



Økonomi, helse og livskvalitet

En analyse av Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

TALL

SOM FORTELLER

Anders Barstad

RAPPORTER / REPORTS

2020 / 29

Anders Barstad

Økonomi, helse og livskvalitet

En analyse av Levekårsundersøkelsen EU-SILC
2017

I serien Rapporter publiseres analyser og kommenterte statistiske resultater fra ulike undersøkelser. Undersøkelser inkluderer både utvalgsundersøkelser, tellinger og registerbaserte undersøkelser.

© Statistisk sentralbyrå
Ved bruk av materiale fra denne publikasjonen skal Statistisk sentralbyrå oppgis som kilde.

Publisert 24. august 2020

ISBN 978-82-587-1162-6 (trykt)
ISBN 978-82-587-1163-3 (elektronisk)
ISSN 0806-2056

Standardtegn i tabeller	Symbol
Tall kan ikke forekomme	.
Oppgave mangler	..
Oppgave mangler foreløpig	...
Tall kan ikke offentliggjøres	:
Null	-
Mindre enn 0,5 av den brukte enheten	0
Mindre enn 0,05 av den brukte enheten	0,0
Foreløpig tall	*
Brudd i den loddrette serien	—
Brudd i den vannrette serien	|
Desimaltegn	,

Forord

Denne rapporten tar for seg forholdet mellom to svært sentrale levkårs-komponenter: Økonomi og helse. Datagrunnlaget for analysen er Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017, gjennomført av Statistisk sentralbyrå. Innledningsvis gir rapporten en oversikt over teoretiske perspektiver og tidligere forskning på feltet. Analysen er finansiert av Arbeids- og sosialdepartementet, som del av rammeavtalen om sosial rapportering.

Statistisk sentralbyrå, juni 2020

Linda Nøstbakken

Sammendrag

Denne rapporten, basert på Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017, viser at det er en sammenheng mellom to av velferdens viktigste dimensjoner, økonomi og helse. Personer med lav inntekt og liten finanskapital rapporterer betydelig oftere om helseproblemer av forskjellig slag enn de rikeste og mest formuende.

Variasjonsbredden mellom inntektsdesilene er 20-25 prosentpoeng for to egenrapporterte mål på helse. Inntekten synker nokså jevnt med økningen i helseproblemer, men er særlig lav for den lille gruppen med «svært dårlig» egenvurdert helse.

I en analyse som kontrollerer for andre kjennetegn, slik som utdanningsnivå og demografiske egenskaper, er hver av de to helseindikatorne, uavhengig av hverandre, forbundet med et inntektstap på 15-16 prosent blant menn og 10-15 prosent blant kvinner. Tapet er sterkere for enslige menn og menn med lav utdanning. De to helsemålene er knyttet til en enda sterkere reduksjon av størrelsen på finansformuen, mellom 29 og 39 prosent. Også her er det sterkere utslag blant enslige og lavt utdannede menn.

Rapporten tar også for seg forholdet mellom økonomiske ressurser og subjektiv livskvalitet. Tilfredsheten med livet øker nokså jevnt med økende inntekt, mens sammenhengen med finanskapital er svakere. I analyser der det kontrolleres for andre potensielle påvirkningsfaktorer, viser det seg å være en særlig sterk sammenheng mellom tilfredsheten med livet og problemer med å få «endene til å møtes» med husholdningens inntekter. Dette er i tråd med tidligere studier som peker på økonomiske problemer som en av de største lykke- eller «tilfredshetstyvene» i det norske samfunnet.

At personer med dårlig helse har relativt lav inntekt og formue kan bidra til at de opplever helseutgiftene som en belastning. Blant personer med store aktivitetsbegrensninger i hverdagen er det nær tre av ti (29 prosent) som opplever en eller flere helseutgifter som «svært tyngende». I hele befolkningen er andelen 7 prosent. Det er utgiftene til tannbehandling som tynger aller mest.

Gruppen som både har nedsatt helse og få økonomiske ressurser kan være særlig utsatt. I rapporten gis det beregninger av hvor stor denne gruppa er; anslagene varierer mellom 2 og 8 prosent av den voksne befolkningen. Analysen viser at dette er en gruppe som rapporterer om usedvanlig mange økonomiske problemer. Det er også relativt mange i denne gruppa som opplever at helseutgiftene er tyngende. Vi finner tegn til en samspillseffekt mellom økonomi og helse. Ikke minst er sammenhengen mellom dårlig helse og mangelen på viktige goder og tjenester sterkere blant personer som har få økonomiske ressurser.

Et av velferdsstatens viktigste formål er å gi økonomisk trygghet ved sykdom og uførhet. Indikatorene som denne rapporten bygger på, tyder på at den økonomiske utryggheten er betydelig større blant personer med dårlig enn med god helse. For eksempel utgjør andelene som synes det er forholdsvis vanskelig eller vanskelig å få pengene til å strekke til, eller som ikke ville klare en uforutsett regning, snaut en av tre blant dem med store aktivitetsbegrensninger på grunn av helseproblemer, og vel en av ti blant dem helt uten slike begrensninger. På den annen side viser tallene også at det store flertallet av dem som har nedsatt helse ikke har slike problemer. De aller fleste som blir syke ser ut til å klare seg rimelig bra. Men for noen grupper er denne konklusjonen mer diskutabel, ikke minst for dem som både har nedsatt helse og små økonomiske ressurser. Dette er en gruppe som er særlig utsatt for økonomisk utrygghet, også når vi legger en forholdsvis vid definisjon til grunn for hvem som skal inngå i den.

Abstract

This report, based on the EU-SILC 2017 Survey of level of living, shows a correlation between two of the most important dimensions of welfare: Economy and health. Persons with low income and little financial wealth, report substantially more often than the richest and wealthiest that they suffer from different kinds of health problems. The distances between the deciles of income are up to 20-25 percentage points for two self-reported indicators of health. The level of income decreases rather evenly with the increase of health problems but is particularly low for the small group that have «very bad» self-reported health.

In an analysis controlling for a number of other characteristics, such as educational level and demographic variables, we find that each of the two health indicators is associated with an income loss of 15-16 per cent for men and 10-15 per cent for women. The loss is stronger among single men and for men with only compulsory education. The two health measures are correlated with an even stronger reduction of financial wealth, 29-39 per cent. In this case also, we find stronger associations among single and lowly educated men.

The report also analyses the association between economic resources and subjective well-being. Satisfaction with life increases rather evenly with increasing income, while the correlation with financial wealth is weaker. In analyses controlling for other relevant characteristics, there is a particularly strong correlation between satisfaction with life and difficulties “making ends meet” with the household income. This finding is in line with earlier research, pointing to economic problems as one of the biggest happiness or “satisfaction thieves” in Norwegian society.

That persons with health problems have, on average, lower incomes and less wealth, can contribute to the experience of necessary health expenditures as a burden. Among persons that have major activity limitations in everyday life caused by health problems, nearly three out of ten (29 per cent) experience one or more types of health expenditures as «very burdensome». In the whole sample the percentage is 7. It is expenditures for dental treatment that are most burdensome. The group that have both diminished health and few economic resources, is particularly at risk. The report considers the size of this group, with estimates ranging from 2 to 8 per cent of the adult population. The analysis shows that this is a group that reports an unusually high number of economic problems. Relatively many in this group also experience health expenditures as burdensome. We find signs of an interaction effect between the amount of economic resources and health. Not least is the association between diminished health and the lack of important goods and services stronger among persons who have few economic resources.

One of the most important goals of the welfare state is to provide economic security in case of sickness and disability. The indicators used in this report suggest that economic insecurity is considerably more widespread among persons with bad than with good health. As an example, among people who experience major activity limitations due to health problems, nearly one in three find it relatively difficult or difficult to make ends meet and would not be able to pay a larger unforeseen bill, compared to slightly more than one in ten among those without any such limitations. On the other hand, the data also show that the large majority of those with diminished health do not have these problems. Most of the sick and disabled seem to be ok, financially speaking. But for some groups, not least those who have both diminished health and few economic resources, this conclusion is more questionable. This group runs a particularly high risk of experiencing economic insecurity, even when the criteria for defining the group are rather wide.

