Figur E.3 Forventet levealder for menn ved fødselen, etter yrkesgrupper og femårsperioder, 1981-2020

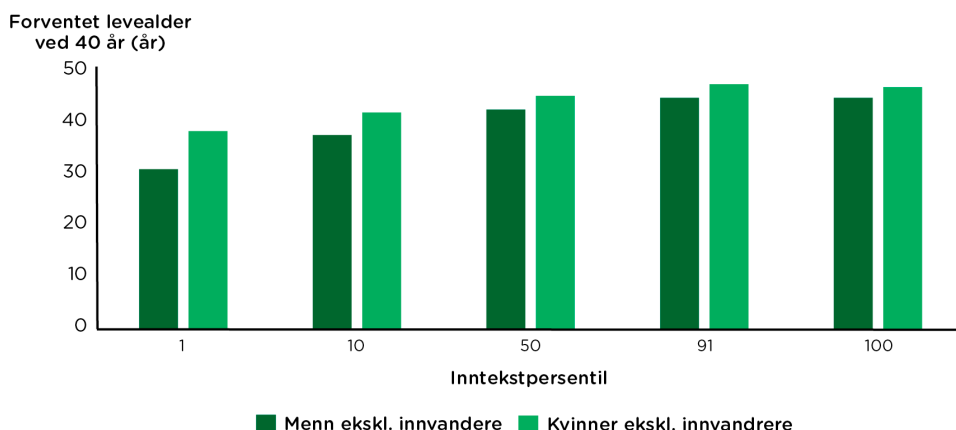


Kilde: Texmon (2022) (8).

## Forventet levealder etter inntekt

Det er også tydelige ulikheter i forventet levealder for både menn og kvinner etter husholdningsinntekt. Kinge m.fl. (2019) brukte norske registerdata som koblet husholdningsinntekt for de siste fem årene til dødelighetsdata i hvert av årene 2005 til 2015 for personer i alderen 40 år og oppover. Figur E.4 viser gjenstående forventet levealder ved 40 års alder i 2011–15 for utvalgte persentiler for husholdningsinntekt. Det var bratte stigninger opp til medianinntekt og svakere stigninger etter dette for både menn og kvinner. Gapet i forventet levealder ved 40 år mellom første og tiende persentil var på 6,53 år for menn og 3,56 for kvinner. Ytterligere gap som økte trinnvis på tvers av gradienten resulterte i et samlet gap mellom den øverste og nederste persentilen på 13,8 år for menn og 8,4 år for kvinner ved 40 års alder. Kinge m.fl. påpeker at over halvparten (50,6 prosent) av personer med inntekt i den laveste persentilen var aleneboende, og dette tallet faller eksponentielt på tvers av inntektspercentilene, bare 9,1 prosent av husstandene i den øverste persentilen bestod av aleneboende.

Figur E.4 Forventet levealder ved 40 års alder etter husholdningens inntekstpersentil og kjønn, innvandrere ikke medregnet, 2011-15



Kilde: Kinge m.fl. (2019) (9).

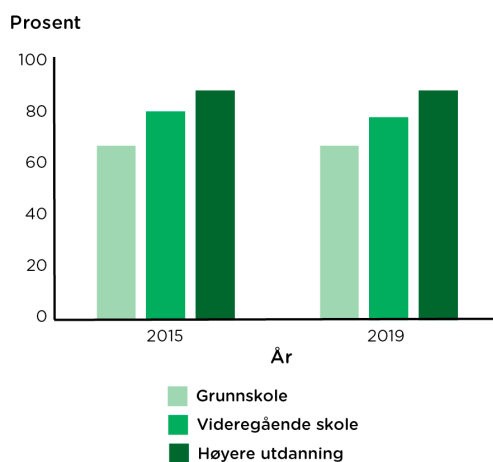
**Merk:**

*Det primære inntektsmålet var justert husholdningsinntekt, definert som husholdningens inntekt etter skatt dividert med kvadratroten av antallet husstandsmedlemmer, i gjennomsnitt for de foregående fem årene.*

## Selvrapportert helse

Det er klare helseforskjeller knyttet til utdanningsnivå, slik det fremgår av undersøkelser som omfatter selvrapportert helse, kronisk sykdom og psykisk helse. Figur E.5 viser at prosentandelen som vurderte sin egen helse som god eller svært god, økte fra 66 prosent blant personer med kun grunnskoleutdanning til 87 prosent blant personer med høyere utdanning både i 2015 og 2019.

Figur E.5 Aldersstandardisert andel respondenter som opplever sin egen helse som svært god eller god, etter utdanningsnivå, Norge, 2015 og 2019



Kilde: FHI-databasen (7).

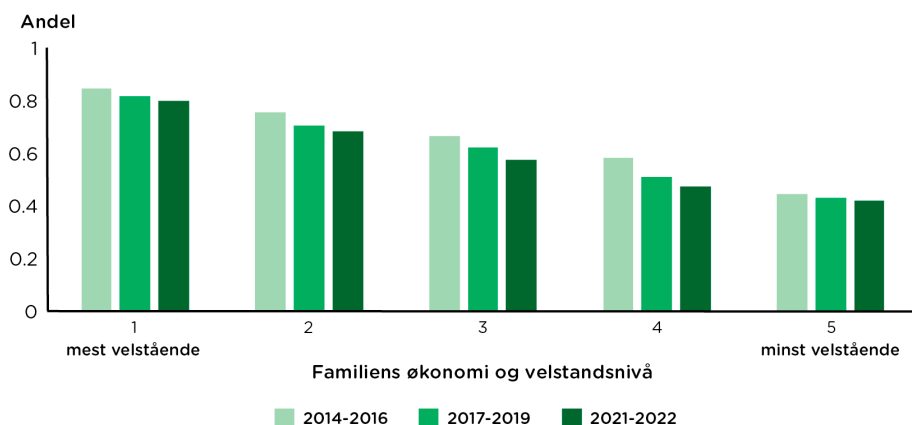
Tilsvarende ser vi at mens 43 prosent av personer med grunnskoleutdanning oppga at de har en kronisk sykdom som har vedvart seks måneder eller mer, var dette tilfellet for bare 30 prosent av dem med lengre utdanning.

## Ulikheter i livskvalitet og psykisk helse

Selv om nordmenn i snitt har høy livskvalitet, finnes det tydelige ulikheter knyttet til sosioøkonomisk posisjon. Blant personer med universitetsutdanning oppgir 18,6 prosent at de opplever lav grad av tilfredshet, mens det tilsvarende tallet er 38,6 prosent for dem som har fullført grunnskolen som høyeste fullførte utdanning (10).

Familiens velstand har en gradert innvirkning på ungdommers livskvalitet – målt ut fra ensomhet, mestring, psykiske lidelser og opplevelsen av at man bidrar med noe – samt for hvilke forventninger de har til fremtidig livskvalitet, som vist i figur E.6. Andelen gutter og jenter i ungdomsskolen som forventer å få et godt og lykkelig liv, har gått ned mellom 2014–16 og 2021–2022.

Figur E.6 Gutter på ungdomsskolen som forventer å få et godt og lykkelig liv, basert på familiens økonomi og velstand, 2014–16 til 2021–22



Kilde: Ungdata (11).

## Sosiale helsedeterminanter i Norge

### A) Gi alle barn en best mulig start på livet

#### Hovedfunn

##### Barselomsorgen

- Det finnes en rekke universelle tjenester av høy kvalitet som er tilgjengelige for mødre og barn i perioden før og etter fødsel. Til tross for dette finnes det sosiale forskjeller i utfall og virkninger som kunne vært unngått.
- Selv om de største ulikhetene knyttet til spedbarnsdødelighet ikke lenger finnes i Norge, som følge av langvarige, universelle tiltak og tilnærminger, finnes det fortsatt ulikheter knyttet til innvandrerkvinner erfaringer med tjenestetilbudene.
- Papirløse kvinner som har mottatt fødselsomsorg fra klinikker drevet av frivillige organisasjoner, har rapportert om utilstrekkelig svangerskapsomsorg.
- Dårlig forståelse eller mangel på informasjon fra barselpersonell henger sammen med svake norskkunnskaper og behov for tolk, i tillegg til flyktningstatus, lav utdanning og arbeidsledighet.

##### Barnehagen

- Norge har høy barnehagedekning og gode permisjonsordninger for foreldre. Barnehagen er imidlertid ikke gratis.
- Å gå i en barnehage av høy kvalitet er positivt for barnets utvikling, særlig for barn i familier med begrenset utdanning og lav inntekt. Barn fra familier med lav inntekt, kort utdanning og foreldre med minoritetsbakgrunn har lavere sannsynlighet for å gå i barnehage enn andre barn.
- Barn i familier der mor ikke er i arbeid, har mindre sannsynlighet for å gå i barnehage enn de som har mødre som jobber utenfor hjemmet.
- Kontantstøtten, som lar foreldrene velge om barna skal være hjemme eller gå i barnehage i alderen 13–23 måneder, mottas i uforholdsmessig stor grad av kvinner og bidrar trolig til å forsterke kjønnsulikheter knyttet til omsorg for barn.

##### Barnefattigdom

- Andelen barn som vokser opp i fattigdom har økt raskere i Norge enn fattigdommen i befolkningen for øvrig, og barnetrygden har ikke holdt tritt med inflasjonen.
- I 2020 bodde 11,7 prosent av barna i Norge i en husholdning med vedvarende lav inntekt.
- Barnefattigdom i Norge henger sammen med kort utdanning hos foreldre, svak tilknytning til arbeidslivet, innvandrerbakgrunn og status som enslig forsørger. Blant barn i lavinntektshusholdninger hadde 60 prosent innvandrerbakgrunn i 2020.
- Det er et tydelig geografisk mønster i fordelingen av barnefattigdom, med høyere nivåer i Oslo og omegn.
- Økningen i barnefattigdom i Norge gir sterke argumenter for å styrke finansieringen av ytelser og tjenester i tråd med økte levekostnader, og for å ta i bruk proporsjonal universalisme for å utjevne den sosiale gradienten i barns helse og utvikling.
- Behovet for aktivt å måtte søke om bestemte ytelser kan være til ulempe for personer med dårlige norskkunnskaper eller ferdigheter i å styre egen økonomi – mange av disse husholdningene strever sannsynligvis også med fattigdom.

## Barne- og familievern

- Barn av foreldre med lav sosioøkonomisk status har over fire ganger så stor sannsynlighet for å være i barne- og familievernet enn andre. Dette kan knyttes til sosiale påvirkningsfaktorer som utdanning, arbeid, levekår, helse og minoritetsbakgrunn.

Det er godt dokumentert at erfaringer fra de første leveårene påvirker helse og livskvalitet gjennom livet, noe som tilsier at det å gi alle barn en best mulig start på livet er det høyest prioriterte området. For det første vet man at ulikheter i barnets første leveår har en livslang virkning, som også forplanter seg på tvers av generasjoner. For det andre er det i denne livsfasen at tiltak for å hindre ulikheter har størst effekt for det enkelte barnet, men også for å forhindre at negative påvirkningsfaktorer forplanter seg fra en generasjon til neste. For det tredje, og relatert til de to foregående punktene, har målrettede tiltak i barnets første leveår vist seg å være kostnadseffektive og økonomisk lønnsomme (12).

De nordiske landene har en lang historie med å ivareta barnas livskvalitet og støtte nye foreldre i de mest avgjørende årene av barnas utvikling. Fødselsomsorgen i Norge anses generelt å være av høy kvalitet, og en nylig gjennomført norsk studie viser at sannsynligheten for at et spedbarn dør i løpet av sitt første leveår, er den samme blant de 10 prosent rikeste og de 10 prosent fattigste familiene i Norge etter 2015 (13). Selv om ulikheter i sannsynligheten for å overleve det første leveåret er utjevnet, og tjenestene i fødselsomsorgen tilbys universelt, er det vedvarende ulikheter i barnas tidlige utvikling. Gjeldende retningslinjer og strategiske tiltak ser ut til å ha en begrenset effekt når det gjelder å redusere ulikheter i barnas utvikling på lang sikt.

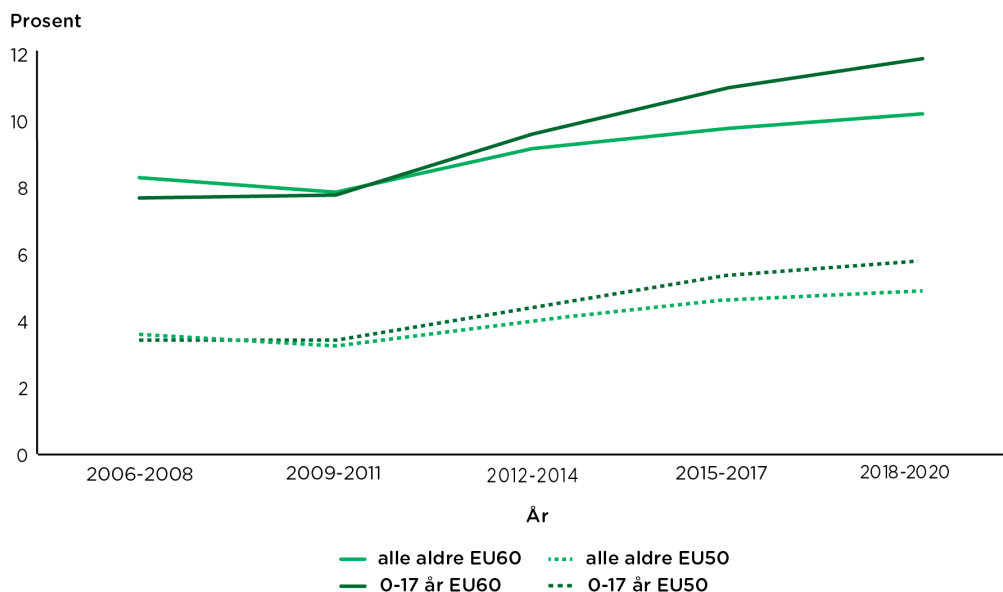
En viktig problemstilling blant innvandrere som nylig har kommet til landet, handler om i hvilken grad de forstår helseinformasjonen de får fra barselpersonell, ettersom manglende forståelse av helseinformasjon kan gi økt risiko for dårligere mødre helse. Papirløse innvandrerkvinner i Norge er ekskludert fra fastlegeordningen og fra trygdesystemet.

Studier har vist at det er en sterk og vedvarende sosial gradient i fordelingen av negative barndomserfaringer, som er mer utbredt blant personer som oppgir å ha kort utdanning eller økonomiske problemer og/eller mottar økonomisk sosialhjelp (14). Kronisk stress som følge av negative barndomserfaringer kan forstyrre læring og utviklingen av nødvendige ferdigheter i utdanning eller yrkesliv (15). I tillegg har slike opplevelser en negativ innvirkning på helsen.

Norge har høy barnehagedekning blant barn i alderen 1–5 år. 97 prosent av barn i alderen 3–5 gikk i barnehage i 2020. Barn fra familier med kort utdanning, lav inntekt og foreldre med minoritetsbakgrunn har mindre sannsynlighet for å gå i barnehage enn andre barn (16). Barneoppdragelsen og hjemmemiljøet for barn fra lavinntektsfamilier har konsekvent vist seg å være mindre gunstig for barnas utvikling når det gjelder kognitive evner og sosioemosjonell utvikling, enn hjemmemiljøet i mer privilegerte husholdninger (17,18). Ut fra et mål om barns utvikling betyr det at det er enda viktigere at barn fra lavinntekts husholdninger går i barnehage enn det er for barn fra bedrestilte husholdninger (19,20).

