

## LOs ulikhetsbarometer – ulikhet og helse

Fafo har, på oppdrag fra LO, utviklet et ulikhetsbarometer for å analysere utviklingen i inntektsulikheten. Resultatene presenteres i en serie faktaflak. I dette faktaflaket belyser vi fordelingen av egenvurdert helse og risiko for død før nådde 75 år, med utgangspunkt i fem inntektsgrupper.

### Inntektsgruppene

Medianinntekt er inntekten til personen i midten i inntektsfordelingen. Inntekten er justert etter husholdsstørrelse.

Gruppene er delt etter følgende inntektsgrenser:

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <b>De rikeste:</b>           | inntekten er minst 200 prosent av medianinntekt         |
| <b>De privilegerte:</b>      | inntekten er mellom 125 og 200 prosent av medianinntekt |
| <b>Middelgruppa:</b>         | inntekten er mellom 75 og 125 prosent av medianinntekt  |
| <b>De økonomisk utsatte:</b> | inntekten er mellom 60 og 75 prosent av medianinntekt   |
| <b>De fattigste:</b>         | inntekten er under 60 prosent av medianinntekt          |

[Les mer om definisjoner og inntektsbegrepet i faktaflaket om metode og data.](#)

### Hovedfunn

- Det finnes store og stabile helseulikheter mellom inntektsgruppene, både hva angår egenvurdert helse og risiko for tidlig død.
- Ulikhetene har økt noe over tid, spesielt når det kommer til risiko for tidlig død.
- Kvinner har større sjanse for å vurdere egen helse som dårlig, mens menn har større risiko for tidlig død.

### Hvorfor sammenheng mellom økonomi og helse?

Et viktig og vedvarende uttrykk for sosial ulikhet er at sykdom og dødelighet er skjevt fordelt i befolkningen. Dette gjenspeiler forskjeller i levekår.

Kunnskapen om sosial ulikhet i helse har en lang historie, men har i nyere tid kommet noe i skyggen av oppmerksomhet om inntekt, formue og eiendom.

Det er flere forhold som kan forklare at det er en sammenheng mellom inntektsnivå og helse, men

disse forklaringene er ikke gjensidig utelukkende:

- a. Inntekt kan påvirke helseutfall, for eksempel ved at de med høy inntekt har råd til bedre boforhold, bedre kosthold eller å kjøpe seg helsetjenester.
- b. Dårlig helse kan påvirke inntekten negativt, for eksempel ved at personer med helseproblemer har nedsatt arbeidsevne og derfor lavere lønnsinntekt.
- c. Dårlig helse kan forekomme som følge av andre faktorer enn inntekt, men disse forholdene kan være korrelert med inntekt. Et eksempel på dette er store arbeidsmiljøbelastninger, som er mest vanlig i lavlønnsyrker (Helsedirektoratet, 2021).

Uansett tyder en omfattende forskningslitteratur på at økonomiske forhold gir seg utvetydig utslag i helse på en måte som ikke kan forklares av andre bakenforliggende årsaker (Dahl et al., 2014; Mæland et al., 2009).

## Data og metode

Det er mange mål på helse. I dette faktaflaket har vi valgt å se på to mål: egenvurdert helse og risiko for tidlig død. Egenvurdert helse, hvor folk selv rapporterer hvordan de synes deres egen helse er, har lenge blitt ansett som en robust indikator på helse. Det vil si at den henger tett sammen med andre viktige helseindikatorer, som for eksempel faktisk sykdomsforekomst. Risiko for tidlig død er på sin side et enkelt, pålitelig og konsistent mål på helsetilstanden i en befolkning.

Vi har i hovedsak brukt data fra levekårsundersøkelsene fra 2008, 2012 og 2019 (LKU) for å beskrive inntektsbaserte ulikheter i egenvurdert helse. Som en robusthetssjekk har vi også sammenlignet resultatene fra LKU med EU Statistics on Income and Living Conditions 2013–2019, og funnet at disse gir like resultater. I dette faktaflaket konsentrerer vi oss om resultatene fra LKU.