Innhold

Forord	3
Sammendrag	4
Abstract	5
Innhold	6
1. Innledning	7
2. Hvorfor forvente en sammenheng? Noen teoretiske perspektiver	9
3. Metodiske utfordringer	13
3.1. Hvordan de økonomiske ressursene måles	13
3.2. Mål på helse.....	14
4. Tidligere forskning	16
4.1. Helse og inntekt	16
4.2. Subjektiv livskvalitet og inntekt.....	17
4.3. Studier av enkeltsykdommer	18
4.4. Kausale sammenhenger?	19
4.5. Effekter av inntekt på helse blant barn	22
4.6. Motsatt årsaksrekkefølge – fra helse til økonomi	22
4.7. Subjektiv livskvalitet, økonomi og helse	24
5. Noen hypoteser om årsakssammenhenger, som utgangspunkt for analysen	25
6. Om datagrunnlaget og definisjonen av variabler	28
6.1. Datagrunnlaget.....	28
6.2. Definisjon av variabler.....	28
7. En deskriptiv analyse	32
7.1. Økonomiske ressurser og helsetilstand	32
7.2. Hvordan helsetilstanden betinger inntekten	34
7.3. Helse og selvrapporert økonomi	36
7.4. Tyngende helseutgifter?.....	39
7.5. Både dårlig helse og få økonomiske ressurser	40
7.6. Økonomiske ressurser og vurderinger av livet	42
7.7. Økonomiske ressurser og emosjonell livskvalitet	44
8. Multivariat analyse, med økonomi som avhengig variabel	46
8.1. Innledning	46
8.2. Inntekt	47
8.3. Formue.....	51
8.4. Selvrapporert økonomisk situasjon	52
8.5. Hva økonomiske ressurser betyr for selvrapporert økonomi	56
9. Multivariat analyse, med helse og livskvalitet som avhengige variabler	59
9.1. Innledning	59
9.2. Helse.....	60
9.3. Tilfredshet	63
9.4. Mening og affektiv livskvalitet.....	66
10. Diskusjon og avslutning	68
10.1. Hovedpunkter i lys av tidligere forskning	68
10.2. Tiltak – hva kan gjøres?	70
Referanser	73
Figurregister	81
Tabellregister	82

1. Innledning

Et grunnleggende formål med velferdsstaten er å sikre befolkningen mot bortfall av inntekt ved blant annet sykdom. I formålsparagrafen til Folketrygdloven heter det at: «Folketrygdens formål er å gi økonomisk trygghet ved å sikre inntekt og kompensere for særlige utgifter ved arbeidsløshet, svangerskap og fødsel, aleneomsorg for barn, sykdom og skade, uførhet, alderdom og dødsfall». ¹ Det er også et formål å bidra til utjevning av inntekt og levekår: «Folketrygden skal videre bidra til utjevning av inntekt og levekår over den enkelte persons livsløp og mellom grupper av personer».

Men i hvilken grad har vi økonomisk trygghet under sykdom, skade eller uførhet? Hvilken sammenheng er det mellom to av velferdens viktigste dimensjoner: økonomi og helse? Hvordan varierer dette mellom ulike grupper? Hvor mange er det som både har mindre god helse og lav inntekt og formue?

I denne rapporten skal vi analysere dette, med utgangspunkt i Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017. Det er en tverrsnittsundersøkelse, som innebærer at det ikke kan sies noe sikkert om årsak og virkning. Men de normativt interessante aspektene ved disse problemstillingene er ikke avhengig av at det etableres kausalitet. Jo sterkere korrelasjonen mellom fordelingene av henholdsvis helse og inntekt/økonomiske ressurser er, jo mer problematisk er det, uansett hva de underliggende årsaksmekanismene er. En sterk korrelasjon innebærer risiko for en betydelig skjevhet i den samlede fordelingen av velferd og livssjanser, siden inntekt og helse hver for seg betyr så mye for hvordan folk har det og opplever livet (Pedersen, 2013, s. 9). I det som kommer skal vi, i tillegg til helse, også se nærmere på hvordan inntekt og formue henger sammen med subjektiv livskvalitet.

Stiglitz-kommisjonen hevdet i sin tid at deltaking i samfunnet forutsetter at en person har et minimum av både inntekt og god helse. De understreket dermed betydningen av å studere velferdens hopningsmønstre, altså i hvilken grad dårlige og gode levekår akkumuleres, hoper seg opp, hos de samme individene. Ved å unnlate å se økonomi og helse i sammenheng, ser en også bort fra de mulige ekstra problemene som personer som både er syke og fattige står ovenfor, i tillegg til de ekstra fordelene som de rike og friske kan nyte godt av (Stiglitz, Sen & Fitoussi, 2009).

Samtidig er heller ikke de kausale effektene uvesentlige. Hvis det er slik at mangelen på økonomiske ressurser er en medvirkende årsak til dårlig helse, kan det ha konsekvenser for hvordan vi vurderer reformer i sosiallovgivningen. Å redusere ytelsene under sykdom, for eksempel for uføretrygdede, kan føre flere tilbake i jobb. Men hvis det er slik at lavere ytelser også bidrar til forverret livskvalitet og dårligere helse, kan vurderingen av denne typen reformer bli en annen. I 1993 ble det gjennomført en reform av uføretrygden i Nederland, som blant annet innebar strengere regler for hvem som kunne få trygd, og kutt i stønadsnivået. Garcia-Gomez og Gielen (2018) analyserer helseeffektene av reformen gjennom et såkalt «Regression Discontinuity» design (RD). De utnytter at reformen ble iverksatt trinnvis etter alder, slik at de strengere kriteriene først ble innført for mottakere under 45 år. Ved å sammenligne dem som var litt eldre og litt yngre enn dette tilfeldige kuttpunktet, er det, under visse forutsetninger, mulig å få et estimat på effekten av reformen. Forskerne finner at reformen var forbundet med økt dødelighet blant kvinnene som ble utsatt for kuttene og de strengere kriteriene i den påfølgende 17-årsperioden. Blant menn ledet derimot reformen til redusert dødelighet. Den økte dødeligheten blant kvinnene var konsentrert til dem som hadde relativt lav lønn før de ble mottakere av uføretrygd. Det totale inntektsnivået

¹ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>, lest 27.05. 2020

til kvinnene ble imidlertid ikke endret etter reformen, siden de reduserte ytelsene ble kompensert gjennom økt sysselsetting og inntekt fra andre typer ytelser. Den økte dødeligheten ble drevet av kvinnene som gikk fra å være trygdet til å bli sysselsatt. Det kan innebære at blant kvinner med helseproblemer som arbeider i visse lavstatusyrker, bidrar arbeidet i noen tilfeller til en ytterligere nedbryting av helsetilstanden.

2. Hvorfor forvente en sammenheng? Noen teoretiske perspektiver

Ulikheter i helse, etter utdanning, inntekt, yrke eller klasseposisjon, kan forklares på ulike måter. Den første forklaringen er seleksjons- eller *mobilitetsforklaringen* (Elstad, 2005). Ifølge denne skyldes disse forskjellene at helsa påvirker den sosiale posisjonen og ikke omvendt. Som vi skal se seinere, er det mye som taler for at dette er en del av årsakene til at de med lav inntekt og formue har dårligere helse enn de rikeste. Noe av bakgrunnen er at helseproblemer øker risikoen for å måtte forlate arbeidslivet, og at velferdsytelsene ikke kompenserer helt for tapet av arbeidsinntekt.