Barnefattigdommen i Norge har økt raskere enn fattigdommen i befolkningen som helhet, som vist i figur E.7. I 2020 bodde 11,7 prosent av barn i Norge i en husholdning med vedvarende lav inntekt (21). Barnefattigdom er skadelig for barnas tidlige utvikling, som i sin tur påvirker en rekke viktige sosiale påvirkningsfaktorer og helseutfall gjennom hele livsløpet. Foreldrenes oppdragerolle blir ofte fremhevet som sentral for barns utvikling i de første leveårene, men det er viktig å være oppmerksom på at barneoppdragelsen også henger sammen med familiens sosiale og materielle vilkår. Enkelt sagt er det lettere å være en god forelder når de sosiale og økonomiske forholdene er gunstige, med mindre stress og negative følelser, selv om det finnes både positive og negative tilnærminger til barneoppdragelse på tvers av den sosioøkonomiske gradienten.

Figur E.7 Prosentandel av husholdninger etter fattigdomsnivå (EU50- og EU60-indikatorene) for alle husholdninger og husholdninger med barn i alderen 0 til 17 år, Norge, 2006–8 til 2018–2020



Kilde: FHI-databasen (7).

Barnefattigdom i Norge er forbundet med kort utdanning hos foreldrene, svak tilknytning til arbeidsmarkedet, husholdninger med eneforsørgere og innvandrerbakgrunn (22). 6 av 10 barn fra lavinntektshusholdninger hadde innvandrerbakgrunn i 2020 (21). I tillegg til å ha svært lav inntekt opplever noen av disse familiene også ekstreme svingninger i inntekten. Boligkostnader er en stor belastning for enslige forsørgere – 45 prosent oppgir at høye bokostnader er et problem (10), som gjør at man har mindre til andre nødvendigheter, høyere gjeld og andre økonomiske problemer. Dette kan gi økt risiko for psykiske problemer. Den reelle verdien av økonomiske ytelser til barnefamilier har vært fallende siden før covid 19-pandemien, særlig for enslige forsørgere med barn i alderen 0–5 år, og barnetrygden har ikke holdt tritt med inflasjonen (10).

Behovet for aktivt å måtte søke om å motta bestemte ytelser kan være en ulempe for personer med dårlige norskkunnskaper eller lavere ferdigheter i å styre egen økonomi – samtidig som mange av disse husholdningene strever med fattigdom.

Økningen i barnefattigdom i Norge gir sterke argumenter for å styrke finansieringen av ytelser og tjenester i tråd med økte levekostnader, og for å ta i bruk proporsjonal universalisme for å utjevne ulikheter i de første leveårene og oppnå en større effekt når det gjelder utjevning av sosiale helseforskjeller.

Norge har en lang historie med å tilby velferdstjenester til barn og familier. Systemet for og organiseringen av familie- og barnevernet er imidlertid komplekst, og det overordnede ansvaret for gjennomføring av tiltak er fordelt på ulike instanser. Det er en betydelig sosial gradient når det gjelder hvilke familier som får tjenester fra barnevernet, som kan knyttes til sosiale determinanter som utdanning/arbeid, levekår samt helse- og minoritetsrelaterte forhold. Tjenestene som tilbys ulike sosialøkonomiske grupper varierer også (23).

## B) Gi alle barn, unge og voksne mulighet til å realisere sitt potensial fullt ut og ha kontroll over sine liv

## Hovedfunn

### Utdanningsnivå

- Det er store forskjeller i tallforståelse og leseferdigheter blant barn på femte trinn på barneskolen samt i ungdomsskolen, etter foreldrenes utdanningsnivå.
- Familiens sosioøkonomiske status er en sterk prediktor for barns utdanningsnivå og prestasjoner ved 15 års alder.
- Læringsstøtten som tilbys barn på seks år, har ikke stått i forhold til behovet, og har bidratt til å øke de sosiale forskjellene i utdanning.
- Det er systematiske sammenhenger mellom familiens velstandsnivå og ungdomsskoleelevers sosiale relasjoner, inkludert faktorer som mobbing og samspillet mellom lærer og elev.
- Mens 80 prosent av befolkningen fullfører videregående skole er det kun 30 prosent av de som har fått hjelp fra barnevernet som fullfører.

### Skolemat

- Tilbud om gratis, sunn skolemat i ett år forbedret det generelle kostholdet blant barn i alderen 10 til 12 år i grunnskolen, særlig blant barn av foreldre med kort utdanning.

### Psykisk helse og livskvalitet

- Det er en tydelig sosioøkonomisk gradient, med flere negative psykologiske symptomer og mer angst, uro og depresjon blant ungdom med lavere sosioøkonomisk status i aldersgruppen 16-18 år.
- Undersøkelser om ensomhet og helse har vist at alderskohortene 18–20 og 26–35 år er de mest ensomme av alle aldersgruppene som er analysert.

### Etter skolegang og NEETs

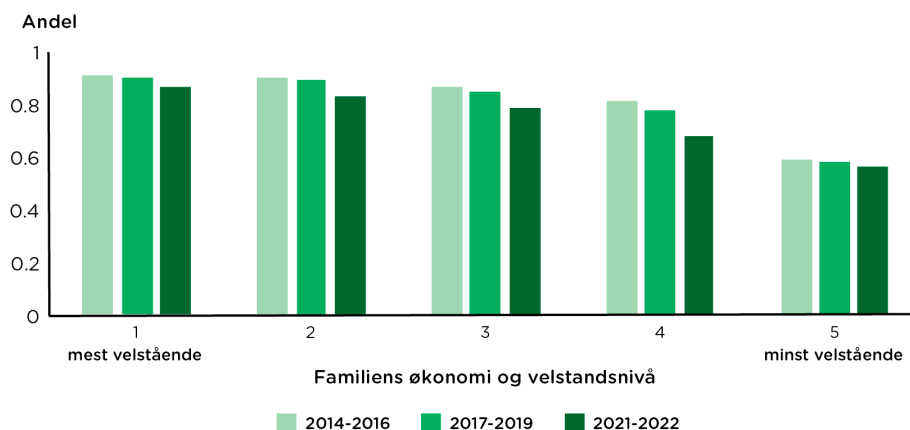
- En stor andel av norske unge som faller utenfor arbeid, utdanning eller arbeidsrettede tiltak (ofte omtalt som «NEETs» - Not in Education, Employment, or Training) har dårligere psykisk helse og lavere utdanningsnivå sammenlignet med andre europeiske NEETs.
- Mer enn halvparten av alle NEETs i Norge er unge som ikke har fullført videregående utdanning.
- Etter grunnskolen har elever fra lavere sosioøkonomiske grupper større sannsynlighet for å begynne med yrkesfag enn allmennfaglig videregående eller høyere utdanning, noe som har negativ innvirkning på senere inntekt og livskvalitet.

Det å tilby skolegang av høy kvalitet og sikre at flest mulig elever fullfører videregående skole er av avgjørende betydning for å utjevne sosiale forskjeller i helse og livskvalitet (24). Selv om et viktig mål for det universelle og obligatoriske utdanningssystemet i Norge er å fremme kompetanse og sosial mobilitet, viser tilgjengelige data at skolesystemet tvert imot delvis har bidratt til å forsterke sosiale forskjeller og øke andelen ungdom som blir hengende etter, særlig i de mest utsatte gruppene. Det er bekymringsfulle trender og store ulikheter i unges psykiske helse og livskvalitet som det er viktig å ta tak i.

Det finnes tydelige ulikheter i regne- og leseferdigheter knyttet til foreldrenes utdanning blant barn på femte klassetrinn, noe som fortsetter inn i ungdomsskolen og i videregående skole. Familiens sosioøkonomiske status er en sterk prediktor for barns utdanningsnivå og prestasjoner ved 15 års alder (25). Læringsstøtten som tilbys barn på seks år, har ikke stått i forhold til behovet for å gjøre barna klare for å begynne på skolen, og har bidratt til å øke de sosiale forskjellene i utdanningsnivå.

Det er systematiske sammenhenger mellom familieøkonomi/velstandsnivå og sosiale relasjoner og forhold på ungdomsskolen, inkludert faktorer som mobbing og samspillet mellom lærer og elev, som vist i figur E.8.

Figur E.8 Jenter i ungdomsskolen som oppgir at lærerne bryr seg om dem, etter familieøkonomi og velstandsnivå, 2014-16 til 2021-22.



Kilde: Ungdata (11).

I Norge tilbys skolelunsj på et mindretall av skolene. Det er dokumentert at universell gratis skolemat potensielt kan bidra til utjevning av helseforskjeller. I en studie blant barneskoleelever ble det vist at et gratis, sunt skolemåltid om dagen i ett år forbedret det generelle kostholdet blant barna, særlig for barn fra husholdninger med en lav sosioøkonomisk posisjon (26).

Det er tydelige ulikheter i andelen som fullfører utdanningen, som henger sammen med hvorvidt barnet har vært i kontakt med barnevernet eller ikke, og disse ulikhetene har betydning livet ut. Etter grunnskolen har elever fra lavere sosioøkonomiske grupper større sannsynlighet for å begynne med yrkesfag fremfor allmennfaglig videregående utdanning eller høyere utdanning (27). Dette påvirker i sin tur deres senere inntekt og livskvalitet, noe som gjenspeiles i at det er en høyere andel blant personer i alderen 25 år og oppover med bare grunnskoleutdanning som oppgir at de har problemer med å få endene til å møtes (10). Selv om Reform 94 lyktes i å gjøre yrkesrettet utdanning mer tilgjengelig generelt, førte ikke reformen til økt interesse for å satse på en akademisk karriere (28). Fremtidige reformer må underbygges av sterkere tiltaksordninger og tilrettelegging for personer som ønsker å ta videreutdanning.

I Norge står bare ni prosent av unge utenfor arbeid, utdanning eller arbeidsrettede tiltak (ofte omtalt som «NEETs» "Not in Education, Employment, or Training"), men mer enn halvparten av alle NEETs i Norge er imidlertid unge som ikke har fullført videregående skole (29). Det å ha status som NEET, selv om det bare er i en kort periode, har en negativ innvirkning på personens fremtidige økonomiske utsikter. Dette påvirker også fremtidige helse- og risikofaktorer for den neste generasjonen. En stor andel av norske unge som faller utenfor arbeid, utdanning eller arbeidsrettede tiltak har dårligere psykisk helse og kortere utdanning sammenlignet med andre europeiske NEETs (30). Det finnes lovende tiltak som viser hvordan marginaliseringsprosesser kan brytes, der unge får muligheten til å utvikle ferdighetene sine og redusere risikoen for å bli NEETs.

## C) Skape et rettferdig arbeidsliv og gode jobber for alle

### Hovedfunn

#### Arbeidsledighet og arbeidsmarked

- Arbeidsledighet er forbundet med negative helsekonsekvenser, herunder dårligere psykisk og fysisk helse og økt dødelighet.
- Selv om arbeidsledigheten samlet sett er lav i Norge, er det et betydelig antall personer som opplever vedvarende eller langvarig arbeidsledighet.
- Rundt 18 prosent av dem mellom 18 og 66 år var enten uten arbeid eller ikke i utdanning i 2019. Denne gruppen består i økende grad av personer som enten aldri har jobbet, eller som har stått utenfor arbeidslivet i lang tid.
- På hvert utdanningsnivå har personer med nedsatt funksjonsevne markant lavere sysselsettingsgrad enn andre.
- Strukturen i arbeidsmarkedet har rammet ufaglærte og de som ikke har fullført videregående opplæring, og ført til lavere sysselsetting blant disse gruppene.
- Det er også større sannsynlighet for fortsatt arbeidsledighet blant personer som deltar på arbeidsmarkedstiltak.
- Svak tilknytning til arbeidslivet øker også sannsynligheten for at den enkelte ikke deltar fullt ut på andre samfunnsområder.
- Dagpengeordningen sikrer et tilstrekkelig inntektsnivå og bidrar til god helse. Ytelsene er imidlertid av begrenset varighet, og om lag halvparten av alle registrerte arbeidsledige i Norge har ikke rett til dagpenger. I tillegg har mange som er uten arbeid, men som ikke er registrert som arbeidsledige, ikke nødvendigvis rett til stønad.
- Det mangler kunnskap om hvilke typer tiltak og oppfølging som fungerer best for personer med nedsatt arbeidsevne.

## Yrke

- Den høyeste forventede levealderen – opp til 85 år for menn og 88 år for kvinner – ser man i yrkene som krever lengst utdanning. Motsatt ser vi den laveste forventede levealderen – 79 år for menn og 82 år for kvinner – hos arbeidstakere i hotell- og serveringsbransjen.

## Arbeidsforhold

- Til tross for at Norge scorer høyt i snitt på arbeidsmiljø i internasjonal sammenheng, varierer arbeidsforholdene betydelig etter yrke – med ulikhet når det gjelder faktorer knyttet til arbeidsrelatert stress, herunder mulighet for å ta beslutninger om hvordan arbeidsoppgaver skal utføres og omfanget av repetitive arbeidsoppgaver.

## Lønn

- Tariffavtaler er viktig for å verne arbeidstakere mot lav lønn. I bedrifter uten tariffavtale økte lavtlønte jobber med 8 prosentpoeng mellom 2008 og 2018, mens de gikk ned med 4 prosentpoeng i bedrifter med tariffavtale.
- Andelen lavtlønte er størst i privat sektor (nesten 30 prosent) og lavest blant statsansatte (rundt 7 prosent).

Arbeid og sysselsetting er av kritisk betydning for den enkeltes helse og livskvalitet på flere måter, og som henger sammen (31). Deltakelse i – eller ekskludering fra – arbeidsmarkedet er bestemmende for et bredt spekter av livsmuligheter, som "formidles" gjennom yrkesinntekt og personens sosiale status og sosiale identitet. Trusler mot en persons sosiale status, som følge av ustabil jobb eller å miste jobben, påvirker helse og livskvalitet negativt. Dårligere materielle kår (f.eks. som følge av arbeidsledighet, økonomisk inaktivitet eller lavtlønte jobber) og å oppleve urettferdige lønnsvilkår, kan bidra til dårligere fysisk og psykisk helse. I tillegg kan eksponering for fysiske, ergonomiske og kjemiske farer på arbeidsplassen, fysisk krevende eller farlig arbeid, lang eller uregelmessig arbeidstid, skiftarbeid og langvarig stillesittende arbeid påvirke helsen til yrkesaktive negativt. Det samme gjelder for ansatte som befinner seg i et negativt psykososialt arbeidsmiljø preget av høye krav og lav kontroll, eller en ubalanse mellom arbeidsinnsatsen man legger ned og belønningen

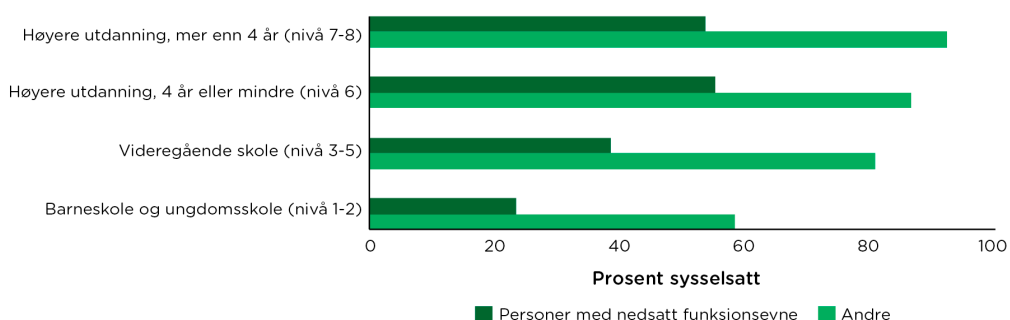
man får. Opplevelser av diskriminering, trakassering og urettferdig behandling forverrer stress og konflikter på arbeidsplassen. En jobb der alle slike negative aspekter ved arbeidet og arbeidsmiljøet minimeres, kan anses som «arbeid av god kvalitet».

De nordiske landene har lyktes med å kombinere universell velferd med en komprimert lønnsstruktur, kontinuerlig kompetanseutvikling, høy sysselsetting samt høy produktivitet og innovasjon (32). Nøkkelen bak den nordiske modellen har vært at størstedelen av arbeidsstyrken er fulltidsansatt i fast jobb. Det finnes imidlertid ulikheter også i sysselsettingen, med tilhørende konsekvenser for helse og helseforskjeller – særlig blant kvinner med lavere utdanning og personer med nedsatt funksjonsevne.