Utvalget i undersøkelsene består av omkring 5000 personer hvert år. Den egenvurderte helsen er oppgitt på en skala fra 1 (veldig god) til 5 (veldig dårlig). I våre analyser er dårlig egenvurdert helse definert som 4 eller 5 på denne skalaen. Det er viktig å være klar over at innvandrerbefolkningen er sterkt underrepresentert i spørreundersøkelsene, noe som gjør at funnene i hovedsak gjelder for majoritetsbefolkningen.

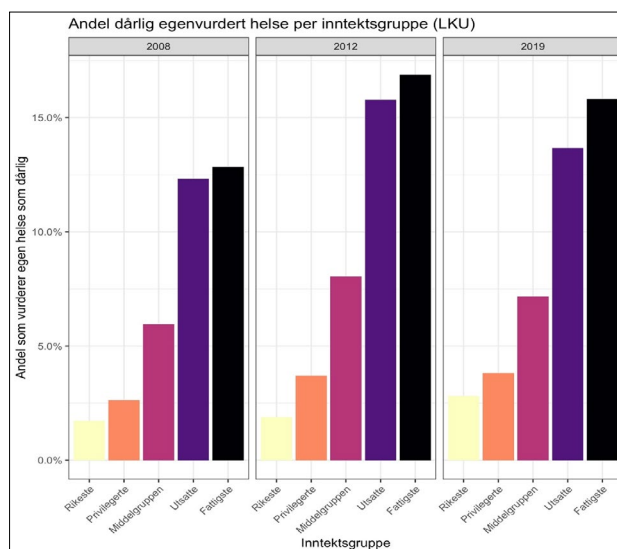
For å studere risiko for tidlig død bruker vi norske registerdata. Dette utvalget omfatter alle personer i alderen 15 til 74, som vi har inntektsopplysninger om, og som ikke er under utdanning (se faktaflak 1).

### Dårlig egenvurdert helse blant de fattigste

Svarene i spørreundersøkelsene viser at sannsynligheten for dårlig egenvurdert helse er betydelig høyere nederst i inntektsfordelingen (figur 1). I de to nederste inntektsgruppene ligger andelen som vurderer egen helse som dårlig på rundt 10 til 15 prosent, mens den tilsvarende andelen i de øverste inntektsgruppene er under 5 prosent. Dette er i tråd med andre studier av sosial ulikhet i helse (Barstad, 2020; Næss, et al., 2007). Det er en liten økning i

andelen som vurderer egen helse som dårlig i alle inntektsgruppene og ulikheten mellom inntektsgruppene ser ut til å ha økt noe mellom 2008 og 2019.

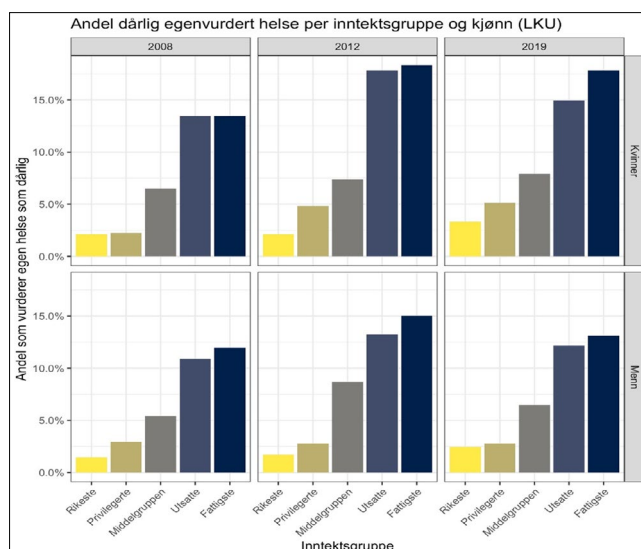
Figur 1 Andel som vurderer egen helse som dårlig, fordelt på inntektsgrupper. Lvekårsundersøkelsene i 2008, 2012 og 2019



### Dårligere egenvurdert helse blant kvinner

Andelen som vurderer egen helse som dårlig er høyere blant kvinner enn blant menn (figur 2). Dette har man også funnet i tidligere forskning, både i Norge og internasjonalt, men man har ikke noe tydelig svar på hvorfor kvinner har dårligere egenvurdert helse til tross for at de i snitt lever lenger enn menn (jf. Bråten og Jensen, 2023; se også analysen av dødsrisiko under).