En annen forklaring er at sammenhengen er *spuriøs*, det vil si at den skyldes en tredje variabel som både påvirker helsetilstanden og de økonomiske ressursene. Det kan for eksempel være individers genetiske utrustning, deres intelligens eller utdanningsnivå. Det er grunn til å tro at dette også er en del av forklaringene på sammenhengen mellom økonomi og helse. Utdanning sikrer bedre betalte jobber, og kan ha en positiv innflytelse på helsetilstanden. Galama, Lleras-Muney og Kippersluis (2018) konkluderer, med basis i tvillingundersøkelser og kvasiekperimentelle studier, at utdanning reduserer dødeligheten for menn, men at effekten også varierer betydelig, og bare er til stede for noen populasjoner og i visse tidsperioder.

Men dersom årsaksretningen går fra økonomiske ressurser til helse, hva kan forklare dette? Generelt er det ofte tre hovedtyper av forklaringer som trekkes fram når sosioøkonomiske helseforskjeller skal forklares på denne måten: Materielle forklaringer, psykososiale forklaringer og forklaringer med utgangspunkt i helseatferd eller livsstil. Alle disse er relevante for å forstå betydningen av økonomiske ressurser.

De *materielle forklaringene* vektlegger betydningen av belastninger som dårlig kosthold, luftforurensning og vanskelige boforhold. God økonomi gir blant annet anledning til å ha et mer helsefremmende forbruk, slik som sunt kosthold og muligheter for ferie og rekreasjon (Barstad, 2014, s. 262). Det materielle betyr noe også i rike samfunn. Sikre biler er dyrere enn usikre, sunne boliger dyrere enn usunne, trening koster penger osv. (Pedersen, 2013). En variant av de materielle forklaringene er det neo-materielle perspektivet. Det skiller seg fra den klassiske varianten «...ved å åpne for at ikke bare det absolutte, men også det relative inntektsnivået kan spille en vesentlig rolle for helseutfall...» (Pedersen, 2013, s. 5). Flere mekanismer kan forklare dette, for eksempel at det relative inntektsnivået har stor betydning for hvilke goder en kan oppnå på boligmarkedet. Relativ kjøpekraft kan spille en avgjørende rolle for visse miljøgoder.

De *psykososiale forklaringene* legger vekt på hvordan subjektive opplevelser, tanker og følelser kan påvirke kroppen. Nøkkelbegrepet er stress (Barstad, 2014, s. 263; Dahl, Bergli & Wel, 2014). I møtet med kroniske eller akutte stressorer (ytre belastninger), for eksempel et dødsfall i familien eller oppsigelse på jobben, er det en fare for at belastningene overstiger individets kapasitet for mestring og tilpasning. Det kan igjen føre til stressreaksjoner, for eksempel i form av psykologiske reaksjoner (frykt og tristhet), og uheldige fysiologiske endringer som betennelser og økt blodtrykk. Hvis disse reaksjonene varer ved, kan resultatet bli nedsatt helse og økt risiko for død. En annen påvirkningsmekanisme er gjennom ugunstig helseatferd, for eksempel røyking eller drikking som en måte å håndtere en traumatisk hendelse på. Evnen til tilpasning og mestring avhenger igjen av tilgangen til forskjellige ressurser, ikke minst sosial støtte, selvtillit og opplevelse

av mestringssevne og kontroll. Dette er ressurser som fattige og andre lavstatusgrupper ofte har mindre av enn andre (Thoits, 2010).

En rekke observasjonsstudier har knyttet akutte og kroniske stressorer til økt sykdomsrisiko, blant annet til utviklingen av depresjon, hjertesykdom og infeksjonssykdom. Sammenhengen med kreft er mer usikker. Stressende livshendelser ser ut til å påvirke dødeligheten av kreft, men sannsynligvis ikke forekomsten av nye tilfeller (Cohen, Murphy & Prather, 2019). En annen oversiktsartikkel konkluderer med at stress i voksen alder spiller en viktig rolle for prognosen til personer som allerede har utviklet hjertesykdom, mens effekten på nye tilfeller er svakere (Kivimaki & Steptoe, 2018). Hendelser som truer et individs følelse av kompetanse eller status på områder som er en del av kjerneidentiteten, har særlig ugunstige helseeffekter. Dette er ofte mellommenneskelige problemer, tap av sosial status og vansker med sysselsetting/arbeidsledighet (Cohen et al., 2019). For mental helse betyr kroniske vanskeligheter, slik som manglende evne til å betale månedlige utgifter, mer enn de akutte livshendelsene (Thoits, 2010).

Det er liten tvil om at potensielt stressende livshendelser predikerer helseproblemer. Spørsmålet om effektene er kausale er likevel vanskelig å svare på, gitt at det ikke er mulig å randomisere fordelingen av mennesker på stressende og ikke-stressende hendelser. I noen grad kan man likevel studere de fysiologiske effektene av stress i laboratorieforsøk. Naturlige eksperimenter, der en studerer hjertesykdom som konsekvens av naturkatastrofer og krig, gir også støtte til stresshypotesen, se forskning gjengitt i Cohen, Janicki-Deverts og Miller (2007).

Økonomiske ressurser kan på flere måter spille en rolle i stressprosessen. Hendelser som det å miste jobben kan føre til lavere inntekt og påfølgende økonomiske problemer, som igjen bidrar til stress. Se for eksempel den klassiske studien til Pearlin, Menaghan, Lieberman og Mullan (1981), der stress ble operasjonalisert som symptomer på depresjon. Endringer i inntekt følger også ofte med i dragsuget av forskjellige livshendelser, slik som skilsmisser og, som vi skal se, helseproblemer. Inntekt kan i tillegg være en buffer når negative livshendelser inntreffer. En amerikansk panelundersøkelse fant at personer med nettoformue over medianen ikke hadde et like stort fall i subjektiv livskvalitet etter at de fikk en funksjonshemming som personer med formue under medianen (Smith, Langa, Kabeto & Ubel, 2005). I det psykososiale perspektivet vektlegges imidlertid ofte relativ framfor absolutt inntekt. Å ha lav inntekt i forhold til andre er en potensiell kilde til stress. Antakelsen om det relative inntektsnivåets betydning kan utformes på forskjellige måter. En av dem er tesen om relativ deprivasjon, som innebærer at den negative helsemessige effekten av å være lavt plassert i inntektsfordelingen er sterkere jo større inntektsulikheten er i samfunnet (Pedersen, 2013).

Mens stressreaksjoner ofte knyttes til negative følelser som tristhet og angst, er det i de seinere årene også gjort mye forskning på de potensielt helsebringende virkningene av positive følelser, for eksempel lykke, glede, entusiasme og ro. Belastende livshendelser og kroniske vanskeligheter kan tenkes å øke risikoen for dårlig helse ikke bare gjennom å skape stressreaksjoner, men også gjennom å redusere hyppigheten av slike følelser. Noen studier viser at sammenhengen mellom positive følelser og helse er uavhengig av, og kommer i tillegg til, den mer etablerte sammenhengen med negative følelser (Pressman, Jenkins & Moskowitz, 2019). Noe av effekten kan skyldes at positive følelser er forbundet med sunnere helseatferd. Eksperimenter tyder på at det å manipulere graden av positive følelser i laboratoriet, for eksempel gjennom filmklipp og musikk, bidrar til økte intensjoner om å være fysisk aktiv og spise sunt. Andre eksperimenter viser at tiltak for å øke positiv affekt, blant annet gjennom å gi små gaver, øker tilbøyeligheten til å ta foreskrevne medisiner for høyt blodtrykk. Noen undersøkelser bekrefter imidlertid

ikke disse sammenhengene, så helt entydige konklusjoner kan foreløpig ikke trekkes ([Pressman et al., 2019, s. 636](#)). Andre studier har knyttet positive følelser til en rekke fysiologiske parametere som er forbundet med god helse, slik som et velfungerende immunapparat og et lavt nivå av stresshormoner. Det gjelder også studier som har manipulert forekomsten av positive følelser gjennom eksperimenter.