Ettersom det blir stadig færre jobber som ikke krever en eller annen form for formelle kvalifikasjoner, har strukturen på arbeidsmarkedet gått ut over ufaglært arbeidskraft og personer uten høyere utdanning. Sysselsettingsgraden svekkes dermed for denne gruppen som følge av den høye etterspørselen etter faglært arbeidskraft og den økte konkurransen om jobber (33). Det er en tydelig gradient i sysselsettingsratene for aldersgruppen 30–54 år etter utdanning som har økt over tid – med markant lavere nivåer for personer som bare har grunnskoleutdanning, særlig blant kvinner. Rundt 18 prosent av personer mellom 18 og 66 år var enten uten arbeid eller ikke i utdanning i 2019 (34). Denne gruppen består i økende grad av personer som enten aldri har jobbet, eller som har stått utenfor arbeidslivet i lang tid (35).

På hvert utdanningsnivå har personer med nedsatt funksjonsevne markant lavere sysselsettingsgrad enn andre – se figur E.9.

**Figur E.9 Prosent av personer i alderen 15–66 som er sysselsatt etter utdanningsnivå og om man har nedsatt funksjonsevne eller ikke, 2021**



Kilde: SSB-tabell 13492 (10).

Arbeidsledighet er forbundet med negative helsekonsekvenser, herunder dårligere psykisk og fysisk helse og økt dødelighet. Selv om arbeidsledigheten samlet sett er lav i Norge, er det et betydelig antall personer som opplever vedvarende eller langvarig arbeidsledighet. Det er også større sannsynlighet for fortsatt arbeidsledighet blant personer som deltar på arbeidsmarkedstiltak (10). Det norske systemet med dagpenger som erstatning for tapt inntekt er helsefremmende, ettersom det begrenser fattigdom og dårlige materielle kår og utjevner sosioøkonomiske helseforskjeller gjennom å sørge for et sikkerhetsnett for arbeidstakere med risiko for å miste jobben, eller som har mistet jobben. Det er imidlertid mange i Norge som står utenfor arbeidslivet, men som ikke har rett til dagpenger som følge av de strenge vilkårene for dette. Dette svekker de beskyttende effektene for helse og likhet i helse i betydelig grad. Ytelsene er også av begrenset varighet, og om lag halvparten av alle registrerte arbeidsledige i Norge har ikke rett til ytelser. I tillegg har mange som er uten arbeid, men som ikke er registrert som arbeidsledige, kanskje ikke rett til stønad.

Inaktivitet og svak tilknytning til arbeidsmarkedet skyldes en opphopning av ugunstige faktorer gjennom hele livsløpet, inkludert en vanskelig barndom, lav utdanning og kompetanse samt utvikling av helseproblemer som følge av dette. Effekten av den økte digitaliseringen, automatiseringen og bruken av ny teknologi kan forverre

situasjonen for grupper som allerede stiller svakt i arbeidsmarkedet. Disse svakerestilte gruppene består i økende grad av personer som enten aldri har jobbet, eller som har stått utenfor arbeidslivet i lang tid (35). Kvinner, innvandrere og lavt utdannede personer opplever oftere lengre perioder med inaktivitet. Det å være mottaker av helserelaterte stønader er også forbundet med langsiktig inaktivitet (36). Endrede yrkesstrukturer og kompetansekrav krever offensive tiltak som er mer målrettet og intensivert mot å ta tak i inaktivitet, enn det som er tilfellet i dag. Det er nødvendig med støtte til yrkesfaglig opplæring som er tilpasset dagens og fremtidens arbeidsmarkeder, for dem som ikke har eller sannsynligvis ikke vil oppnå akademiske kvalifikasjoner.

Strukturelle endringer, som er mest tydelig i veksten i servicesektoren, har ført til at det har vokst frem nye yrkesrelaterte risikoer. Det er økt bevissthet om den negative effekten psykososiale risikofaktorer har på arbeidstakernes helse og livskvalitet. I Norge er muskel- og skjelettlidelser en av hovedårsakene til sykefravær (37). Disse er ofte knyttet til stress som følge av det psykososiale arbeidsmiljøet, samt de fysiske og ergonomiske belastningene ved arbeidet. Til tross for høye gjennomsnittsnivåer i internasjonal sammenheng, varierer arbeidsforholdene betydelig etter yrke i Norge – med ulikhet knyttet til faktorer som arbeidsrelatert stress, som mulighet til å ta beslutninger om hvordan arbeidsoppgaver skal utføres og omfanget av repetitive arbeidsoppgaver (10). Blant menn finner vi den lengste forventede levealderen – 85 år – blant dem som har den høyeste utdanningen innen medisinske yrker, fulgt av andre som hovedsakelig har et yrke som krever universitetsutdanning. Motsatt ser vi den laveste forventede levealderen – 79 år – hos arbeidstakere i hotell- og serveringsbransjen, som kokker og kjøkkenpersonale. Blant kvinner ser vi den høyeste forventede levealderen – 88 år – blant akademikere, og den laveste blant arbeidstakere i hotell- og serveringsbransjen, på litt under 82 år (8).

Andelen lavtlønte er størst i privat sektor (nesten 30 prosent) og lavest blant statsansatte (rundt 7 prosent) (38). Andelen med kun grunnskoleutdanning er overrepresentert i lavtlønnsyrker (39).

## **D) Sikre en helsefremmende levestandard for alle**

### **Hovedfunn**

- Selv om Norge er et velstående land med høy BNP per innbygger – sjette høyeste BNP globalt i 2022 – er det både økende fattigdom og økende forskjeller i inntekt og formue som ikke blir korrigert gjennom skatte- og velferdssystemet.

### **Fattigdom**

- Fattigdom har en kumulativ (oppbyggende) negativ effekt på helse i et livsløpsperspektiv, og utilstrekkelig inntekt er forbundet med dårlig fysisk og psykisk helse på lang sikt samt økt dødelighet i alle aldersgrupper, i tillegg til en forventet levealder som er lavere enn gjennomsnittet.
- I 2021 var den samlede andelen av mennesker som lever i fattigdom i Norge relativt lav, der 4,8 prosent av befolkningen mottok halvparten av medianinntekten for norske husholdninger. Andelen som lever i fattigdom er imidlertid økende.
- Kvinner har høyere risiko for fattigdom i Norge enn menn – 14 prosent for kvinner og 11 prosent for menn i 2020.

### **Ulikheter i inntekt og formue**

- Inntektsulikhetene har økt siden 1980-tallet.
- Formuen til de øverste 10 prosentene har økt markant siden 2010, mens formuen til de nederste 50 prosentene knapt har økt. Gradienten i formue blir stadig brattere.

## Økonomisk sosialhjelp

- Et sterkt velferdssystem som gir tilstrekkelig økonomisk støtte til å kunne ha en helsefremmende livsstil og trygghet i møtet med uforutsette helseproblemer eller utgifter, er forbundet med bedre helse og mindre sosiale helseforskjeller.
- I Norge har personer som ikke kan delta i inntektsgivende arbeid, rett til økonomisk støtte fra arbeids- og velferdsetaten (NAV), forvaltet av kommunene. Nivået på støtten er imidlertid ofte lavere enn det som er nødvendig for å ha en levestandard som fremmer helse.
- Selv om det er et uttalt mål at sosialhjelp kun skal gis på kort sikt, fikk 40 prosent av mottakerne av sosialstønad utbetalinger i minst seks måneder, og de som mottar sosialhjelp i lengre perioder, har en tendens til å ha svært dårlig fysisk og psykisk helse.
- Personer med nedsatt funksjonsevne som var i arbeid hadde mindre sannsynlighet for å motta ytelser enn personer med nedsatt funksjonsevne som sto utenfor arbeidslivet.

## Digitalt utenforskap

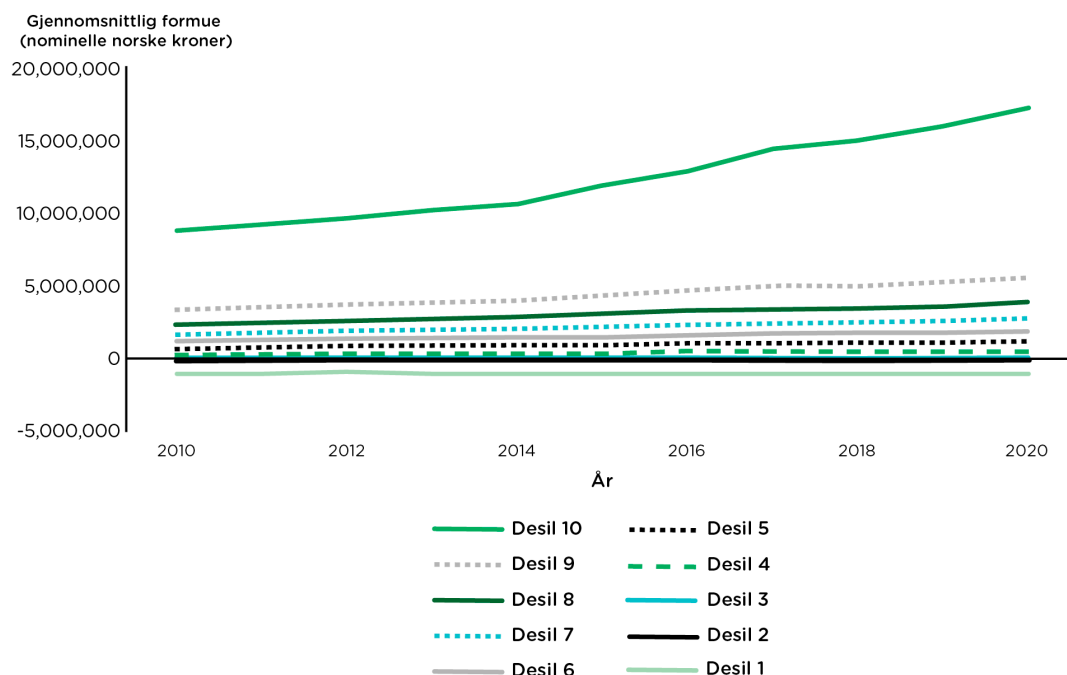
- Internetttilgang har blitt en stadig viktigere påvirkningsfaktor for helse.
- Ni prosent av befolkningen har lav grad av digital inkludering i samfunnet. Den sterkeste driveren er utdanning, men andre faktorer som å være pensjonist, eldre, arbeidsledig og bosatt i griskrendte strøk, har også betydning.

Selv om Norge er et velstående land med høy BNP per innbygger, er det både økende fattigdom og økende forskjeller i inntekt og formue som ikke blir korrigert gjennom skatte- og velferdssystemet. Selv om fattigdomsnivået er lavt i internasjonal sammenheng, er det enkelte bekymringsfulle trender som har negative konsekvenser for helse og likhet i helse, særlig den økende barnefattigdommen, økt fattigdom blant kvinner (særlig eneforsørgere) samt høyere grad av fattigdom blant innvandrere.

Inntektsulikhetene har økt siden 1980-tallet – Gini-koeffisienten har økt siden 1980-tallet, om enn med betydelig variasjon fra år til år, fra 0,21 i 1986 til 0,256 i 2014 (10).

Formuen til de øverste 10 prosentene har økt markant siden 2010, mens formuen til de nederste 50 prosentene knapt har økt. Formuesgradienten blir stadig brattere, som vist i figur E.10. Mens de fattigste 20 prosentene ikke har noen akkumulert formue, har den akkumulerte formuen økt hos de aller rikeste.

Figur E.10 Husholdningenes gjennomsnittlige nettoformue, etter desil 2010–20



Kilde: SSB-tabell 10318 (10).

Et sterkt velferdssystem som gir tilstrekkelig inntekt til å kunne ha en helsefremmende livsstil og trygghet i møtet med uforutsette helseproblemer eller utgifter, er forbundet med bedre helse og mindre sosiale helseforskjeller. For dem som er uten arbeid og ikke har rett til dagpenger, finnes det bare ett alternativ til inntektsstøtte: sosialhjelp. Dette er en marginal og behovsprøvd stønadsordning som ofte omtales som den norske velferdsstatens «siste sikkerhetsnett». Spesielt for personer med ingen eller liten arbeidserfaring ligger stønadene betydelig lavere enn fattigdomsgrensen. Selv om det er et uttalt mål at sosialhjelp kun skal gis på kort sikt, fikk 40 prosent av mottakerne av sosialstønad utbetalinger i minst seks måneder (10), og de som mottar sosialhjelp i lengre perioder, har en tendens til å ha svært dårlig fysisk og psykisk helse (40,41).

Det viktigste vilkåret for uførepensjon er at arbeidsevnen må være varig redusert med minst 50 prosent som følge av sykdom og/eller skade. Over tid har andelen uføretrygdde økt mer for kvinner enn for menn (42). Mens det har vært en økning i aldersgruppen 18 til 54, har andelen gått ned for aldersgruppen 55 til 67 år som følge av faktorer som bedre helse og muligheten til å ta ut alderspensjon fra 62 års alder (43). Personer med nedsatt funksjonsevne som var i arbeid, hadde mindre sannsynlighet for å motta ytelser enn personer med nedsatt funksjonsevne som sto utenfor arbeidslivet (10).

Digital ekskludering er en viktig faktor å ta hensyn til i og med at internetttilgang har blitt en stadig viktigere faktor for de bredere helsedeterminantene. Ni prosent av befolkningen har lav grad av digital inkludering i samfunnet. Den sterkeste driveren er utdanningsnivå, men andre faktorer som å være pensjonist, eldre, arbeidsledig og bosatt i grisorgrindte strøk har også betydning.

## E) Skape og utvikle helsefremmende og bærekraftige steder og lokalsamfunn

### Hovedfunn

## Fysiske og sosiale fellesskap

- Helsefremmende steder og fellesskap er viktig for å utjevne den sosiale gradienten i helse og livskvalitet. Dette inkluderer å styrke ressurser i lokalsamfunnet og redusere sosial isolasjon på tvers av den sosiale gradienten.
- Tilgangen til støttende nettverk er ulikt fordelt i befolkningen, og følger en sosial gradient der personer med lavere inntektsnivå og utdanning opplever mindre støtte enn de med høyere inntekt og utdanning.
- Innbyggere i Norge og lokalsamfunn anses ofte som mottakere og forbrukere av offentlige velferdsordninger, i stedet for å være involvert som aktivt samskapende medborgere. Det finnes imidlertid noen tegn på fremgang når det gjelder samskapende innsatser, som må styrkes og utvikles videre.

## Frivillig arbeid

- I Norge står frivilligheten sterkt. Personer som er engasjert i frivillig arbeid oppgir vesentlig lavere grad av ensomhet og bedre helse og livskvalitet. Andelen personer som engasjerer seg i frivillig arbeid, har imidlertid gått ned fra 63 prosent i 2019 til 55 prosent i 2021, og det er sosioøkonomiske ulikheter i deltakelse.

## Transport

- Nasjonal transportplan (NTP) har fokus på å knytte sammen befolkningen, hovedsakelig ved hjelp av private (elektriske) kjøretøy. Den tar ikke for seg ulikhetene i tilgjengelighet mellom og innenfor kommunene, og presenterer ikke løsninger for hvordan man kan inkludere de mest avsidesliggende områdene i landet på en bærekraftig måte.
- Den inneholder heller ingen konkrete planer for hvordan det planlagte målet om økt sykkelbruk i byområder skal nås.