Figur 2 Andel som vurderer egen helse som dårlig, fordelt på kjønn og inntektsgrupper. Lvekårsundersøkelsene i 2008, 2012 og 2019



### Risiko for tidlig død

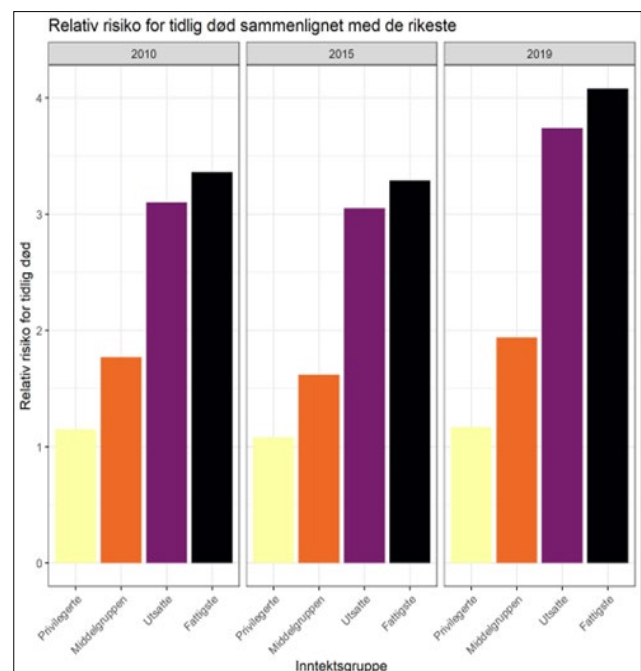
Et annet mål på helse, er risiko for tidlig død. Vi har sett på risikoen for å dø før man fyller 75 år innenfor hver inntektsgruppe og sammenlignet hver gruppe med de rikeste. Figur 3 viser hovedfunn for utvalgte år (2010, 2015, 2019). Vi finner følgende:

- Risikoen for å dø før man fyller 75 år er 3,5 ganger høyere blant de fattigste enn blant de rikeste i hele perioden sett under ett. Blant de økonomisk utsatte er risikoen for tidlig død 3,1 ganger høyere, i middelgruppa er risikoen 1,7 ganger høyere og for de privilegerte er risikoen 1,1 ganger høyere enn for de rikeste. Disse resultatene er justert for alder, kjønn, etnisk opprinnelse og år.
- Forskjellene i risiko for tidlig død mellom ulike inntektsgrupper er stort sett stabile i perioden vi undersøker. Ulikhetene er likevel størst i 2019 og har økt noe over tid. I 2019 er risikoen for tidlig død 1,2 ganger høyere for de privilegerte sammenlignet med de rikeste, 1,9 ganger høyere for middelgruppa, 3,7 ganger høyere for de økonomisk utsatte og 4,1 ganger høyere for de fattigste. Dette er store og vedvarende ulikheter i dødelighet. Disse ulikhetene er dessuten like store i Norge, som de er i mange land der de økonomiske ulikhetene er større enn i Norge, for eksempel i England i Vest-Europa eller Slovenia i Øst-Europa (jf. Mackenbach, 2017). Det at det finnes (minst) like store helseulikheter i Norge og nordiske land som i andre land med mindre sjenerøse velferds-systemer og svakere ordninger for sosial utjevning enn det vi finner i Norden, betegnes ofte som «det nordiske helseparadoks»: Hvorfor er helseulikhetene så store her til tross for den utjevningsorienterte velferdspolitikken? Er det fordi nyere medisinsk teknologi og helserelaterte ressurser er ulikt fordelt i samfunnet? Er det fordi ikke-materielle faktorer som status og kulturelle ressurser påvirker helseatferd ulikt i ulike sosiale klasser? Eller er det rett og slett slik at det norske samfunnet er mindre egalitært i virkeligheten enn det man har for vane å forestille seg, takket være en nasjonalt forankret, men retorisk overdrevet

likhetsmytologi? Foreløpig finnes det ingen utvetydige svar på disse ulike hypotesene og den akademiske debatten fortsetter å rase (jf. Nosrati, Eikemo & Marmot, 2024).