En hypotese som etter hvert har fått noe støtte, men som fortsatt ikke er tilstrekkelig utprøvd, er at positiv affekt fungerer som en ressurs eller buffer i stressprosessen. De positive følelsene kan bidra til å ta «brodden av» de belastende hendelsene, slik at en person kommer seg lettere etterpå. Siden det er en sammenheng mellom positiv affekt og gode sosiale relasjoner, kan det i tillegg være slik at de som erfarer positive følelser i større grad har en buffer i tilgangen på sosial støtte og integrasjon.

En tredje forklaringstype er forklaringer med utgangspunkt i *helseatferd* eller livsstil. Søkelyset har særlig blitt rettet mot «de fire store»: Tobakksrøyking, kosthold med lite frukt og grønnsaker, liten fysisk aktivitet samt misbruk av alkohol og andre rusmidler. Men også helsetjenestebruk og sovevaner har blitt trukket inn. [Elstad \(2005\)](#) konkluderer i sin litteraturgjennomgang med at levevaner knyttet til røyking, mosjon og kosthold spiller en viss, men neppe dominerende, rolle for sosioøkonomiske helseulikheter. Inntekt og formue har også en noe paradoksal sammenheng med enkelte levevaner, siden økonomiske ressurser øker mulighetene for både helsefremmende og helsenedbrytende konsum. Det er få klare effekter i forskningslitteraturen. Noen internasjonale studier finner at en større formue øker sjansen for røyking og drikking, mens andre ikke gjør det ([O'Donnell, Van Doorslaer & Van Ourti, 2015](#)). En nylig studie tyder imidlertid på at alkoholrelatert og tobakksrelatert dødelighet betyr en del for inntektsforskjellene i levealder. I Norge forklarte disse formene for dødelighet om lag 30 prosent av forskjellene ([Ostergren, Martikainen, Tarkiainen, Elstad & Bronnum-Hansen, 2019](#)). Det er likevel viktig å sette valget av livsstil inn i en større sammenheng. Å endre livsstil kan være krevende, og påvirkes av gruppetilhørighet og tilgangen på ressurser. En studie fra Irland viste at materielle faktorer – slik som økonomiske problemer og arbeidsledighet – forklarte mye av klasseforskjellene i røyking ([Layte & Whelan, 2009](#)).

Hva betyr ulikheter i bruken av helsetjenester? Bruken av visse helsetjenester koster penger, også i Norge, og representerer et potensielt problem for dem med lav inntekt. Udekkede behov for helsetjenester på grunn av økonomiske kostnader er høyere blant personer med lav inntekt enn blant dem med høyere inntekter i alle europeiske land, også Norge. Men Norge kommer relativt sett godt ut – de absolutte ulikhetene mellom høyeste og laveste kvintil er lavere enn i de fleste andre land i Europa ([OECD, 2019, s. 27](#)). Norge er på den andre siden på et middels nivå hva angår ulikheter i bruken av helsetjenester knyttet til inntekt. Både Danmark og Sverige har mindre ulikhet ([OECD, 2019](#)). En nyere studie basert på HUNT-data finner at det er mer bruk av spesialisttjenester og av polikliniske tjenester blant personer med høy enn med lav inntekt og utdanning, ved kontroll for behov ([Vikum, Krokstad & Westin, 2012](#)). Derimot var det ingen forskjeller i bruken av allmennlegetjenester.

En analyse av Levekårsundersøkelsen om helse 2015, viste klare inntektsforskjeller i bruken av visse typer helsetjenester ([Lunde, Otnes & Ramm, 2017](#)). Menn og kvinner med høy inntekt brukte fysioterapitjenester og legespesialister noe mer enn de med lav inntekt. Det var også en klar sosial gradient i bruken av tannlege; det var særlig menn med lav inntekt og mindre god helse som sjeldnere enn andre kontaktet tannleger. Likeledes var det færre i lavinnteksgruppene som brukte

forebyggende helsetjenester, slik som måling av kolesterolet og blodsukkeret, og ulike screeningprogrammer. Blant kvinner er det snakk om store inntektsforskjeller. Av kvinner som har en varig sykdom, hadde bare 29 prosent med inntekt per forbruksenhet under 250 000 tatt celleprøve av livmorhalsen; i høyinntektsgruppen (>500 000) var andelen hele 77 prosent (Lunde et al., 2017, s. 42). I gruppen med lavest inntekt var det i 2015 13 prosent som ikke hadde tatt kontakt med lege eller legespesialist til tross for behov, og 11 prosent som ikke hadde tatt kontakt med tannlege. I gruppen med høyest inntekt var andelen henholdsvis 5 og 4 prosent. Blant dem som både har mindre god helse og lav inntekt var andelen med udekkede behov en god del høyere, henholdsvis 19 prosent for legekontakt og 21 prosent for tannlegekontakt. 11 prosent av personer med inntekt under 250 000 og med mindre enn god helse hadde unnlatt å hente ut medisiner på apoteket fordi de ikke hadde råd. I hele befolkningen var det 3 prosent som hadde gjort dette (Lunde et al., 2017, s. 35).

Denne analysen viser også at økonomiske grunner til udekkede behov er særlig vanlig blant dem som ikke har oppsøkt tannlege. Nesten halvparten av dem som hadde behov for tannlege, men som ikke tok kontakt, oppga dårlig råd som grunn. Åtte prosent av dem med inntekt <200 000 oppga at de ikke hadde råd, mens det blant de rikeste knapt var noen som oppga dette. Men betyr disse forskjellene i bruk av tannlegetjenester noe for andre sider ved helsetilstanden? I løpet av de seinere årene er det kommet mer kunnskap om sammenhengen mellom tannhelse og allmenn helse. Pasienter rammet av tannkjøtt sykdommen periodontitt har vist seg å ha langt større risiko enn andre for visse sykdommer, blant annet hjerneslag, diabetes og kreft. Det er likevel uklart hvor mye av disse sammenhengene som er kausale. Sammenhengen mellom diabetes og periodontitt er best dokumentert, og her ser årsakssammenhengene ut til å gå begge veier – det er også vist at behandling for periodontitt gir bedre kontroll over diabetes (Chapple, 2009).

Det er altså mulig at noen sykdommer oppstår eller forverres når en person ikke får tannlegebehandling. I tillegg gir noen systemiske sykdommer problemer med munnhelsen, som igjen kan forsterke de økonomiske belastningene som disse sykdommene gir, siden tannlegebehandlingen som hovedregel ikke dekkes over offentlige budsjetter. Munntørighet er en vanlig bivirkning av mange typer medisiner, bivirkninger som øker risikoen for karies og såre slimhinner.²

Det er på ingen måte slik at de nevnte perspektivene utelukker hverandre. Et overgripende perspektiv, som inkluderer flere forklaringstyper, er *livsløps-perspektivet*. Helsesvikt kan være en konsekvens av belastninger og uheldige miljøfaktorer som akkumuleres gjennom livet. Sykdom og andre belastninger eller traumer som rammer en person i barndommen, er mer utbredt i familier med lav inntekt og utdanning, og har i noen tilfeller negative konsekvenser seinere i livet. Foreldrenes inntekt og utdanning påvirker barns helse og utdanning, som igjen har sammenheng med den voksnes helse og inntekt (Pedersen, 2013, s. 34). De uheldige påvirkningene starter allerede i fosterlivet. Dårlig ernæring og andre helserisikoer påvirker fosterlivet, og kan blant annet redusere de kognitive evnene (O'Donnell et al., 2015). I norsk sammenheng er det blant annet vist at lav fødselsvekt og kroniske sykdommer i barndommen er korrelert med seinere risiko for uførepensjon (Gravseth et al., 2007).