## Boliger

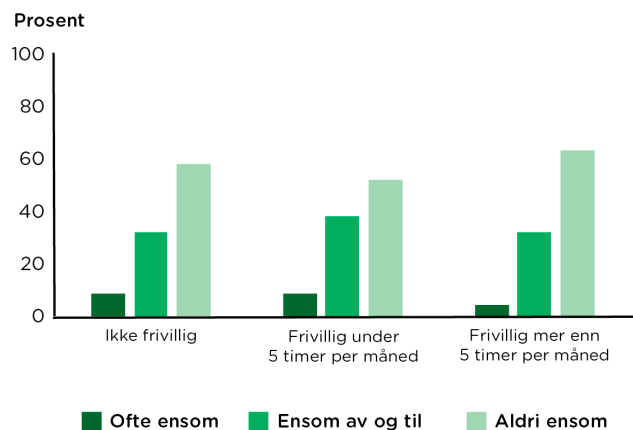
- Bolig påvirker helse, livskvalitet og sosiale ulikheter på en rekke måter, både når det gjelder trygghet i egen bolig, overkommelige boligpriser og bolikvalitet.
- I 2020 bodde 19 prosent av barn mellom 0–17 år i trangbodde husholdninger som påvirker helsen. I Oslo var tallet hele 36 prosent.
- Andelen langtidsleietakere har økt som følge av økte boligpriser i og rundt de største byene. Regjeringens hovedfokus har imidlertid vært å øke andelen boligeiere, snarere enn å sørge for kommunale boliger eller tiltak for å få flere inn på boligmarkedet. Dermed risikerer man at enda flere i den delen av befolkningen som har lav inntekt, faller utenfor.

Det å sørge for helsefremmende steder og fellesskap er sentralt for å utjevne den sosiale gradienten i helse og livskvalitet. Dette inkluderer å styrke ressurser i lokalsamfunnet og redusere sosial isolasjon på tvers av den sosiale gradienten. I kombinasjon med sosioøkonomiske drivere, spiller hverdagen der folk bor og lokalsamfunnet de er en del av, en kritisk rolle for deres helse og livskvalitet (44). Gjennom felles interesser eller sosiale møteplasser, kan lokalsamfunnene gjøre det mulig for mennesker å danne relasjoner som utgjør en ressurs for helse og livskvalitet gjennom hele livet og på flere områder: de gir emosjonell støtte i form av samvær og vennskap, tilgang til verdifull informasjon og læring samt praktisk støtte. Tilgangen til støttende nettverk er imidlertid ulikt fordelt i Norge, og følger en sosial gradient.

Norske innbyggere og lokalsamfunn anses ofte som *mottakere* og *forbrukere* av offentlige velferdsordninger, i stedet for å være involvert som aktive og samskapende medborgere. Det finnes imidlertid tegn på fremgang, som må styrkes og utvikles videre.

I Norge står frivilligheten sterkt. Personer som er engasjert i frivillig arbeid, oppgir vesentlig lavere grad av ensomhet og bedre helse og livskvalitet, som vist i figur E.11. Andelen personer som engasjerer seg i frivillig arbeid, har imidlertid gått ned fra 63 prosent i 2019 til 55 prosent i 2021, og det er sosioøkonomiske ulikheter i deltakelse.

Figur E.11 Fordeling av opplevelse av ensomhet etter tid brukt på frivillig arbeid, 2021



Kilde: Frivillighetsbarometeret (2021) (45).

Det er også store sosioøkonomiske forskjeller i andelen som deltar i frivillig aktivitet blant barn og unge: om lag 70 prosent av ungdom med foreldre som har god økonomi deltar i minst én organisert aktivitet, mens for barn fra de fattigste familiene er tallet 50 prosent for guttene, og bare 38 prosent for jentene. Barn i familier med høy sosioøkonomisk status deltar også i større grad i aktiviteter som idrett, musikk og andre kulturelle aktiviteter, mens barn fra lavere sosioøkonomisk bakgrunn har større sannsynlighet for å besøke ungdomsklubber og tilsvarende organisasjoner (46). Deltakelsen varierte også fra kommune til kommune, basert på andelen med lav utdanning i kommunen – jo høyere andel, jo lavere grad av deltakelse (11).

## Transport

Regjeringen har nylig fornyet Nasjonal transportplan (NTP) for de neste ti årene. Planen handler i liten grad om å øke tilgangen til grøntområder, men fokuserer på å knytte sammen befolkningen, konsentrert rundt et lite antall knutepunkter, med fortsatt vekt på personbiltrafikk. Det er også uklart hvordan planen skal bidra til at flere beveger seg til fots og på sykkel, selv om tilrettelegging for dette kanskje er det viktigste tiltaket innen urban mobilitet for å redusere utslipp og forbedre folkehelsen.

## Nabolag

De fysiske egenskapene til et sted har betydning for utjevning av helseforskjeller. Det å leve i et dårlig lokalmiljø kan bidra til ulikheter i helse og livskvalitet via en rekke påvirkningsfaktorer. Grøntområder skaper muligheter for fritidsaktiviteter og sosialisering, som igjen kan påvirke helse og livskvalitet. I tillegg spiller det å føle seg trygg hjemme og der du bor, en viktig rolle (47,48).

Bolig påvirker helse, livskvalitet og sosiale ulikheter på en rekke måter, både når det gjelder trygg tilgang til bolig, trygghet i boligen, overkommelige boligpriser og bokvalitet. Bolig har en direkte innvirkning på helseforskjeller, særlig når det gjelder kostnader, boforhold og muligheten til å bo i samme bolig over tid. I 2020 bodde 19 prosent av barn mellom 0–17 år i trangbodde husholdninger som påvirker helsen både på umiddelbar og lang sikt. I Oslo var tallet hele 36 prosent.

Veksten i boligprisene har overgått inntektsveksten, noe som har ført til at andelen langtidsleietakere har økt, særlig rundt de største byene. Regjeringens hovedfokus har imidlertid vært å øke andelen boligeiere, snarere enn å sørge for kommunale boliger eller tiltak for å få flere inn på boligmarkedet, noe som øker risikoen for at noen av de mest sårbare faller utenfor.

## **F) Ta tak i sosial ekskludering av minoriteter og andre grupper som faller utenfor**

### **Hovedfunn**

#### **Helse i innvandrerbefolkningen**

- Selv om innvandrere i Norge har det relativt bra sammenlignet med innvandrere i andre land, er det vedvarende sosiale og helsemessige forskjeller både mellom innvandrere og resten av befolkningen og innad i innvandrerbefolkningen.
- Opprinnelsesland er assosiert med ulikheter i levekår og helse. Dette gjelder særlig Asia og Afrika sammenlignet med Europa, Nord-Amerika og Australia. I tillegg påvirkes ulikhetene av årsakene til migrasjon samt oppholdsstatus (dvs. flyktninger og asylsøkere sammenlignet med økonomiske migranter), samt oppholdstid i Norge.
- Både lengre utdanning og høyere inntekt blant innvandrere er forbundet med bedre selvrapportert helse, lavere risiko for hjerte- og karsykdommer blant kvinner samt lavere risiko for diabetes. Lav inntekt er forbundet med psykiske problemer.
- Det er mangelfullt datagrunnlag og lite forskning på helse og bruk av helsetjenester blant personer med innvandrerbakgrunn.

#### **Sosiale påvirkningsfaktorer for helse blant innvandrere**

- Barn med innvandrerbakgrunn har større sannsynlighet for å leve i en familie med vedvarende lav inntekt enn andre barn.
- Andelen som går i barnehage er lavere blant barn mellom 1–2 år som snakker et minoritetsspråk, enn for andre barn. Selv om flertallet av minoritetsspråklige barn er konsentrert i Oslo og Drammen, har den relative økningen i antall vært større andre steder.
- Gutter som er født i utlandet, er gruppen med lavest utbytte av grunnskoleutdanningen.
- Gutter som er innvandrere, og gutter som er født i Norge av innvandrerforeldre, har vansker med å skaffe seg lærlingeplass. Dette kan tyde på at diskriminering er en faktor.
- I alderen 16–25 er andelen NEETs blant innvandrere rundt tre ganger høyere enn blant norskfødte unge.
- Inntektsnivået til innvandrere i alle utdanningskategorier er lavere enn for andre i samfunnet, med særlig lavt nivå blant innvandrerkvinner.
- Det vanligste velferdsproblemet blant innvandrere er trange eller utilfredsstillende boforhold, etterfulgt av manglende eller svært lav arbeidsinntekt.

#### **Den samiske befolkningen**

- Selv om samenes helsetilstand i hovedtrekk likner den til befolkningen for øvrig, har de høyere risiko for fedme, diabetes, hjerneslag og selvmord.
- Fornorskingspolitikken utsatte den samiske befolkningen for diskriminering i flere hundre år, og samisk ungdom opplever fortsatt mer diskriminering enn ikke-samer. Sannhets- og forsoningskommisjonen har i oppgave å granske fornorskingspolitikken og dens negative konsekvenser for samisk kultur, identitet og levekår.

## LHBTQ+

- LHBTQ+-befolkningen har en høyere andel av psykiske problemer enn den heteroseksuelle og den binære delen av befolkningen.
- LHBTQ+-grupper er utsatt for diskriminering, trakassering og mobbing, samt større økonomiske vansker, sammenlignet med majoritetsbefolkningen.
- Personer med innvandrerbakgrunn er sårbare for diskriminering både på grunn av kjønn eller seksuell legning og innvandrerbakgrunn.

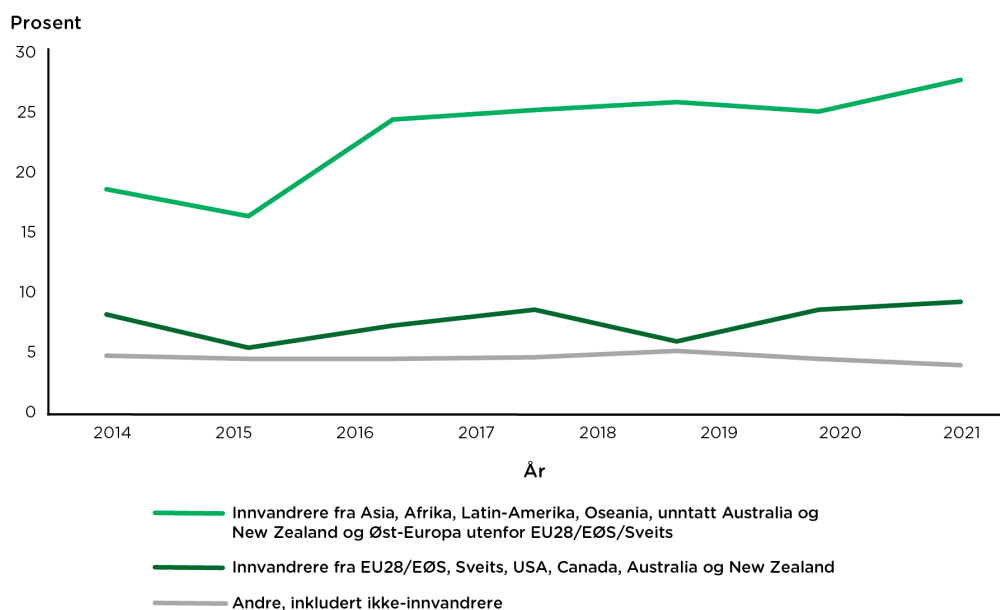
## Innsatte i fengsler

- Det er høyere sannsynlighet for at innsatte i fengsler har levd under dårlige kår som barn eller voksen enn befolkningen for øvrig.
- Soning ser ut til å forverre ulikheter gjennom isolasjon, stress og stigmatisering, og ved å redusere mulighetene til å kunne få seg jobb, noe som igjen påvirker de innsattes familier og barn.
- Mange innsatte har sammensatte psykiske utfordringer og rusproblemer. Mangel på egnet behandling gjør at helsen til mange innsatte forverres mens de sitter i fengsel.

Det er vedvarende sosiale og helsemessige forskjeller mellom innvandrere og den øvrige befolkningen, og innad i innvandrerbefolkningen. Det er en sosial gradient i helsen blant innvandrere. Høyere utdanning og høyere inntekt er forbundet med bedre selvrapportert helse. Høyere utdanning er også forbundet med lavere risiko for hjerte- og karsykdom blant innvandrerkvinner. Høyere inntekt er også forbundet med å ha lavere risiko for diabetes, mens lav inntekt er forbundet med psykiske problemer (49).

Faktorer som opprinnelsesland, årsakene til migrasjon (dvs. flyktninger og asylsøkere sammenlignet med økonomiske migranter), samt oppholdstid i Norge er assosiert med ulikheter i levekår og helse. Figur E.12 viser sammenhengen med problemer med å få endene til å møtes.

Figur E.12 Prosent av personer på 16 år eller eldre som har problemer med å få endene til å møtes, etter landbakgrunn, 2014–21



Kilde: SSB-tabell 13645 (10).

Det er ulikheter mellom elever med og uten innvandrerbakgrunn når det gjelder hvor rustet de er til å gå på videregående skole, målt etter karakterene elevene har oppnådd på ungdomsskolen. Mens høyest mulig poengsum er 60 poeng, var den gjennomsnittlige karaktersummen for barn med innvandrerbakgrunn på 39 i 2020, elevene uten innvandrerbakgrunn oppnådde 44 poeng i gjennomsnitt (50). Dette er viktig fordi karakterene fra ungdomstrinnet er den viktigste prediktoren for hvorvidt eleven vil fullføre videregående skole, og fordi det å droppe ut av videregående har blitt en stadig viktigere forklaringsfaktor for negative livsforhold i Norge. Gutter som er født i utlandet, er gruppen med lavest nivå av grunnskoleutdanning.

Både gutter som er innvandrere, og gutter som er født i Norge av innvandrerforeldre, har vansker med å skaffe seg lærlingeplass. Dette kan tyde på at diskriminering er en sannsynlig faktor. I alderen 16–25 er andelen NEETs blant innvandrere rundt tre ganger høyere enn blant alle norskfødte unge.

Sysselsettingen blant arbeidsinnvandrere er lavere i Norge enn blant personer som er født i Norge, med lavest nivå blant personer fra land utenfor EU27. Mens lengre opphold er forbundet med gunstigere utfall, er det enkelte ulikheter som vedvarer. Inntektsnivået til innvandrere på alle utdanningsnivåer er lavere enn for andre i samfunnet, med særlig lavt nivå blant innvandrerkvinner. Det vanligste levekårsproblemet blant innvandrere er trange eller utilfredsstillende boforhold, etterfulgt av manglende eller svært lav arbeidsinntekt (51).

Den samiske befolkningen har blitt utsatt for etnisk diskriminering og statlig assimileringspolitikk gjennom den såkalte fornorskingspolitikken, for eksempel ved at samisk språk ble forbudt i skolen. De siste tiårene har det vært en bedring i samenes politiske situasjon, da de er anerkjent som urfolk i Nord-Skandinavia, og det er opprettet nasjonalt sameting i Norge, Sverige og Finland. Samisk ungdom opplever imidlertid fortsatt mer diskriminering enn ikke-samisk ungdom. Selv om samenes helsetilstand i hovedtrekk kan sammenlignes med befolkningen for øvrig, har de høyere risiko for fedme, diabetes, hjerneslag og selvmord.

LHBTQ+-grupper er utsatt for diskriminering, trakassering og mobbing samt større økonomiske vansker sammenlignet med majoritetsbefolkningen. Personer med innvandrerbakgrunn er sårbare for diskriminering både på grunn av kjønn eller seksuell legning og innvandrerbakgrunn.

Soning forverrer eksisterende ulikheter gjennom isolasjon, stress, stigmatisering og ved å redusere mulighetene til å kunne få seg jobb, som igjen påvirker de innsattes familier og barn. Mange innsatte har sammensatte psykiske utfordringer og rusproblemer. Mangel på egnet behandling gjør at helsen til mange innsatte forverres mens de sitter i fengsel.

Dødeligheten hos personer med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser er langt høyere enn for befolkningen for øvrig, og studier peker på at denne gruppen kan ha opptil 35 års redusert forventet levealder sammenlignet med resten av befolkningen. Risikoen for selvmord og overdoser er også høyere enn for noen annen gruppe i samfunnet. Mange pasienter med ruslidelser og psykiske lidelser opplever ensomhet og manglende sosial tilhørighet, og den økonomiske situasjonen deres er et hinder for å delta i fellesskapet. Det viktigste tiltaket for å bøte på dette vil være å sørge for at flere i disse gruppene kommer i vanlig arbeid, slik at de kan tjene egne penger. De som ikke kan jobbe bør få en anstendig uførepensjon og tilbud om gjeldstiltak.