Vi har også sammenlignet menn og kvinners risiko for tidlig død innad i hver inntektsgruppe. Menn har høyere risiko for tidlig død enn kvinner. Denne kjønnsforskjellen finnes i alle inntektsgruppene, men den er minst blant de rikeste. Kjønnsforskjellen i dødelighetsrisiko har gjerne blitt forklart med at menn og kvinner har ulike helsebelastninger i yrkene sine, for eksempel ved at menn har større sannsynlighet for å ha fysisk krevende jobber enn kvinner. En annen forklaring er at det også er en sammenheng mellom kjønn og helseatferd, for eksempel ved at kjønnsnormer kan påvirke i hvilken grad man oppsøker og benytter seg av offentlige helsetjenester. Her ser man som regel at kvinner har større sjanse for å oppsøke hjelp enn menn. Likevel er det ikke uvanlig å beskrive det faktum at kvinner ofte har dårligere (egenvurdert) helse samtidig som menn dør tidligere som et «helseparadoks», som forskningen enn så lenge ikke har klart å finne noen god forklaring på (jf. Bråten & Jensen, 2023; Manandhar et al., 2018).

Figur 3 Relativ risiko for død før fylte 75 år i ulike inntektsgrupper, sammenlignet med de rikeste. Registerdata fra 2010, 2015 og 2019



## Referanser

- Barstad, A. (2020). Økonomi, helse og livskvalitet. Rapport 2020/29. Statistisk sentralbyrå. [https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/429442?\\_ts=1740a955568](https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/429442?_ts=1740a955568)
- Bråten, B. & Jensen, R.S. (2023). Kvinners sykefravær – et mysterium? I Fløtten, T., Kavli, H.C. & Trygstad, S. (red.) 2023. Ulikhetens drivere og dilemmaer. Oslo: Universitetsforlaget, s. 194–210.
- Dahl, E., Bergsli, H. & van der Wahl, K. A. (2014). Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Rapport fra Høgskolen i Oslo og Akershus. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/738/Sosial%20ulikhet%20i%20helse%20En%20norsk%20kunnskapsoversikt.%20Hovedrapport.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- Helsedirektoratet (2021). Sektorrapport om folkehelse 2021 [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 20. oktober 2021, lest 21. mai 2024). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse>
- Mackenbach, J. P. (2017). Nordic paradox, Southern miracle, Eastern disaster: Persistence of inequalities in mortality in Europe. *European Journal of Public Health*. 27(4): 14–17.
- Manandhar, M., Hawkes, S., Buse, K., Nosrati, E. & Magar, V. (2018). Gender, health and the 2030 agenda for sustainable development. *Bulletin of the World Health Organization*. 96(9): 644-653.
- Mæland, J. G., Elstad, J. I., Næss, Ø. & Westin, S. (red.) (2009). Sosial epidemiologi. Sosial årsaker til sykdom og helsesvikt. Gyldendal.
- Nosrati, E., Eikemo, T.A. & Marmot, M.G. (2024). Health, wealth, and the Nordic model revisited. *Nordic Welfare Research*. 9(1): 98–102.
- Næss, Ø., Rognerud, M. & Strand, B. H. (red.) (2007). Sosial ulikhet i helse. En faktarapport. Nasjonalt folkehelseinstitutt. [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/sosial\\_ulikhet\\_i\\_helse\\_fhirapport2007\\_1.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/sosial_ulikhet_i_helse_fhirapport2007_1.pdf)

I dette faktaflaket undersøker vi ulikheter i helse i Norge. Vi deler befolkningen opp i fem inntektsgrupper og ser på tilsvarende forskjeller i egenvurdert helse og risiko for tidlig død mellom 2008 og 2019.

**Elias Nosrati** er forsker ved Fafo og ved Universitetet i Oslo.