² <https://www.minhelseomsorg.no/god-munnhelse-er-viktig-for-hele-kroppen/>, lest 5.3. 2020

3. Metodiske utfordringer

Sammenhengen mellom økonomiske ressurser og helse er et svært komplekst forskningsfelt. Det har sammenheng med mangfoldet av ulike påvirkningsfaktorer, som ofte påvirker hverandre gjensidig gjennom livsløpet, fra innflytelsene som skjer allerede i fosterlivet fram til alderdommen. Tidsaspektet er viktig, særlig for fysisk helse. Hvis det er slik at det er de akkumulerte belastningene gjennom livsløpet som slår ut, kan det være vanskelig å finne sammenhenger på ett tidspunkt eller over et relativt kort tidsintervall.

3.1. Hvordan de økonomiske ressursene måles

Det er ikke gitt hvordan de økonomiske ressursene best skal måles. Det vanligste målet er husholdningsinntekten i et gitt år, kontrollert for husholdningens størrelse og sammensetning. Dette målet har flere svakheter. Kjernen i inntektsbegrepet er muligheter for forbruk. En rekke kilder til variasjon i forbruksmuligheter fanges ikke opp av inntektsmålet «årlig inntekt etter skatt» (Pedersen, 2013). Eksempler er fordelene av å bo i nedbetalt eierbolig, uformelle overføringer fra andre, svart arbeid og subsidierte offentlige tjenester. Disse svakhetene vil svekke mulighetene til å avdekke en kausaleffekt på helse.

Inntekten et gitt år sier ikke nødvendigvis så mye om forbruksmulighetene. Det er inntektens størrelse på lang sikt, den såkalte permanentinntekten, som avgjør hvor mye en husholdning forbruker i løpet av et år. Da brytes også skillet mellom inntekt og formue ned. Oppbygging av formue er «...en måte å utjevne forbruksmulighetene over tid» (Pedersen, 2013, s. 7). En eventuell kausaleffekt av inntekt vil sannsynligvis være sterkere knyttet til permanentinntekten enn til den årlige inntekten. Det er derfor viktig å supplere inntekt med mål på formue. Ikke minst er det viktig for å forstå forbruksmulighetene blant de eldre. Eldre kan ha lav inntekt, men en anseelig formue (Kuypers & Marx, 2018). Tidsaspektet understrekes også av annen forskning. Langvarig fattigdom har sterkere innvirkning på helsetilstanden enn den kortvarige fattigdommen (Benzeval & Judge, 2001).

Andre måter å måle den økonomiske situasjonen på, er å ta utgangspunkt i hvilke goder som husholdningen mangler fordi de ikke har råd (deprivasjonsmål), eller spørre om husholdningen opplever vansker med å dekkende løpende utgifter. Av flere grunner kan deprivasjonsmål gi andre resultater enn mål på inntektsfattigdom. I tillegg til det som allerede er nevnt, kommer forbruksmulighetene som egenproduksjon og frynsegoder på jobb kan gi (Israel, 2016). Noe forskning viser at deprivasjonsmål korrelerer sterkere med helse enn inntektsfattigdom (Gunasekara, Carter, Crampton & Blakely, 2013; Pfoertner, Andress & Janssen, 2011).

Et mulig problem med slike mål er at de er basert på selvrapporing. Det gjelder også vurderinger av om husholdningen har problemer med å dekke løpende utgifter eller å få «endene til å møtes». Når disse korreleres med subjektive mål på helse, kan det være en fare for at bakenforliggende personlighetstrekk, slik som nevrotisme, påvirker begge deler og skaper et skjevt inntrykk av sammenhengene. I følge Nes og Tambs (2011) avspeiler subjektive vurderinger av helsetilstanden ikke bare objektiv helsestatus, men også en generell positivitetsfaktor som delvis er genetisk betinget.

Annen forskning viser imidlertid en klar sammenheng mellom vurderinger av den økonomiske situasjonen og objektive indikatorer som inntekt og formue. En undersøkelse blant eldre over 50 år, fant at oppgitte vansker med å få «endene til å møtes» først og fremst korrelerte med mål på netto formue og inntekt. Korrelasjonen med netto formue var sterkest. Studien konkluderer med at svarene på spørsmål om økonomiske vanskeligheter gir meningsfull informasjon, og i stor

grad avspeiler objektive økonomiske forhold ([Litwin & Sapir, 2009](#))³. Unntaket var vurderingene blant de aller eldste, som var 80 år eller eldre. I denne aldersgruppen hadde de objektive indikatorene svakere effekt. Færre rapporterte om økonomiske vansker enn det de objektive ressursene skulle tilsi. En studie basert på paneldata fra EU-SILC for Luxembourg, tyder på at objektiv fattigdom og vansker med å få pengene til å strekke til påvirker hverandre gjensidig. Økonomiske vanskeligheter på ett tidspunkt hadde en negativ effekt på seinere risiko for lavinntekt ([Ayllon & Fusco, 2017](#)).

3.2. Mål på helse

Vi har nevnt at subjektive vurderinger av helsetilstanden, ikke minst vurderinger av helsa som god eller dårlig, kan gjenspeile flere ting enn bare helse, slik som en generell tendens til å se «lyst» eller «mørkt» på livet ([Nes & Tambs, 2011](#)). Det finnes imidlertid en omfattende forskning som viser at egenvurdert helse, på tross av dette, i betydelig grad korrelerer med framtidige, objektivt målte helseutfall. slik som sykehusinnleggelses og bruk av andre helsetjenester ([Doiron, Fiebig, Johar & Suziedelyte, 2015](#)). Egenvurdert helse korrelerer også sterkt med dødelighet; korrelasjonen har omtrent samme styrke innenfor ulike inntektsgrupper ([Holseter, Dalen, Krokstad & Eikemo, 2015](#)). Over tid ser det faktisk ut til at selvrapportert helse i økende grad predikerer dødelighet. Det er i hvert fall dette som [Schnittker og Bacak \(2014\)](#) finner, basert på amerikanske surveydata fra 1980 til 2002. Noe av grunnen kan være at befolkningen kan mer om helse enn før, og derfor har blitt flinkere til å vurdere sin egen helse.

I det som kommer skal vi også bruke et annet helsemål, nemlig om de intervjuede har en sykdom, funksjonshemming eller andre helseproblemer, og om dette medfører begrensninger i utførelsen av alminnelige hverdagsaktiviteter. I engelskspråklig litteratur omtales dette som GALI, *Global Activity Limitation Indicator* ([Van Oyen, Bogaert, Yokota & Berger, 2018](#)). Det er et helseaspekt som er sterkt korrelert med den egenvurderte helsa, men som likevel ikke måler helt det samme. GALI er et helsemål som kan være særlig sensitivt for sosiale og økonomiske ressurser. Indikatoren handler på et vis ikke om sykdommene som sådan, men om konsekvensene av dem ([Toge & Bell, 2016](#)). En ting er for eksempel å ha en alvorlig sykdom, slik som kreft eller diabetes, noe annet er hvilke konsekvenser sykdommen har for hverdagslivet. Noen kan ha inntekter som tillater dem å kjøpe seg tjenester som gjør hverdagen lettere, eller en jobb som i stor grad gjør det mulig å jobbe hjemmefra. Det gjør at konsekvensene av den samme sykdommen vil variere, selv om sykdommen «i seg selv» har samme alvorlighetsgrad. Det viser seg dessuten at GALI er korrelert med objektive helseutfall, og predikerer dødelighet, uavhengig av egenvurdert helse ([Berger, Van der Heyden & Van Oyen, 2015](#); [Van Oyen et al., 2018](#)).