## **G) Styrke rollen til og effektene av sykdomsforebygging**

### **Hovedfunn**

### **Helseatferd**

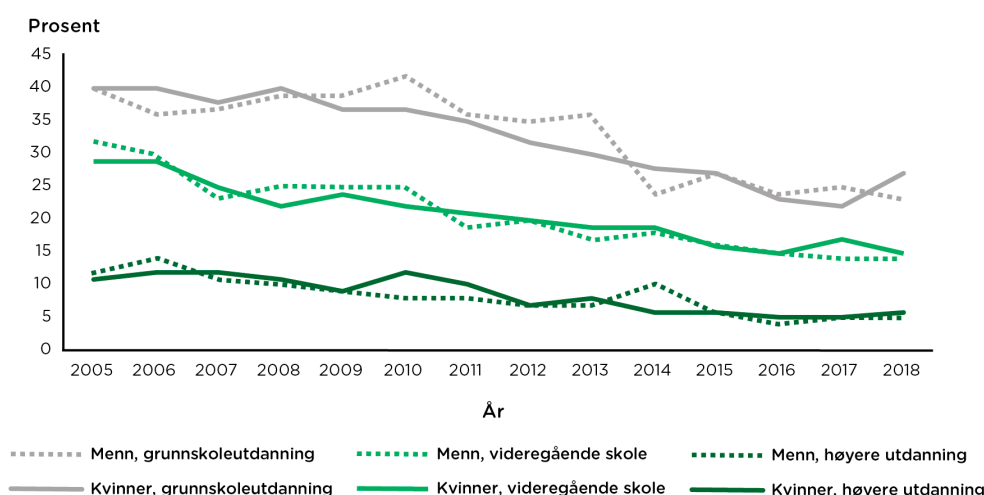
- Selv om antallet som røyker har gått ned siden 2005, er det fortsatt en tydelig gradient i røyking etter utdanning – sannsynligheten for at noen med grunnskoleutdanning røyker, er over fem ganger så høy som for personer med lengre utdanning.
- Andelen røykere er likt fordelt mellom kvinner og menn i hver utdanningskategori.
- Det er tydelige sosiale ulikheter i fedme etter utdanningsnivå.
- Siden 2012 har graden av fedme økt – fra 14 til 21 prosent i 2019 blant dem med grunnskoleutdanning, og fra 8 til 11 prosent blant dem med høyere utdanning.
- Grupper med kort utdanning og yrkesmessig posisjon har et høyere forbruk av sukkerholdig drikke og salt mat, og lavere forbruk av frukt, bær og grønnsaker enn grupper med lengre utdanning og høyere yrkesstatus.
- Mens 20 prosent av dem med kort utdanning aktivt oppsøkte sunnere alternativer for en gitt matvare, var tallet 46 prosent for dem med lengre utdanning, og tilliten til merking av matvarer som «sunnere» var også høyest blant sistnevnte.
- Det er en tydelig sammenheng mellom utdanning og fysisk aktivitet, men forskjellene ble noe redusert mellom 2015 og 2019, da nivået på fysisk aktivitet økte generelt.

## Effekt av tiltak for å redusere ulikheter i helseatferd

- Det største potensialet til å redusere sosiale ulikheter i sunt kosthold, er gjennom en målrettet skatte- og avgiftspolitik for matvarer, mens tiltak som er direkte rettet mot den enkeltes kosthold kan bidra til økning av sosial ulikhet i sunne spisevaner.
- Forbruket av sukker og sukkerholdige produkter i Norge falt fra 45 kilo per person i 1979 til 24 kg per person i 2019 etter innføringen av sukkeravgiften i 1981. Disse avgiftene ble opphevet i 2021.
- Foreldre med kort utdanning eller som er arbeidsledige, har mindre tillit til barnevaksinasjonsprogrammet. Disse gruppene er også mer bekymret for hvor trygt det er å bli vaksinert enn andre foreldre.

Forholdene i dagliglivet påvirker folks atferd, som i sin tur påvirker deres helse og levetid. Selv om det er en betydelig sosial gradient i andelen daglig røykere, der de med høyere utdanning røyker minst, har det vært en nedgang i røyking på tvers av alle utdanningsnivåer. I 2018 var sannsynligheten for at noen med grunnskoleutdanning røykte, over fem ganger så stor som for en med høyere utdanning – som vist i figur E.13. Innenfor hver utdanningskategori har andelen menn og kvinner som røyker vært lik.

Figur E.13 Prosentandel daglige røykere etter kjønn og utdanningsnivå, Norge, 2005–2018



Kilde: FHI-databasen (7).

Det er også klare ulikheter knyttet til utdanningsnivå når det gjelder fedme, inntak av sukkerholdig drikke, salt mat, frukt, bær og grønnsaker samt fysisk aktivitet. Andelen som har fedme har økt kraftig siden 2012 – fra 14 prosent til 21 prosent i 2019 blant dem med kun grunnskoleutdanning, og fra 8 prosent til 11 prosent blant dem med høyere utdanning. Da gradienten i daglig fruktinntak ble redusert mellom 2015 og 2019, var dette på grunn av en nedgang i fruktinntaket blant de med mer utdanning, som dermed bidro til å flate ut gradienten. Randomiserte kontrollerte studier i skolene har vist at den nasjonale skolefruktordningen med gratis frukt, som varte mellom 2007 og 2014, førte til økt forbruk av frukt og grønnsaker hos skolebarn.

Det største potensialet til å redusere sosiale ulikheter i sunne kostholdsvaner er gjennom en målrettet skatte- og avgiftspolitik for matvarer, mens tiltak som er direkte rettet mot enkeltpersoners kosthold kan bidra til en økning av sosial ulikhet i sunne spisevaner. En kunnskapsoppsummering av modellerte avgiftsendringer viste at en økning på ti prosent kunne redusere brusforbruket med 0,6 prosent, mens en reduksjon på ti prosent i prisen på frukt og grønnsaker kunne øke forbruket med 2,1 prosent. Når det gjelder mettet fett, kan en økning i prisen på én prosent redusere energiinntaket fra mettet fett med 0,02 prosent i gjennomsnitt. Kunnskapsoppsummeringen viste også at det var et potensiale for reduksjon av kostholdsrelaterte forskjeller på befolkningsnivå ved hjelp av en aktiv avgiftspolitik (52).

Sukkeravgiften, som ble innført i 1981, bidro trolig – sammen med andre tiltak – til nedgangen i forbruket av sukker og sukkerprodukter i Norge, fra 45 kg per person i 1979 til 24 kg per person i 2019. Disse avgiftene ble opphevet i 2021.

Helsekompetanse handler om grunnleggende kunnskap, ferdigheter og motivasjon som gjør den enkelte i stand til å finne, forstå, vurdere og ta i bruk helseinformasjon til å ta informerte helserelaterte valg i hverdagen (53). Mange nordmenn mangler kunnskapen og ferdighetene som kreves for å benytte seg av helsetjenestene og realisere ideen om pasientsentrerte helsetjenester. Én studie har vist at kvinner og personer med utdanning ut over videregående skole kan ha noe bedre ferdigheter på dette feltet (Le et al., 2021). Foreldre med lavt utdanningsnivå eller som er arbeidsledige, har mindre tillit til barnevaksinasjonsprogrammet. Denne gruppen er også mer bekymret for hvor trygg en vaksine er enn andre foreldre.

## **H) Fremme miljømessig bærekraft og utjevning av helseforskjeller samtidig**

### **Hovedfunn**

#### **Innvirkning på fordeling av helse i befolkningen**

- Miljømessig bærekraft og utjevning av helseforskjeller er uløselig knyttet sammen ettersom klimaendringer, miljødeleggelser og tap av biologisk mangfold påvirker fysisk og psykisk helse og rammer levekårsutsatte mennesker og samfunn i uforholdsmessig høy grad.
- De direkte konsekvensene av klimaendringene omfatter også konsekvenser for helse som følge av hyppigere ekstremvær.
- De indirekte effektene av klimaendringene på helse og ulikheter omfatter både økte priser på matvarer, vann og strøm, med påfølgende økt fattigdom, arbeidsledighet og angst.

#### **Mer likeverdige livsvilkår gjennom å redusere miljøskadelige praksiser**

- Beslutningstakere i kommunene, sivilsamfunnet og næringslivet kan jobbe for å oppnå felles gevinster ved å forbedre miljøet og fremme helse og likeverd.
- Miljømessig bærekraft, helse og likeverd er overlappende prioriteringer særlig med hensyn til forvaltning av grøntområder, naturmiljøer, luftforurensning, transport, fysisk aktivitet, boliger og bygninger, et sunt

og bærekraftig kosthold og en sunn og bærekraftig økonomisk modell. Dette inkluderer en tilnærming som ligger til grunn for en økonomi som fremmer livskvalitet («well-being economy»).

## Arbeidet med klimamålene og forbedringsområder

- Fornybar energi utgjør 98 prosent av Norges energikilder, og Norge er verdensleder i bruken av elbiler.
- Norges Bank tok et positivt skritt i retning av å overholde målene i Parisavtalen i 2022 ved å fastsette et mål om netto nullutslipp for alle selskapene i bankens portefølje innen 2050.
- Selv med en forpliktelse om å redusere utslippene innenlands, utgjorde Norges råolje- og gass eksport 60 prosent av den totale verdien av norsk eksport i 2021.
- Klimaplanen for 2021–2030 beskriver Norges behov for å gjennomgå en stor omstilling for å nå klimamålene og gjennomføre klimatiltak. Selv om mange av tiltakene vil ha en gunstig innvirkning på arbeidet med utjevning av helseforskjellene, bør planen ha et større fokus på å redusere sosioøkonomiske ulikheter.
- Forpliktelser mot netto nullutslipp må følges opp med konkrete tiltak for å innfri disse. Ifølge en uavhengig vurdering må Norge styrke dagens klimapolitikk for å nå det nasjonale målet om å redusere klimagassutslippene med minst 50 prosent og med 55 prosent innen 2030 sammenlignet med 1990.

Miljømessig bærekraft, helse og likeverd er overlappende prioriteringer som inkluderer grøntområder, luftforurensning utendørs, transport, boliger og bygninger, et sunt og bærekraftig kosthold samt en sunn og bærekraftig økonomisk modell som også inkluderer en økonomi som fremmer livskvalitet («well-being economy»). Selv om vi har forpliktet oss til å redusere utslippene innenlands, utgjorde Norges råolje- og gass eksport 60 prosent av den totale verdien av norsk eksport i 2021. Forpliktelser om netto nullutslipp må følges opp med konkrete tiltak for å innfri disse.

Beslutningstakere i kommunene, sivilsamfunnet og næringslivet kan støtte en tverrsektoriell «vinn-vinn-vinn»-tilnærming ved å forbedre miljøet og fremme helse og likeverd (55). Viktige områder der miljømessig bærekraft, helse og utjevning av ulikheter er overlappende prioriteringer, er blant annet:

- Grøntområder – folk med en lav sosioøkonomisk posisjon har dårligere tilgang til grøntområder av god kvalitet, men har større nytte av dem.
- Luftforurensning utendørs – folk som bor i utsatte boligområder, utsettes for høyere nivåer av luftforurensning.
- Aktiv transport (sykling, gange, bruk av offentlig transport) – et skifte til mer aktiv transport har miljø- og helsemessige fordeler og kan bidra til å redusere luftforurensning og karbonutslipp samt gi økt fysisk aktivitet.
- Energieffektive boliger og bygninger.
- Sunt og bærekraftig kosthold og matsvinn – personer med lav sosioøkonomisk status har et mer usunt kosthold. Produksjon av plantebasert mat genererer mindre CO<sub>2</sub> enn kjøttproduksjon, samtidig som det gir økt forbruk av frukt og grønnsaker.
- En helsefremmende og bærekraftig økonomisk modell – den nåværende økonomiske modellen, som er tuftet på oljeinntekter og består av en syklus av produksjon, forbruk og "bruk og kast", må endres til en økonomisk modell med fokus på å ivareta mennesker og planeten vi bor på, nå og for fremtidige generasjoner.

Miljømessig bærekraft og utjevning av helseforskjeller er uløselig knyttet sammen, ettersom klimaendringer, miljødeleggelser og tap av biologisk mangfold påvirker fysisk og psykisk helse, og rammer fattige mennesker og samfunn i uforholdsmessig høy grad. De direkte konsekvensene omfatter også konsekvenser for helse som følge av hyppigere ekstremvær. De indirekte effektene av klimaendringene på helse og ulikheter omfatter både økte priser på matvarer, vann og strøm, med påfølgende økt fattigdom, arbeidsledighet og angst.

# Virkningene av covid-19-pandemien og dyrtid

## Hovedfunn

### Effektene av covid-19-infeksjon og vaksinasjonsprogrammet på fordeling av helse

- Covid-19-pandemien avdekket og forsterket ulikheter i både helse- og sosioøkonomiske forhold.
- Koronakommisjonen viste at Norge var blant de europeiske landene med lavest dødelighet som følge av covid-19-pandemien.
- Vaksinasjonsgraden var lavere blant innvandrere, og myndighetene brukte lang tid på å sette i verk målrettede tiltak for å nå ut til denne gruppen.
- Innvandrerbefolkningen, særlig personer av asiatisk og afrikansk opprinnelse, samt grupper med lavere sosioøkonomisk status, var overrepresentert blant dem som ble smittet og dem som ble alvorlig syke.

### Indirekte effekter av covid-19-pandemien på sosial og økonomisk fordeling

- Smitteverntiltakene hadde store konsekvenser for barn og unge. Særlig barn og unge i en sårbar situasjon opplevde en opphopning og forsterkning av ulemper og problemer.
- Tilbudet til barn ble betydelig redusert, og de mest utsatte familiene ble sterkest berørt.
- Innsatte i fengsler ble også særlig negativt påvirket av pandemien og smitteverntiltakene.
- Arbeidsledigheten økte kraftigere for personer med kort utdanning, unge og innvandrere født utenfor EU.
- Pandemien forsterket den sosiale gradienten knyttet til NEETs.
- Strengte reiserestriksjoner og stengte grenser rammet den samiske befolkningen uforholdsmessig hardt. Koronakommisjonen pekte på at samiske kunstnere, håndverkere og andre entreprenører opplevde betydelig tap av arbeid som følge av reiserestriksjonene.

### Myndighetenes og samfunnets respons på pandemien

- De sosioøkonomiske konsekvensene av pandemien ble dempet av ulike myndighetstiltak, herunder støtteordninger for enkeltpersoner, bedrifter og frivillig sektor, samt av andre offentlige tilskudd.
- Norge gjorde det relativt sett bra i håndteringen av pandemien som følge av utbredt tillit til det offentlige, et pålitelig og profesjonelt embetsverk, sterk statlig styring, en solid samfunnsøkonomi, en stor velferdsstat og lav befolkningstetthet.
- Smitteverntiltakene hadde et sterkt fokus på økonomiske konsekvenser, og det kunne vært gjort mer for å sikre at hjelpeapparatet kunne holdt hjulene i gang og fokusert på personer i særlig sårbare situasjoner.

### Dyrtid og helsemessige, sosiale og økonomiske ulikheter

- Dyrtid forsterker helsemessige, sosiale og økonomiske ulikheter - rammer særlig de som er økonomisk sårbare fra før av, og fører til en økning i antall husstander som opplever problemer.
- I august 2022 var 130 000 norske husholdninger (fem prosent) i alvorlige økonomiske vanskeligheter, og ytterligere 280 000 (11 prosent) slet økonomisk. Begge disse tallene har doblet seg på litt over ett år.
- De hardest rammede gruppene er lavinntektsgrupper, barnefamilier, personer med nedsatt funksjonsevne og personer med alvorlig sykdom.

Fra starten av 2020 og utover hadde covid-19-pandemien en negativ innvirkning på både samfunnet, økonomien og befolkningens helse, og rammet i særlig stor grad mange som allerede var i en sårbar situasjon. Siden da har dyrtid vært en belastning for mange husholdninger i form av økte utgifter og påfølgende helseutfordringer. Det er dokumentert at de som var vanskeligstilte fra før av, rammes i størst grad, men også at det er en økning i antallet husholdninger som får problemer.

## Covid-19-pandemien

Koronakommisjonen viste at Norge var blant de europeiske landene med lavest dødelighet som følge av covid-19-pandemien, men det var sosiale forskjeller både når det gjaldt smitte, vaksinasjon, alvorlig sykdom og dødelighet. Kommisjonen konkluderte med at innvandrerbefolkningen var overrepresentert blant de som fikk viruset, og blant dem som ble alvorlig syke (56). Det ble også vist at vaksinasjonsgraden var lavere blant innvandrere, og at myndighetene brukte lang tid på å sette i verk målrettede tiltak for å nå ut til denne gruppen.

En analyse fra Folkehelseinstituttet (FHI) viste at personer i høyere sosioøkonomiske grupper oftere ble testet for covid-19, mens personer i lavere sosioøkonomiske grupper oftere ble smittet, og hadde høyere risiko for alvorlig sykdom – sykehusinnleggelse, respiratorbruk og død (57). Med forbedrede registerdata og økningen i antallet covid-19-tilfeller ble det påvist en tydelig overrepresentasjon blant innvandrergupper fra høsten 2020 (58).

Smitteverntiltakene hadde store sosioøkonomiske konsekvenser, selv om disse ble dempet av ulike myndighetstiltak, herunder støtteordninger for enkeltpersoner, bedrifter og frivillig sektor, og av offentlige tilskudd. Tiltakene hadde et sterkt fokus på økonomiske konsekvenser, og det kunne vært gjort mer for å sikre at hjelpeapparatet kunne holdt hjulene i gang og fokusert på personer i en sårbar situasjon:

- Covid-19-pandemien avdekket og forsterket ulikheter i helse og sosioøkonomiske forhold. Blant husholdninger som i utgangspunktet ble klassifisert som de mest sårbare økonomisk, opplevde 40 prosent inntektstap under pandemien, mot 13 prosent blant de mer økonomisk solide husholdningene.
- Arbeidsledigheten økte kraftigere for personer med lav utdanning, unge og innvandrere født utenfor EU.
- Smitteverntiltakene hadde store konsekvenser for barn og unge. Særlig barn og unge i en sårbar situasjon opplevde en opphopning og forsterkning av ulemper og problemer under pandemien.
- Strenge reiserestriksjoner og stengte grenser rammet den samiske befolkningen uforholdsmessig hardt.

Erfaringene fra pandemien har illustrert nødvendigheten av å samarbeide på tvers av politiske skillelinjer for å realisere felles ambisjoner og legitime offentlige strategier og tiltak. Erfaringene har vist at felles tiltak på tvers av nivåer er mulig. Koronakommisjonen konkluderer blant annet med en anbefaling om å videreføre arbeidet med å forbedre bomiljøene for barn i utsatte byområder, samt å underbygge skolens rolle når det gjelder å styrke de mest sårbare barna både faglig og sosialt (56).

## Dyrtid

Økningen i konsumprisindeksen, som hovedsakelig genereres av økte priser på matvarer, drivstoff og strøm (59) samt en rekke renteøkninger fra Norges Bank, har skapt problemer for mange husholdninger i Norge og har ført til en økning i antallet som opplever økonomiske problemer. Mellom januar og juni 2022 ble den økonomiske situasjonen til rundt 35 prosent av innbyggerne i Norge forverret, og rundt 25 prosent av befolkningen var i en sårbar økonomisk situasjon i juni 2022. Den viktigste enkeltårsaken til økningen i levekostnadene var økningen i strømprisene (60).

Krisen rammer de som allerede er vanskeligst stilt. For eksempel: Mens bare seks prosent av de økonomisk best stilte husholdningene kuttet ned på matbudsjettet mellom januar og mai 2022, var tallet 47 prosent for de mest økonomisk vanskeligstilte husholdningene (59).

De gruppene som er hardest rammet er lavinntektsgrupper, barnefamilier, personer med nedsatt funksjonsevne og personer med alvorlig sykdom. En forsker forklarte det slik:

«Det vi ser nå i Norge er et enormt press på de frivillige organisasjonene som deler ut mat, klær og leker, fordi prisen på alt øker – strøm, lån, matvarer. Vi ser en ny gruppe mennesker med lav inntekt som ikke får endene til å møtes.»

- Tormod Bøe, Universitetet i Bergen

Dyrtid går ut over livskvaliteten til de som er dårligst stilt. Blant de mest sårbare opplevde 58 prosent dårligere nattesøvn som følge av økningen i levekostnadene (61).

# Systemet for utjevning av helseforskjeller i Norge

## Hovedfunn

### Videreutvikling av et system for utjevning av helseforskjeller krever:

- En sosialt utjevnende livskvalitetsøkonomi (wellbeing economy).
- Økt innovasjon i offentlig sektor.
- Økt demokratisk deltakelse og involvering av lokalsamfunn i politikkutvikling og beslutninger om programmer og innsatser gjennom samskaping.
- Sterke partnerskap mellom nasjonale og kommunale myndigheter og mellom sektorer og organisasjoner.
- Konsekvensvurderinger av tiltak for utjevning av helseforskjeller.
- Politikk og strategiske planer som ivaretar prinsipper om proporsjonal universalisme.
- Styrket ansvar for og effektiv monitorering av utjevning av helseforskjeller.

### Folkehelsetilnærmingen i Norge

- Norge har lagt til grunn en helhetlig og tverrsektoriell tilnærming for å sikre at hensynet til utjevning av sosiale helseforskjeller ivaretas i politikkutviklingen. Likevel vedvarer ulikhetene.
- Det er fremdeles en utfordring å sikre tilstrekkelig oppmerksomhet mot de sosiale påvirkningsfaktorene, ettersom politikk og tiltak ofte har individrettede tilnærminger.
- De nordiske landene setter gullstandarden for velferdssystemer, men likevel er det noen som faller utenfor og opplever utenforskap og dårlige helsemessige, sosiale og økonomiske vilkår.
- Det er forskjeller i kommunenes kapasitet og vilje til å iverksette tiltak for å redusere helseforskjeller, delvis som følge av kommunenes sterke autonomi

### Livskvalitetsøkonomi («the well-being economy»)

- En tilnærming som retter seg mot livskvalitet som samfunns mål har potensial for å oppskalere kollektiv handling i hele samfunnet, og dermed forme sosiale påvirkningsfaktorer som bidrar til utjevning av helseforskjeller. Utjevningsspektet må være det viktigste hensynet i slike tilnærminger. (Forklaring: Livskvalitetsøkonomi kan forstås som en styringsmodell, eller økonomi, som har som mål å sikre livskvalitet for alle – i dag og for framtidige generasjoner – og som inkluderer miljømessig bærekraft som et overordnet mål.)

### Innovasjon i offentlig sektor

- Innovasjon i offentlig sektor er nødvendig for å sikre bærekraften i velferdssystemet og tilpasse det til nye utfordringer.
- Selv om den demokratiske deltakelsen – som er avgjørende for å opprettholde velferdsstaten og en sterk offentlig sektor – er relativt høy i Norge, er det ulikheter knyttet til inntekt og alder som undergraver sosialt samhold og tillit.
- Det er behov for økt involvering av lokalsamfunnene i utviklingen av hensiktsmessige og effektive programmer og innsatser.

## Partnerskap

- Tiltak rettet mot sosiale påvirkningsfaktorer krever et effektivt system for utjevning av helseforskjeller som omfatter alle deler av samfunnet – frivillig sektor og lokalsamfunnene, helsetjenesten, næringslivet og økonomisk sektor, offentlige tjenester samt nasjonale og kommunale myndigheter.

## Konsekvensvurderinger av tiltak for utjevning av helseforskjeller

- Konsekvensvurderinger knyttet til utjevning av helseforskjeller bygger på tilsvarende konsekvensvurderinger for helse, og bør anvendes i større grad i utvikling og iverksettelse av alle tiltak for å redusere helseforskjeller.

## Proporsjonal universalisme

- Proporsjonal universalisme er en nødvendig tilnærming i arbeidet med å redusere helseforskjeller i Norge og i ytelsen av universelle tjenester. Fordeling av ressurser bør i større grad tilpasses proporsjonalt med gradienten (Forklaring: tiltak bør være universelt innrettet, men virke best for de som trenger det mest).

## Ansvarlighet og monitorering

- Ansvar for ulikheter i helse og utjevning av helseforskjeller må styrkes gjennom en integrert tilnærming på tvers av nasjonale og kommunale myndigheter og andre sektorer som inngår i systemet.
- Effektiv monitorering av helseforskjeller krever regelmessig rapportering på indikatorer i henhold til den sosiale gradienten, både for helse og for helsens sosiale påvirkningsfaktorer, og med data for alle forvaltningsnivåer. For å oppnå dette bør data, der det er mulig, brytes ned slik at de kan grupperes etter inntekt, utdanning, yrke, bosted og innvandrerstatus.

## Sivilsamfunn og frivillig sektor

- Frivillig sektor og sivilsamfunnet er viktige partnere i arbeidet med å redusere helseforskjeller og ulikheter i de sosiale påvirkningsfaktorene. Det er viktig å involvere frivillig sektor i utformingen og ytelsen av offentlige tjenester for å sikre at tjenestene er hensiktsmessige, relevante og fordelaktige for lokalsamfunnene.
- Frivillig sektor er en viktig pådriver både lokalt og nasjonalt for å rette søkelyset mot de som er ekskludert fra fellesskapet, og samtidig holde myndigheter og andre sektorer ansvarlige for sosial urettferdighet og konsekvenser for helse og livskvalitet.
- Frivillig sektor nyter høy tillit i Norge, og støtter opp om demokratisk deltakelse og sosialt samhold.
- Frivillig sektor trenger langsiktig og bærekraftig finansiering for å kunne oppfylle potensialet de har til å redusere helseforskjeller og ulikheter i sosiale påvirkningsfaktorer for helse.

## Helsesektoren

- Det er et stort potensial i helsesektoren og blant helsepersonell for å iverksette tiltak som bedrer forhold som påvirker helse, slik at vi kan oppnå bedre helse i befolkningen, reduserte helseforskjeller, redusert belastning på helsetjenestene og større effektivitet i sektoren.
- Helsetjenesten og helseorganisasjoner kan bidra til å fremme gode levekår og arbeidsforhold for sine pasienter gjennom sosial støtte og utvikling av helsefremmende lokalmiljøer.
- En bedre forståelse av pasienters leve- og arbeidsvilkår blant helsepersonell kan bidra til bedre støtte og dermed bedre helse for pasientene.
- Helsepersonell kan være viktige påvirkere for gode levekår og arbeidsforhold, og bidra til kritisk vurdering av nasjonal og kommunal politikk for å sikre at utjevningen av helseforskjeller vektlegges.

- Det må rettes større oppmerksomhet mot å redusere ulikheter i tilgangen til helsetjenester og behandlingsresultater i Norge. For enkelte tjenester er det tydelige forskjeller knyttet til sosioøkonomi og innvandrersstatus.

## Næringslivet

- Næringslivet påvirker helsen til:
  - sine ansatte og leverandører gjennom lønn og øvrige fordeler de tilbyr sine ansatte, arbeidstid, jobbsikkerhet og arbeidsforholdene de jobber under.
  - kunder, klienter og aksjonærer gjennom produktene og tjenestene de leverer, og hvor de velger å investere.
  - enkeltpersoner i lokalsamfunnene de opererer i, og i samfunnet for øvrig, gjennom lokale partnerskap, innkjøps- og anskaffelsesnettverk samt måten de bruker sin innflytelse på gjennom påvirknings- og lobbyvirksomhet.
- Norge har et strengt regelverk for markedsføring av usunne produkter.
- Det er et uforløst potensial i hvordan næringslivet og hele den økonomiske sektoren kan iverksette tiltak som gir bedre helse blant ansatte, kunder og lokalsamfunn, og gjennom større grad av samarbeid med andre sektorer.
- Helseeffektene i samfunnet for øvrig omfatter miljøpåvirkning, herunder karbonavtrykk og luftforurensning, samt skatter og avgifter virksomhetene betaler til kommunale og nasjonale myndigheter.

## Offentlige tjenester

- Offentlige tjenester er sentrale partnere i arbeidet med å forbedre sosiale faktorer som påvirker helse.
- Mange av anbefalingene i denne rapporten retter seg mot offentlige tjenester, men offentlige tjenester kan også utvikles til å bli ankerinstitusjoner (knutepunkt) som kan påvirke relevante aktører på tvers av samfunnsområder, og initiere partnerskap og samskaping i lokalsamfunn
- Partnerskap mellom offentlige tjenester, frivillig sektor, næringsliv og helsesektoren, samt med sentrale myndigheter er avgjørende for arbeidet med utjevning av helseforskjeller.

## Kommunesektoren

- Kommunene i Norge har en stor del av ansvaret for å utjevne sosiale ulikheter i helse og for å jobbe med de sosiale påvirkningsfaktorene for helse.
- Det er tydelige forskjeller både i hvordan de enkelte kommunene iverksetter tiltak og i hvilken grad de tar lederskap for å utjevne helseforskjellene.
- Nasjonale myndigheter har tilsynsansvar, ansvaret for tilsyn og understøttelse av kommunenes arbeid kan styrkes for å sikre at alle kommuner prioriterer utjevning av forskjeller i helse og livskvalitet.

Norge har lagt til grunn en helhetlig og tverrsektoriell tilnærming for å sikre at hensynet til utjevning av sosiale helseforskjeller ivaretas i politikikutviklingen. Likevel vedvarer ulikhetene.

Det er fremdeles en utfordring å sikre tilstrekkelig oppmerksomhet mot de sosiale påvirkningsfaktorene, ettersom konkret politikk og tiltak ofte omfatter individrettet arbeid, der innsatsen gjerne knyttes til livsstilsfaktorer.

De nordiske landene setter gullstandarden for velferdssystemer, men likevel er det noen som faller utenfor og opplever utenforskap og dårlige helsemessige, sosiale og økonomiske vilkår – selv i et system som skal være universelt.

Formålet med folkehelseloven (2011), som trådte i kraft 1. januar 2012, var å sikre at folkehelse og utjevning av sosiale helseforskjeller skulle ha en sentral rolle i politikktutforming, og at det skulle være et sterkt fokus på sosiale helsedeterminanter. Det er imidlertid begrensninger i dens effektivitet.

"Folkehelseloven har spilt en veldig viktig rolle for å øke bevisstheten om at utjevning av sosiale ulikheter også er en oppgave for kommunene, og at de kan adressere helsedeterminanter som har et bredere fokus enn bare fattigdomsbekjempelse blant de mest vanskeligstilte gruppene. På den annen side, og i likhet med andre lover for kommunene, er ikke dette fulgt opp med noen konkrete føringer eller øremerkede midler i statsbudsjettet til implementering."