I denne rapporten skal vi i tillegg supplere de to helsemålene med mål på subjektiv livskvalitet, både tilfredshet, opplevd mening og affektive opplevelser som glede, bekymringer og tristhet. Dette har delvis sammenheng med at vi ikke har mål som skiller mellom psykisk og fysisk helse. Det er grunn til å tro at målene på subjektiv livskvalitet i særlig grad korrelerer med psykisk helse ([Clark, Fleche, Layard, Powdthavee & Ward, 2018](#)). Det kan også tenkes at subjektiv livskvalitet i sterkere grad fanger opp de umiddelbare, kortsiktige påvirkningene fra lav inntekt og økonomiske problemer. Noe av problemet med forskningen på feltet er som nevnt at helsepåvirkningene kan skyldes de akkumulerte belastningene over lang tid, gjennom livsløpet, som ikke nødvendigvis er synlige på ett tidspunkt i en

³ En svakhet ved studien var imidlertid at også formue og inntekt var basert på selvrappotering. Seinere i denne rapporten skal vi se nærmere på sammenhengen mellom registerbaserte mål på formue og inntekt på den ene siden, og selvrappoterte økonomiske vansker på den andre. Også denne analysen bekrefter sammenhengen mellom subjektive og objektive mål

tverrsnittsundersøkelse. I tillegg kommer at mange undersøkelser viser en sammenheng mellom subjektiv livskvalitet og helse. Vi har tidligere nevnt at positive følelser er korrelert med et lengre liv og forskjellige indikatorer på god helse. Det er også påvist en sammenheng mellom lav livstilfredshet og risiko for en tidlig død (Headey & Yong, 2018).

4. Tidligere forskning

I det følgende skal vi gi en oversikt over tidligere forskning på feltet. En viktig kilde er det grundige oversiktsarbeidet til O'Donnell et al. (2015). Andre sentrale arbeider som gir en oversikt over feltet er, i norsk sammenheng, Dahl et al. (2014), som igjen baserer seg mye på Pedersen (2013). I internasjonal sammenheng har vi også arbeidet til Reche, König og Hajek (2019a), samt Lleras-Muney (2018). Studien til Leigh, Leigh og Du (2019) gir en oversikt over forskningen på minimumslønn og helse.

Aller først skal vi imidlertid se hvor store forskjeller det faktisk er snakk om, før vi går nærmere inn på hva som ligger bak forskjellene og mulige kausale effekter.

4.1. Helse og inntekt

Fattige lever et betydelig kortere liv enn de rike, også i det norske velstandssamfunnet. Forventet levealder for 40-årige menn var nesten 14 år lenger for dem som tilhørte de 1 prosent rikeste sammenlignet med de 1 prosent fattigste, i perioden 2005-2015. Den tilsvarende forskjellen blant kvinner var 8 år (King et al., 2019). Dette er omtrent samme forskjell som i USA. Den norske kunnskaps-oversikten over sosial ulikhet i helse viste at dødeligheten blant personer med vedvarende lavinntekt⁴ var mer enn dobbelt så høy som blant ikke-fattige i nesten alle aldersgrupper mellom 13 og 79 år (Dahl et al., 2014, s. 224).

De siste tiårene har forskjellene i forventet livslengde mellom inntektsgruppene vært økende i Norge. Mellom 1970 og 1997 reduserte de rikeste mennene sin dødelighet med rundt 50 prosent, mens det nesten ikke var noen reduksjon for menn med de laveste inntektene (Pedersen, 2013). Fra 1993 til 2008 var det derimot små endringer i dødelighetsforskjellene mellom menn med høy og lav inntekt. Blant kvinner var det en svak økning av forskjellene. Fra 2005 til 2015 viser beregningene i King et al. (2019) at levealdersforskjellene mellom de 25 prosent fattigste og rikeste økte, både for menn og kvinner, se figur 4.1.⁵

Andre norske studier har funnet en interaksjon mellom familieforhold og inntekt. På 1990-tallet var dødeligheten særlig høy blant enslige menn med relativt lave inntekter.⁶ Utdanningsforskjellene i dødelighet var også mer markerte blant enslige enn ellers i befolkningen (Rognerud, Strand & Næss, 2007, s. 13, 51).

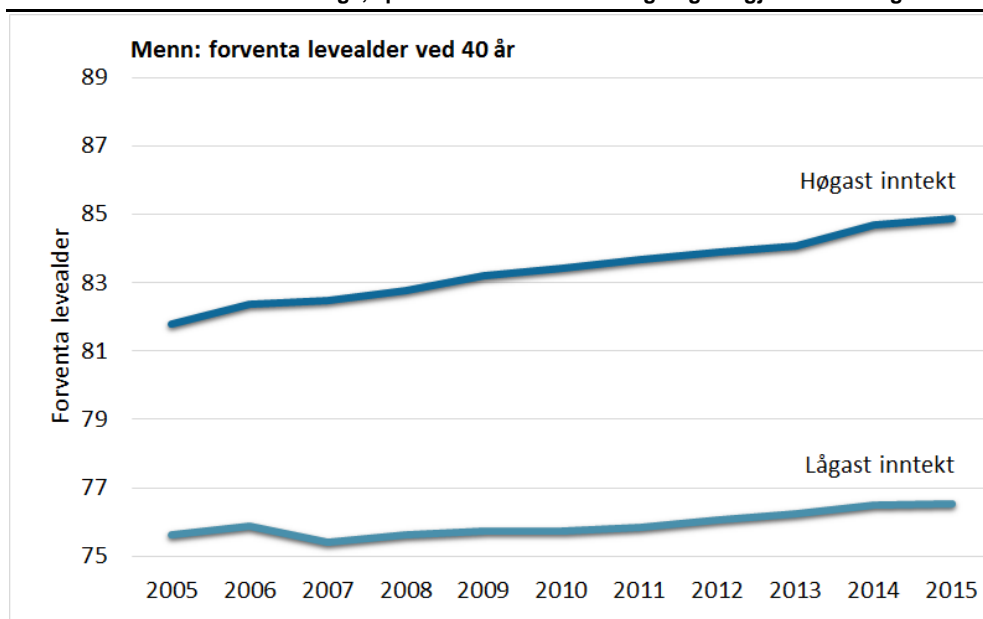
En av de mest utsatte lavinntektsgruppene, helsemessig sett, er sosialhjelpsmottakere. Gruppen som mottok sosialhjelp i 1993 hadde i den påfølgende tiårsperioden betydelig høyere dødelighet enn gruppen som ikke mottok sosialhjelp, særlig gjaldt det menn og langtidsmottakere. Selv ved kontroll for sivilstand, inntekt og utdanning, er dødeligheten godt over nivået for den øvrige befolkningen (Naper & Dahl, 2009). Overdødeligheten gjelder alle dødsårsaker, men er høyest for alkohol- og narkotikarelaterte årsaker (Naper, 2009).

⁴ Personer som i årene 2003-2005 tjente under 60 prosent av medianinntekten i alle årene. Oppfølgingsperioden for dødelighet var 2006-2010

⁵ <https://www.fhi.no/nyheter/2019/rike-lever-mykje-lenger-enn-fattige/>, lest 06.03.2020

⁶ Enslige var definert som personer i enpersonshusholdninger

Figur 4.1 Utviklingen i forventet levealder for de 25 prosentene blant menn med høyest og lavest inntekt i Norge, i perioden 2005-2015. Beregningene gjelder 40-åringer



Kilde: Folkehelseinstituttet

Tall fra Levekårsundersøkelsen om helse fra 2015 viser også markerte forskjeller i egenrapportert helse mellom grupper med ulik husholdningsinntekt per forbruksenhet (kvartiler). Gjennomgående tredobles andelen med helseproblemer når en beveger seg fra laveste til høyeste inntektskvartil. For eksempel var det 37 prosent blant dem med lavest inntekt som vurderte egen helse som mindre god, mens andelen var 13 prosent i høyeste kvartil. Andelen med depressive symptomer var henholdsvis 12 og 4 prosent (With, 2017). Den egenvurderte tannhelsen blir også markant dårligere med lavere inntekt, forskjellene er særlig store i aldersgruppen 45 år og over (Lunde et al., 2017, s. 46).

Barn som vokser opp i fattige familier har dårligere subjektiv helse, ifølge norske undersøkelser. Ulykker og skader er også mer vanlige blant barn som vokser opp i familier med lav sosioøkonomisk status og dårlig råd (Dahl et al., 2014, s. 115-116; Rognerud et al., 2007).

Internasjonale sammenligninger på feltet viser at Norge er blant landene i Europa som har lavest inntektsforskjell i helse⁷, mens ulikhetene etter utdanning er på et middels nivå. Dette er sammenligninger basert på absolutte forskjeller i selvrapportert helse, se OECD (2019, s. 73). Andre studier tyder på at Norge og andre nordiske land gjennomgående ikke har mindre helseulikheter enn land med svakere utbygde velferdsstater (Dahl et al., 2014).

4.2. Subjektiv livskvalitet og inntekt

Ottar Hellevik finner en klar, men ikke spesielt sterk, sammenheng mellom brutto husholdningsinntekt og lykke- og tilfredshetsnivået i befolkningen, basert på undersøkelsen Norsk Monitor. Sammenhengen framtrer som lineær; den subjektive livskvaliteten stiger jevnt med økende inntekt (Hellevik, 2011). Hellevik finner at inntekten påvirker lykke og tilfredshet utelukkende via subjektive økonomiske vurderinger, hvorav frykt for ikke å klare seg økonomisk er det som korrelerer sterkest med livskvaliteten. Andre subjektive vurderinger som har sammenheng med livskvalitet er følelsen av å ha nok penger (påvirker bare tilfredshet) og hvor

⁷Sammenligninger av egenvurdert helse etter inntektsnivå i europeiske land finnes her: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Self-perceived_health_statistics#Self-perceived_health, lest 11.03.2020

god økonomien er sammenlignet med andre husholdninger. Også [Barstad \(2011\)](#) rapporterer om en sammenheng mellom husholdningsinntekt per forbruksenhet og forskjellige mål på subjektiv livskvalitet, i modeller som tar hensyn til demografiske variabler, arbeidsmarkedstilknytning, utdanning og helse. Analysen er basert på Levekårsundersøkelsen om helse 2008. I en utvidet modell, der flere subjektive vurderinger og opplevelser trekkes inn, er det en klar effekt av økonomiske problemer på redusert livstilfredshet og en indeks for mental helse, mens inntekt ikke lenger er signifikant. Se også [Marum, Clench-Aas, Nes og Raanaas \(2014\)](#), for en analyse av det samme datamaterialet.

Andre studier har vist at økonomiske problemer er blant de negative livshendelsene som i sterkeste grad korrelerer med redusert livskvalitet. I den norske Mor og barnundersøkelsen (MoBa), som er en panelstudie, ble effekten over tid av 10 negative livshendelser undersøkt blant et stort utvalg av norske mødre. Alt i alt var det økonomiske problemer som i største grad bidro til redusert tilfredshet for gruppen som helhet. De økonomiske problemene rammet forholdsvis mange, samtidig som effekten på tilfredshet, både på kort og lang sikt, var blant de sterkeste. Å bli presset til seksuelle handlinger hadde enda større effekter på lang sikt, men siden dette er noe som rammer forholdsvis få, betyr disse hendelsene mindre som «lykketyver» på samfunnsnivå ([Dyrdal, Roysamb, Nes & Vitterso, 2019](#)).

Internasjonalt har utallige undersøkelser funnet en positiv sammenheng mellom inntekt og subjektiv livskvalitet ([Tay, Zyphur & Batz, 2018](#)). Sammenhengen er særlig markert for livstilfredshet, og svakere for emosjonelle problemer ([Kahneman & Deaton, 2010](#)). En del forskning tyder på at personer tilpasser og venner seg til inntektsøkninger over tid. Men det er mindre sannsynlig at personer kan tilpasse seg et liv i fattigdom. En analyse av tyske paneldata viste at de som får lavere inntekt blir mindre tilfredse, og at inntekt under fattigdomsgrensen (under 60 prosent av medianinntekten) innebærer vedvarende lav tilfredshet over tid ([Clark, D'Ambrosio & Ghislandi, 2016](#)).

4.3. Studier av enkeltsykdommer

[Syse og Tonnessen \(2012\)](#) finner at menn og kvinner med en kreftdiagnose i årene 2000-2007 hadde noe lavere personinntekt i 2008 enn personer uten kreft. I gjennomsnitt var inntekten 7 prosent lavere. I inntektsbegrepet inngikk både arbeidsinntekt og offentlige overføringer. I dette estimatet var det kontrollert for ulike sosiodemografiske kjennetegn, slik som utdanning, lønnsnivå i 1999 og ekteskapeleg status. Inntektsforskjellen var imidlertid langt sterkere enn dette for noen utsatte grupper. Menn med lav utdanning hadde sterkere nedgang enn de med høy utdanning (10 versus 5 prosent), og menn med liten arbeidsinntekt reduserte inntekten mer enn de med høyere inntekter. Blant yngre, barnløse menn med lav utdanning var inntektsreduksjonen hele 46 prosent. Effekten var naturlig nok også langt sterkere for noen kreftformer enn for andre. Lungekreft var for eksempel forbundet med en gjennomsnittlig inntektsreduksjon på 20 prosent sammenlignet med personer uten kreft.

En tidligere analyse av inntekt og levekår blant kreftrammede ([Fløtten et al., 2008](#)) fant at kreftrammede hadde omtrent samme husholdningsinntekt etter fem år som de som ikke hadde hatt kreft (kontrollgruppe med samme aldersfordeling, kjønn og utdanningsnivå). Lønnsutviklingen var dårligere, men dette så ut til å bli kompensert gjennom de offentlige overføringene. I en spørreundersøkelse til kreftrammede kom det derimot fram at tre av ti opplevde at økonomien ble forverret etter kreftdiagnosen, mens 7 prosent fikk bedre økonomi. Det var også en høyere andel som rapporterte om økonomiske problemer blant de kreftrammede enn det som ellers er vanlig i befolkningen. Det var særlig kreftrammede med lav

utdanning, og enslige/enslige forsørgere, som rapporterte om økonomiske problemer.

Alvorlige og kroniske sykdommer kan føre til et betydelig inntektstap, også innenfor rammene av den norske velferdsstaten. [Svendsen et al. \(2018\)](#) kartla de totale kostnadene knyttet til multippel sklerose (MS), på grunnlag av en spørreundersøkelse til alle MS-pasienter i Hordaland fylke i 2013 (svarprosent 59). I et detaljert spørreskjema ble det skilt mellom direkte og indirekte kostnader av sykdommen. De direkte var delvis medisinske, knyttet til bruk av helsetjenester og medisiner, men også ikke-medisinske, blant annet hjelp i hjemmet og personlig assistent, kjøp av spesialtilpasset bil, rullestol, tilpasning av boligen samt MS-relaterte ekstrakostnader til klær, ernæring, reiser og ferier. En del av disse kostnadene dekkes i stor grad av det offentlige, men langt fra alle, slik som nødvendige tilpasninger av boligen o.l. De indirekte kostnadene er den tapte arbeidsinntekten, både for pasienten og familiemedlemmene. Studien konkluderer med at MS-pasientene og deres familier må håndtere en betydelig økonomisk byrde: Kostnadene per pasient per år ble beregnet til 11603 euro (vel 115 000 kroner i dagens valuta), hvorav snaut 4000 euro (noe under 40 000 kroner) var direkte kostnader.

4.4. Kausale sammenhenger?

Det er altså liten tvil om at det er snakk om betydelige forskjeller i helse og livskvalitet, avhengig av inntekt og andre mål på økonomiske ressurser. Men er det snakk om årsakssammenhenger?

Sammenhengen mellom økonomiske ressurser og helse kan være enten: 1) kausal, med årsaksretning fra økonomi til helse, 2) kausal, men med årsaksretning i motsatt retning, fra helse til økonomi, 3) Ikke-kausal, det vil si at sammenhengen er spuriøs og skyldes årsaksfaktorer som både påvirker økonomien og helsetilstanden, for eksempel utdanningsnivå. Sammenhengen kan naturligvis også skyldes en kombinasjon av disse forklaringene.