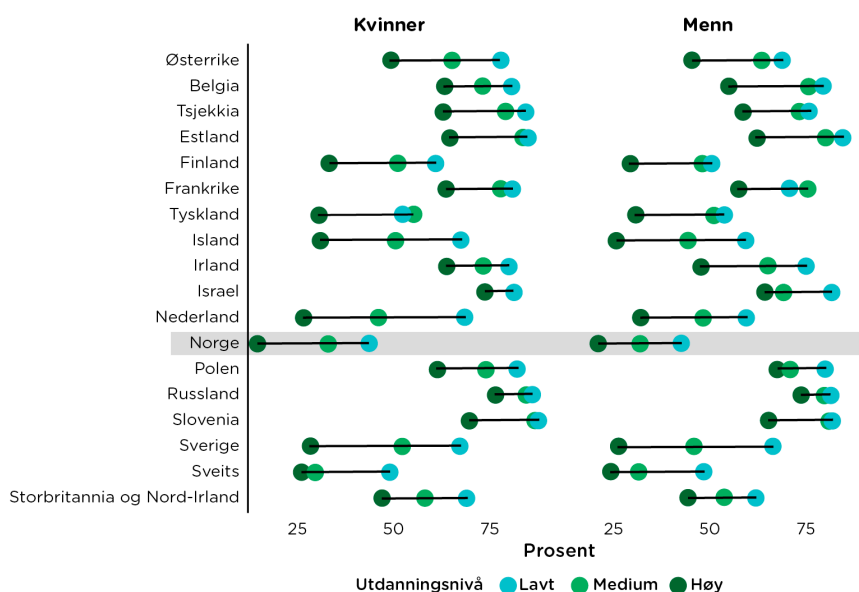
- Elisabeth Fosse, Universitetet i Bergen.

Det er avgjørende å ha en hensiktsmessig og proporsjonal (forholdsmessig) fordeling av midler til kommunenes arbeid med å redusere sosiale ulikheter, og bedre sammenheng mellom sentrale og lokale myndigheter for å sikre at kommunene tar tak i ulikhetene innenfor rammeverket forvaltet av sentrale myndigheter. Det er imidlertid variasjon i kommunenes kapasitet og vilje til å iverksette tiltak for å redusere helseforskjeller, delvis som følge av kommunenes sterke selvstyrerett (handlingsrom til å "oversette" og forme samfunnsoppdraget). Innovasjon i offentlig sektor er nødvendig for å sikre bærekraften i velferdssystemet og tilpasse det til nye utfordringer.

## Deltakelse i demokratiet og lokalsamfunnet

Selv om den demokratiske deltakelsen er relativt høy i Norge, er det ulikheter relatert til sosioøkonomiske og demografiske faktorer som undergraver sosialt samhold og tillit – se figur E.14. Det er behov for økt involvering av både enkeltpersoner og lokalsamfunn, som kan bidra til å legge føringer, utarbeide og gjennomføre strategiske tiltak som er relevante og hensiktsmessige for befolkningen, og som er viktige for helsen.

Figur E.14 Prosentandelen som oppgir at de ikke kan påvirke politiske saker, etter utdanningsnivå, 2016



Kilde: WHO (2019) (62)

# Konsekvensvurderinger av tiltak for utjevning av helseforskjeller

Konsekvensvurderinger knyttet til utjevning av helseforskjeller bygger på helsekonsekvensvurderinger, og bør i større grad anvendes i utviklingen av politikk og strategier og iverksettelsen av disse, for å styrke oppmerksomheten mot utjevning av helseforskjeller. Det finnes en rekke verktøy for å sikre at helse og utjevning av helseforskjeller prioriteres i utviklingen og implementeringen av politikk og strategier.

## Partnerskap

Innsats rettet mot sosiale påvirkningsfaktorer krever et effektivt system for utjevning av helseforskjeller, som omfatter alle deler av samfunnet – frivillig sektor og lokalsamfunnene, helsetjenesten, næringslivet og finanssektoren, øvrige offentlige tjenester samt nasjonale og lokale myndigheter. For å iverksette systemovergripende tiltak rettet mot sosiale helsedeterminanter og livskvalitet, er det nødvendig med omfattende innsats på flere nivåer som knytter lokale tiltak til strukturelle og politiske forhold med sikte på rettferdighet og sosial bærekraft.

## Livskvalitetøkonomi («the well-being economy»)

Ved å fremme en livskvalitetsøkonomi («well-being economy») kan beslutningstakere få politiske verktøy for å prioritere politikk og investeringer som fremmer livskvalitet for alle. En slik tilnærming handler om å tenke ut over en silo-basert budsjetteringsmodell, hvor sektorer tradisjonelt konkurrerer om økonomiske ressurser. En livskvalitetsøkonomi fremmer en helhetlig fordeling av økonomiske ressurser og tverrsektorielle allianser, der helse og livskvalitet for alle fremmes som felles mål. På den måten kan sektorene i fellesskap gå inn for å oppnå store samfunnsgevinster gjennom samordnede investeringer i befolkningens helse og livskvalitet. I 2021 kunngjorde regjeringen at den skulle utarbeide en ny nasjonal strategi for livskvalitet (63). Denne strategien kan tilrettelegge for utjevning av helseforskjeller innenfor et rammeverk som vektlegger universell livskvalitet og utvikling av en livskvalitetsøkonomi.

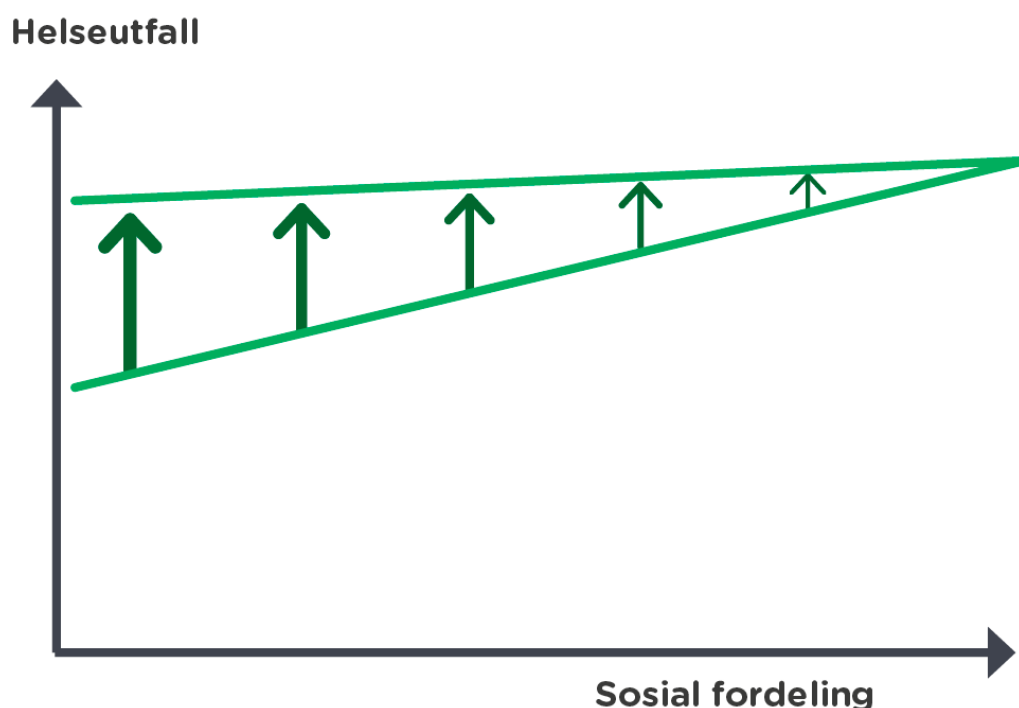
## Proporsjonale universelle tilnærminger

Det kreves proporsjonale universelle tiltak for å redusere helseforskjellene i Norge. Grunnene til dette er at tiltak som er rent universelle treffer likt på tvers av alle sosiale grupper. Dette fører til bedre helse i gjennomsnitt, men vil samtidig videreføre ulikheter ettersom tiltakene i større grad nyttiggjøres av de som allerede har god helse. På denne måten kan virkningen bli regressiv, slik at ulikhetene opprettholdes eller forsterkes. Motsatt kan altfor spissede tiltak gi bedre utfall kun for de aller mest vanskeligstilte. Slike tiltak vil dermed ikke omfatte majoriteten av befolkningen i midtre del av den sosiale gradienten, som også har dårligere helse enn den sterkest stilte gruppen.

Ofte vil utvelgelsen av hvilke deler av befolkningen tiltak rettes mot innebære et brytningspunkt i inklusjonskriterier for å få tilgang til aktuelle velferdsordninger. For å redusere disse seleksjonsproblemene og skreddersy velferdsstaten og offentlige tjenester på måter som utjevner gradienten, er det nødvendig å både sørge for en god levestandard for alle, og samtidig gi mer og bedre støtte til de som er marginaliserte og faller utenfor. Dette krever en universell, men proporsjonal tilnærming til utformingen av tjenester, gjennomføring av

tiltak og fordeling av ressurser – se figur E.15. En sentral forutsetning for å lykkes med utjevning er derfor å fortsette omfattende investeringer i velferdsstaten, samtidig som virkemidler og tjenester må tilpasses bedre til ulike behov.

**Figur E.15 Proporsjonal universalisme – utjevning av den sosiale gradienten i helse**



Kilde: WHO 2014 (64).

## Ansvarliggjøring og monitorering

Ansvar for å redusere ulikheter i helse må styrkes, på tvers av nasjonale og lokale myndigheter, og med involvering av andre sektorer som inngår i systemet for å utjevne ulikheter i helse. Ifølge Folkehelseloven skal kommunene ha oversikt over befolkningens helse og de positive og negative faktorene som kan påvirke denne. En stor andel kommuner anser imidlertid ikke ulikhet i helse som en hovedutfordring. For at alle skal kunne jobbe effektivt med dette, kreves det disaggregerte indikatorer for overvåking av helseforskjeller. Indikatorene må være basert på data som i størst mulig grad er brutt ned på inntekt, utdanningsnivå, yrke, bosted og innvandrersstatus. Uten gode indikatorer blir det vanskelig både å peke på ansvar for omfanget av problemet eller på fremdriften i arbeidet med å redusere ulikheter – det vil si effekten av anvendte strategier, retningslinjer, programmer og andre tiltak. Og siden ulikheter ofte opprettholdes eller forsterkes av eksterne faktorer, kan det vanskelig gjøres vurderinger av omfanget av og kraften i tiltakene som trengs for å motvirke de negative effektene som eksterne hendelser har på helse og livskvalitet.

For å få et kunnskapsgrunnlag for nasjonale og lokale beslutninger om utvikling av retningslinjer og tiltak og/eller vurdere effekten de strategiske tiltakene har på utjevning av helseforskjeller, bør verktøy brukes sammen med tilgjengelige data og matematiske modeller for å vurdere den potensielle virkningen de planlagte tiltakene vil ha på undergrupper av befolkningen, og anslå effekten sosioøkonomiske eller andre ulikheter har på folkehelsen.

## Sivilsamfunn og frivillig sektor

Sivilsamfunnet og frivillig sektor spiller en uunnværlig rolle i arbeidet med å redusere ulikheter i helse og ulikheter i de sosiale påvirkningsfaktorene for helse. Denne betydningen ble særlig tydelig under covid-19-pandemien, der frivillig sektor spilte en sentral rolle i å støtte lokalsamfunn og utsatte grupper. I tillegg er frivillig sektor en viktig pådriver både lokalt og nasjonalt, og spiller en nøkkelrolle i å rette søkelyset mot de som er ekskludert fra fellesskapet, og samtidig holde myndigheter og andre sektorer ansvarlige for sosial urettferdighet og konsekvenser for helse og livskvalitet.

## Helsesektoren

Det er et stort potensial i helsesektoren og blant helsepersonell for å iverksette tiltak som bedrer forhold som påvirker helse, slik at vi kan oppnå bedre helse i befolkningen, reduserte helseforskjeller, redusert belastning på helsetjenestene og større effektivitet i sektoren.

Helsetjenesten og helseorganisasjoner kan bidra til å fremme gode levekårs- og arbeidsforhold for sine pasienter gjennom sosial støtte og ved å bedre forholdene i lokalmiljøet via bruk av helsetjenester som lokale "ankerinstitusjoner", som vist i figur E.16.

Figur E.16 Fem prinsipper for å dreie ankerinstitusjoners arbeid mot utjevning av forskjeller



Kilde: Allen m.fl. 2022 (65).

## Næringslivets rolle

Covid-19-pandemien tydeliggjorde den gjensidige avhengigheten det er mellom helse og velstand, og at det ene er en forutsetning for det andre. Friske arbeidstakere og kunder er viktig for økonomien i et land, og sviktende økonomi, høy arbeidsledighet og dårlige arbeidsforhold er skadelig for helsen. Det er først i den siste tiden næringslivet har blitt involvert i arbeidet med å utjevne helseforskjeller, men dette skyter nå fart.

## Offentlige tjenester

Offentlige tjenester spiller en sentral rolle i arbeidet med de sosiale faktorene som påvirker helse. Mange av anbefalingene i denne rapporten er rettet mot offentlige tjenester, men organisasjoner i offentlig sektor kan også utvikles til å bli "ankerorganisasjoner" som bidrar til å redusere helseforskjeller. Samarbeid mellom offentlige tjenester, frivillig sektor, næringslivet og helsesektoren samt myndighetene er avgjørende for arbeidet med å utjevne helseforskjeller.

## Kommunenes rolle

I Norge er det kommunene som har ansvaret for mange av tjenestene som påvirker de sosiale påvirkningsfaktorene, som skole, barnehage, eldreomsorg og sosiale tjenester (66). Kommunene står selv ansvarlig for å prioritere utgiftene på sine ansvarsområder innenfor rammene av de samlede bevilgningene, både fra nasjonale overføringer og lokale skatter og avgifter. Mens nesten hele kommunebudsjettet går til ytelse av velferdsordninger og tjenester som er universelle for den norske befolkningen, er ikke utgiftene knyttet til noen spesifikke mål, og det er heller ikke noen krav til at kommunene skal ta tak i ulikheter på noen bestemt måte. Det fremtidige forholdet mellom nasjonale myndigheter og kommunene er derfor helt avgjørende for å kunne ta tak i ulikheter i helse. Den nåværende ansvarsdelingen gir ikke befolkningen én enkelt myndighet eller instans som kan holdes ansvarlig for mangelfull implementering.

## Konklusjon

En nasjonal strategi om ulikhet i helse, og påfølgende implementering, bør utvikles for å ta grep om de sosiale helsedeterminantene og prioritere livskvalitet og utjevning av helseforskjellene. Ulike sektorer og organisasjoner må involveres for at det skal bli en vesentlig endring i ulikhet i helse og livskvalitet i befolkningen, der frivillig sektor og sivilsamfunnet, helsesektoren, næringslivet, offentlig sektor og lokale myndigheter drar i samme retning. Både strategien, retningslinjer (policies) og involvering av organisasjoner bør baseres på nøkkelprinsippene for å sikre effektive tiltak mot ulikhet i helse, livskvalitet og de sosiale påvirkningsfaktorene for helse og livskvalitet. Dette omfatter en tilnærming som bygger på prinsippene for en livskvalitetsøkonomi, innovasjon i offentlig sektor, demokratisk deltakelse og involvering av lokalsamfunnene, sterkere partnerskap mellom lokale og nasjonale myndigheter og mellom ulike sektorer, konsekvensvurderinger knyttet til utjevning av helseforskjeller, proporsjonal universalisme, forpliktende ansvar, og en effektiv monitorering som fremmer utjevning av helseforskjeller.

## Referanser

1. Dahl E, Elstad J. Sosial ulikhet tar liv. Rapport Nasjonalforeningen for folkehelse. 2022.
2. Fosse E, Sherriff N, Helgesen M. Leveling the Social Gradient in Health at the Local Level: Applying the Gradient Equity Lens to Norwegian Local Public Health Policy. *International Journal of Health Services*. 2019 Jul;49(3):538–54.
3. Dahl E, van der Wel KA. Nordic health inequalities: patterns, trends and policies. In: K.E. Smith, Bambra C, Hill SE, editors. *Health Inequalities: Critical Perspectives*. New York: Oxford University Press; 2015.
4. Halvorsen K. Økonomisk og sosial ulikhet i Norge. Oslo: Universitetsforlaget; 2021.
5. Ministry of Health and Care Services. National strategy to reduce social inequalities in health. [Internet]. Oslo, Norway: Ministry of Health and Care Services; 2007. Available from: <http://www.regjeringen.no>
6. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health [Internet]. World Health Organization; 2008 [cited 2023 Feb 2]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43943>
7. Norwegian Institute of Public Health. Norhealth [Internet]. Folkehelseinstituttet. 2022 [cited 2022 Nov 29]. Available from: <https://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/?languageen>
8. Texmon I. Mortality by occupation. Trends after 2000 [Internet]. Oslo: Statistics Norway; 2022 [cited 2022 Dec 14]. Available from: <https://www.ssb.no/en/helse/helseforhold-og-levevaner/artikler/mortality-by-occupation.trends-after-2000>
9. Kinge JM, Modalsli JH, Øverland S, Gjessing HK, Tollånes MC, Knudsen AK, et al. Association of Household Income With Life Expectancy and Cause-Specific Mortality in Norway, 2005-2015. *JAMA* [Internet]. 2019 May 21 [cited 2022 Dec 28];321(19):1916–25. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.2019.4329>
10. Statistics Norway. StatBank Norway [Internet]. SSB. 2022 [cited 2022 Dec 5]. Available from: <https://www.ssb.no/en/statbank>
11. Ungdata. About Ungdata [Internet]. Ungdata. 2022 [cited 2022 Dec 17]. Available from: <https://www.ungdata.no/english/>
12. Marmot M, Allen J, Boyce T, Goldblatt P, Morrison J. Marmot Review 10 Years On [Internet]. Institute of Health Equity; 2020 [cited 2022 Nov 2]. Available from: <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/marmot-review-10-years-on>
13. Bütikofer A, Karadakic R, Salvanes KG. Income Inequality and Mortality: A Norwegian Perspective\*. *Fiscal Studies* [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 21];42(1):193–221. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-5890.12261>
14. Haugland SH, Dovran A, Albaek AU, Sivertsen B. Adverse Childhood Experiences Among 28,047 Norwegian Adults From a General Population. *Front Public Health*. 2021 Jul;9(711344).

15. Shonkoff JP, Garner AS, Siegel BS, Dobbins MI, Earls MF, McGuinn L, et al. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, and Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012;129:232–46.
16. Moafi H. Barnetilsynsundersøkelsen 2016 - En kartlegging av barnehager og andre tilsynsordninger for barn i Norge [Internet]. Oslo: Statistics Norway; 2017 [cited 2022 Oct 14]. Available from: <https://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/barnetilsynsundersokelsen-2016--331219>
17. Kelly Y, Sacker A, Bono E, Francesconi M, Marmot M. What role for the home learning environment and parenting in reducing the socioeconomic gradient in child development? Findings from the Millennium Cohort Study. *Archives of Disease in Childhood*. 2011;96(9):832–7.
18. Schmidt KL, Merrill SM, Gill R, Miller GE, Gadermann AM, Kobor MS. Society to cell: How child poverty gets “Under the Skin” to influence child development and lifelong health. *Developmental Review*. 2021;61.
19. Drange N. Child Care, Education and Equal Opportunity. Children’s Rights in Norway [Internet]. 2019 Mar 4 [cited 2022 Dec 21];246–65. Available from: <https://www.idunn.no/doi/10.18261/9788215031415-2019-09>
20. Udir. The Norwegian Education Mirror, 2019 [Internet]. 2019 [cited 2022 Sep 19]. Available from: <https://www.udir.no/in-english/education-mirror-2019/school/>
21. Normann TM, Epland J. Fremdeles 115 000 barn med vedvarende lavinntekt i 2020 [Internet]. SSB. 2022 [cited 2023 Jan 17]. Available from: <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/statistikk/inntekts-og-formuesstatistikk-for-husholdninge>
22. Povlsen L, Regber S, Fosse E, Karlsson LE, Gunnarsdottir H. Economic poverty among children and adolescents in the Nordic countries. *Scand J Public Health* [Internet]. 2018 Feb 1 [cited 2022 Dec 14];46(20\_suppl):30–7. Available from: <https://doi.org/10.1177/1403494817743894>
23. Kojan BH, Storhaug AS. Barnevern og sosioøkonomisk ulikhet - sammenhenger, forståelser og ansvar. [Internet]. NTNU; 2021 [cited 2022 Dec 17]. Available from: <https://bufdir.no/en/Bibliotek/Dokumentside/?docIdBUF00005401>
24. Arntzen A, Bøe T, Dahl E, Drange N, Eikemo TA, Elstad JI, et al. 29 recommendations to combat social inequalities in health. The Norwegian Council on Social Inequalities in Health. *Scand J Public Health* [Internet]. 2019 Aug 1 [cited 2022 Oct 14];47(6):598–605. Available from: <https://doi.org/10.1177/1403494819851364>
25. Frøyland LR. Ungdata – Lokale ungdomsundersøkelser [Internet]. Oslo, Norway: NOVA; 2017. Available from: <https://www.ungdata.no/english>
26. Vik FN, Lippevelde W, Øverby NC. Free school meals as an approach to reduce health inequalities among 10-12- year-old Norwegian children. *BMC Public Health* [Internet]. 2019;19(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7286-z>
27. OECD. Education at a Glance 2020: OECD Indicators [Internet]. OECD; 2020 [cited 2022 Oct 14]. (Education at a Glance). Available from: [https://www.oecd-ilibrary.org/education/education-at-a-glance-2020\\_69096873-en](https://www.oecd-ilibrary.org/education/education-at-a-glance-2020_69096873-en)
28. Bertrand M, Mogstad M, Mountjoy J. Improving educational pathways to social mobility: Evidence from Norway’s “Reform 94” [Internet]. Oslo: SSB; 2019 [cited 2022 Nov 3]. Available from: <https://www.ssb.no/en/forskning/discussion-papers/improving-educational-pathways-to-social-mobility-evidence->

29. EACEA. EACEA National Policies Platform: Norway [Internet]. Youthwiki. 2022 [cited 2022 Sep 12]. Available from: <https://national-policies.eacea.ec.europa.eu/youthwiki/chapters/norway/31-general-context-0>
30. OECD. Investing in Youth: Norway [Internet]. OECD; 2018 [cited 2022 Nov 8]. Available from: <https://www.oecd.org/publications/investing-in-youth-norway-9789264283671-en.htm>
31. Siegrist J, Roskam E, Leka S. Work and worklessness: final report of the task group on employment and working conditions, including occupation, unemployment and migrant workers. Review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2016 [cited 2022 Nov 17]. Report No.: WHO/EURO:2016-4445-44208-62431. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350444>
32. Alsos K, Dølvik (eds.) JE. The Future of Work in the Nordic countries: Opportunities and Challenges for the Nordic Working Life Models [Internet]. Nordisk Ministerråd; 2021 [cited 2022 Nov 2]. Available from: <http://urn.kb.se/resolve?urn:nbn:se:norden:org:diva-12078>
33. UDIR. The Norwegian Education Mirror, 2019 [Internet]. Oslo: Udir; 2020 [cited 2022 Oct 14]. Available from: <https://www.udir.no/in-english/education-mirror-2019/school/>
34. Ministry of Labour and Social Affairs. Meld. St. 32 (2020–2021) No one left out – A comprehensive policy to include more people in working life and society [Internet]. Oslo: Ministry of Labour and Social Affairs; 2021 Jun [cited 2022 Nov 20]. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-32-20202021/id2856870/>
35. Fevang E, Simen M, Knut R. Gråsoner i arbeidsmarkedet og størrelsen på arbeidskraftreserven [Internet]. Frischsenteret; 2020 [cited 2022 Nov 2]. Available from: <https://www.frisch.uio.no/publikasjoner/?pubid=1489>
36. Fedoryshyn N. En av ti blir sysselsatt etter to år utenfor arbeid og utdanning [Internet]. Statistics Norway; 2021 [cited 2022 Nov 10]. (Statistics Norway analysis, 2021). Available from: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/en-av-ti-blir-sysselsatt-etter-to-ar-utenfor-arbeid-og-utdanning>
37. STAMI. Hva er psykososialt arbeidsmiljø? [Internet]. STAMI. 2021 [cited 2022 Nov 19]. Available from: <https://stami.no/hva-er-arbeidsmiljo/hva-er-psykososialt-arbeidsmiljo/>
38. Jordfald B, Svarstad E, Nymoen R. Hvem er de lavlønte? [Internet]. Fafo; 2021 [cited 2022 Oct 20]. Report No.: 29. Available from: <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/hvem-er-de-lavlonte>
39. Svarstad E, Dapi B. De varig lavlønte – omfang og kjennetegn [Internet]. Fafo; 2022 [cited 2022 Nov 7]. Report No.: 2. Available from: <https://www.fafo.no/en/publications/de-varig-lavlonte-omfang-og-kjennetegn>
40. Løyland B, Miaskowski C, Paul SM, Dahl E, Rustøen T. The relationship between chronic pain and health-related quality of life in long-term social assistance recipients in Norway. *Quality of Life Research*. 2010;19(10):1457–65.
41. Løyland B, Miaskowski C, Dahl E, Paul SM, Rustøen T. Psychological distress and quality of life in long-term social assistance recipients compared to the Norwegian population. *Scandinavian journal of public health* [Internet]. 2011;39(3):303–11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21406477>
42. NAV. Uføretrygd - Statistikknotater [Internet]. nav.no. 2022 [cited 2023 Feb 7]. Available from: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/uforetrygd/ufc>

43. Jacobsen O. AFP i privat sektor – endringer i mottak av arbeidsavklaringspenger og uføretrygd [Internet]. Nav. Arbeid og velferd. 2018 [cited 2022 Nov 2]. Available from: [https://arbeidogvelferd.nav.no/journal/2018/1/p-1302/AFP\\_i\\_privat\\_sektor\\_%E2%80%93\\_endringer\\_i\\_mottak\\_a](https://arbeidogvelferd.nav.no/journal/2018/1/p-1302/AFP_i_privat_sektor_%E2%80%93_endringer_i_mottak_a)
44. Barstad A, Sandvik L. Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet - En analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene [Internet]. ssb.no. 2015 [cited 2022 Dec 21]. Available from: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/deltaking-stotte-tillit-og-tilhorighet>
45. Frivillighet Norge. Frivillighetsbarometeret 2021 [Internet]. Frivillighet Norge. 2021 [cited 2022 Dec 22]. Available from: [from Til-nettsiden-Frivillighetsbarometeret-2021.pdf \(amazonaws.com\)](https://www.fri.no/til-nettsiden-Frivillighetsbarometeret-2021.pdf)
46. Kulturdepartementet. Meld. St. 10 (2018–2019) [Internet]. Oslo, Norway: Norwegian Government; 2018 Dec [cited 2022 Dec 23]. Available from: <https://www.regjeringen.no/nn/dokumenter/meld.-st.-10-20182019/id2621384/>
47. Nes RB, Hansen T, Barstad A. Livskvalitet. Anbefalinger for et bedre målesystem [Internet]. Folkehelseinstituttet. 2018 [cited 2022 Dec 22]. Available from: <https://www.fhi.no/publ/2018/livskvalitet.-anbefalinger-for-et-bedre-malesystem/>
48. Støren KS, Rønning E. Livskvalitet i Norge (Wellbeing in Norway). Vol. 2021/21. Statistics Norway; 2021.
49. Kjøllesdal M, Straiton ML, Øien-Ødegaard C, Aambø A, Holmboe O, Johansen R, et al. Helse blant innvandrere i Norge. Levekårsundersøkelse blant innvandrere 2016 [Internet]. Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2019 [cited 2022 Dec 20]. Available from: <https://www.fhi.no/publ/2019/helse-blant-innvandrere-i-norge-levekarsundersokelse-blant-innvandrere-2016/>
50. Ministry of Labour and Social Inclusion, Ministry of Children and Families, Ministry of Culture and Equality, Ministry of Education and Research, Ministry of Foreign Affairs, Ministry of Health and Care Services, et al. Migration and Integration 2020–2021 [Internet]. regjeringen.no; 2022 Jan [cited 2022 Nov 7]. Available from: <https://www.regjeringen.no/en/dokumenter/migration-and-integration-20202021/id2898583/>
51. Tronstad K, Nygaard MO, Bask M. Accumulation of welfare problems among immigrants in Norway [Internet]. Norwegian Institute for Urban and Regional Research (NIBR); 2018 [cited 2022 Nov 7]. Report No.: 8. Available from: <http://urn.kb.se/resolve?urn:nbn:se:oru:diva-69148>
52. McGill R, Anwar E, Orton L, Bromley H, Lloyd-Williams F, O'Flaherty M, et al. Are interventions to promote healthy eating equally effective for all? Systematic review of socioeconomic inequalities in impact Health behavior, health promotion and society. BMC Public Health. 2015;15(1):1–15.
53. Jensen CB, Gamborg M, Heitmann B, Sørensen TIA, Baker JL. Comparison of birth weight between school health records and medical birth records in Denmark: Determinants of discrepancies. BMJ Open [Internet]. 2015;5(11). Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84956873128&doi=10.1136%2fbmjopen-2015-008628&p>
54. Norwegian Ministry of Health and Care Services. The Norwegian Public Health Report. 2021.
55. Stegeman I, Godfrey A, Romeo-Velilla M, Bell R, Staatsen B, Vliet N, et al. Encouraging and enabling lifestyles and behaviours to simultaneously promote environmental sustainability, health and equity: Key policy messages from inherit. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2020;17(19). Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph17197166>

56. Statsministerens kontor. NOU 2022: 5 Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2 — Rapport fra Koronakommisjonen [Internet]. Regjeringen.no. regjeringen.no; 2022 [cited 2022 Nov 22]. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2022-5/id2910055/>
57. Kraft KB, Elgersma IH, Labberton AS, Indseth T, Godøy AA. COVID-19: Persons tested, confirmed cases and associated hospitalizations by education and income. Report 2021 [Internet]. Oslo, Norway: Norwegian Institute of Public Health Division for Health Services; 2021 [cited 2022 Sep 1]. Available from: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/covid-19-persons-tested-confirmed-cases-and-a>
58. Indseth T, Godøy AA, Kjøllesdal MKR, Arnesen TM, Jacobsen CC, Vinjerui KH, et al. Covid-19 etter fødeland fra mars 2020 til februar 2021 [Internet]. Oslo, Norway: Folkehelseinstituttet, Område for helsetjeneste og Område for smittevern; 2021. Available from: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/covid-19-etter-fodeland-fra-mars-2020-til-februar> <https://hdl.handle.net/11250/2734367> <http://www.tidsskriftet.no/>
59. Poppe C, Kempson E. Dyrtid under oppseiling. Hvordan takler husholdene de økende levekostnadene? [Internet]. 14. Forbruksforskningsinstituttet SIFO, OsloMet; 2022 [cited 2022 Nov 24]. Available from: <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/11250/3011642>
60. Statistics Norway. High inflation and higher interest rates set to curb growth in the Norwegian economy [Internet]. SSB. 2022 [cited 2022 Nov 24]. Available from: <https://www.ssb.no/en/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/konjunkturer/statistikk/konjunkturtendensene/articles/h>
61. Poppe C, Kempson E. Dyrtid under oppseiling II. Husholdenes økonomiske trygghet i 2022 [Internet]. 25. Forbruksforskningsinstituttet SIFO, OsloMet; 2022 [cited 2022 Dec 17]. Available from: <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/11250/3021799>
62. World Health Organization. Regional Office for Europe. Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2019 [cited 2022 Dec 14]. 129 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326879>
63. Regjeringen. Ny nasjonal strategi for livskvalitet [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 20]. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/hod/nyheter/2021r>
64. Marmot M, UCL Institute of Health Equity. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2014 [cited 2023 Feb 2]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108636>
65. Allen M, Marmot M, Allwood D. Taking one step further: five equity principles for hospitals to increase their value as anchor institutions. Future Healthc J [Internet]. 2022 Nov 1 [cited 2023 Feb 9];9(3):216–21. Available from: <https://www.rcpjournals.org/content/futurehosp/9/3/216>
66. Eklund Karlsson L, Balkfors A, Gunnarsdottir H, Povlsen L, Regber S, Buch Mejsner S, et al. Are universal measures sufficient in reducing child poverty in the Nordic countries? An analysis of policies and political commitments. Scandinavian journal of public health. 2022;14034948221109694.