Panelundersøkelser, der de samme individene blir fulgt over tid, gir bedre muligheter enn tverrsnittsdata til å si noe om kausale effekter, ikke minst gjennom fasteffekt-analyser. En oversiktsartikkel som tar for seg 14 ulike panelstudier i perioden etter 2010, finner gjennomgående statistisk signifikante, men svake effekter av inntekt på egenvurdert helse ([Reche, König & Hajek, 2019b](#)). [Vaalavuo \(2016\)](#) rapporterer om en effekt av fattigdom på helse, i tillegg til en effekt av arbeidsledighet. De som er inntektsfattige ett år, har året etter økt risiko for forverret selvurdert helse (EU-SILC paneldata for 26 land 2008-2013). Et vanlig funn i slike panelstudier er ellers at inntektsnedgang har en sterkere sammenheng med helse enn inntektsoppgang, se blant annet [Benzeval og Judge \(2001\)](#) og [Miething og Yngwe \(2014\)](#). En irsk panelstudie finner negative effekter av inntektstap på depresjon blant unge mødre. Inntektstapet var målt som tap av disponibel inntekt ([Kiernan, 2019](#)).

Noen av panelstudiene som ikke kan bekrefte en sammenheng med inntekt, finner en sammenheng med andre mål på materielle ressurser. I studien til [Gunasekara et al. \(2013\)](#), fra New Zealand, er det ingen effekt av inntekt, men derimot av en indeks for materiell deprivasjon på egenvurdert helse. Deprivasjonsindeksen inkluderte blant annet om en person hadde blitt tvunget til å kjøpe billigere mat, vært arbeidsledig, måttet gå uten frukt og grønnsaker o.l. En panelstudie gjennomført i 12 europeiske land, begrenset til aldersgruppen over 50 år, finner heller ingen sammenheng mellom helse og tradisjonelt definert inntektsfattigdom, men med lav formue og opplevde økonomiske vansker ([Adena & Myck, 2014](#)). Økonomiske vansker (vanskelig å få «endene til å møtes») predikerte høyere

dødelighet. En kanadisk undersøkelse ([Koltai, Bierman & Schieman, 2018](#)) av mental helse, finner ingen effekt av inntektsfattigdom i fasteffekt-modeller, men en signifikant sammenheng med økonomiske vansker. [Toge og Bell \(2016\)](#) bruker, på samme måte som [Vaalavuo \(2016\)](#), paneldata fra EU-SILC, men definerer både helse og materiell situasjon på en annen måte. De rapporterer at materiell deprivasjon, definert som ikke å ha råd til bil, øker risikoen for å ha en sykdom med konsekvenser for hverdagen.

[Callander og Schofield \(2015\)](#) konkluderer med at det er en gjensidig påvirkning mellom risiko for å bli inntektsfattig og symptomer på angst og depresjon, basert på paneldata fra Australia. Angst og depresjon øker risikoen for å bli inntektsfattig, som igjen øker sjansen for å oppleve flere symptomer på angst og depresjon.

Selv om panelstudier gir interessant informasjon, er det likevel randomiserte studier med intervensjons- og kontrollgrupper, eller naturlige eksperimenter, som gir det beste grunnlaget for å si noe sikkert om årsakssammenhenger. Den sistnevnte typen studier prøver ofte å finne en ytre faktor som kan skape eksogen variasjon i inntekter og formue, slik som lotterigevinster, arv eller aksjegevinster. En svensk studie av lotterigevinster finner liten eller ingen sammenheng mellom slike gevinster og helse mål som dødelighet og bruk av helsetjenester ([Cesarini, Lindqvist, Ostling & Wallace, 2016](#)). En seinere studie finner svake og ikke-signifikante effekter på lykke og mental helse, men derimot klare effekter på tilfredshet, særlig økonomisk tilfredshet ([Lindqvist, Östling & Cesarini, 2018](#)). Disse funnene står i motsetning til en tidligere svensk studie, som konkluderte med at lotterigevinster forbedret mental helse, i tillegg til å redusere dødelighet ([Lindahl, 2005](#)). Britiske studier av lotterigevinster har funnet en positiv effekt på mental helse ([Apouey & Clark, 2015](#); [Gardner & Oswald, 2007](#)), men ikke på generell, egenvurdert helse. [Apouey og Clark \(2015\)](#) knytter dette til at det å vinne i lotterier har sammenheng med negativ helseatferd (mer drikking og røyking), som kan bidra til å undergrave effektene på fysisk helse. Endelig finner en nyere tysk studie heller ikke positive effekter på helse av å vinne i lotterier, og snarere en kortsiktig negativ effekt på mental helse blant individer med lav utdanning og liten kunnskap om økonomi ([Raschke, 2019](#)). Alt i alt gir undersøkelser med bruk av lotterigevinster som kilde til eksogen variasjon, lite grunnlag for å anta at det eksisterer kausale påvirkninger av økonomiske ressurser på helse, med et mulig unntak for mental helse. En svakhet ved slike studier er imidlertid at de bare fanger opp inntektsøkninger, og ikke inntektsnedgang, altså negative inntektsjokk. Som nevnt er det grunn til å tro at inntektsnedgang er sterkere forbundet med helse enn det inntektsoppgang er.

Andre undersøkelser bruker variasjoner i huspriser som eksogen variabel. En studie finner at økte huspriser har en positiv effekt på egenvurdert helse blant huseiere i Storbritannia, men ikke på mentale helseproblemer ([Fichera & Gathergood, 2016](#)). Effekten kan ha sammenheng med at økte priser er forbundet med redusert arbeidstid og mere tid til fritidsaktiviteter. En australsk studie bekrefter positive effekter av økte priser på huseiernes fysiske helse, og finner samtidig negative effekter på fysiske og psykiske helseproblemer blant dem som leier ([Atalay, Edwards & Liu, 2017](#)). En tredje tilnærming er å bruke fluktuasjoner i aksjemarkedet. [Schwandt \(2018\)](#) konkluderer med at tap av aksjeformue innebærer nedsatt fysisk og mental helse, samt høyere dødelighet, blant amerikanske pensjonister. De fysiske effektene er særlig uttalte for forekomsten av høyt blodtrykk, som er i samsvar med en hypotese om at effekten skyldes stress.

En annen type undersøkelser er basert på bruken av eksperiment- og kontrollgrupper, de deltakerne fordeles tilfeldig på de to gruppene. Et nylig eksempel er [Courtin et al. \(2018\)](#), som konkluderer med en positiv effekt på

foreldrenes egenvurderte helse, men ikke på andre helse mål, av et program for å gi økonomisk støtte til lavinntektsfamilier i New York. Dette var et program som ga støtte gitt at deltakerne også oppfylte visse kriterier knyttet til aktiviteter og investeringer i framtidig velferd, slik som utdanning og bruk av forebyggende helsetjenester.

Ljungqvist, Topor, Forssell, Svensson og Davidson (2016) rapporterer fra en studie av individer som var i kontakt med psykiatriske og sosiale tjenester rettet mot personer med alvorlige psykiske problemer. I 9 måneder fikk disse et ekstra pengebidrag på 500 svenske kroner per måned. Disse ble sammenlignet med en kontrollgruppe i en annen by, som mottok den samme typen tjenester, men uten ekstra pengestøtte. Etter 7-8 måneder hadde intervensjonsgruppen blant annet færre symptomer på angst og depresjon, mens det ikke var noen endringer i kontrollgruppen.⁸

Haushofer og Fehr (2014) oppsummer funnene i 25 studier som har søkt å måle effekten av fattigdom på stress, depresjon og negativ affekt. Studiene består alle av randomiserte kontrollerte forsøk eller naturlige eksperimenter. Hovedfunnet er at økninger av fattigdom ofte fører til negativ affekt og stress, mens reduksjoner av fattigdom har motsatt effekt (Haushofer & Fehr, 2014). Blant disse inngår blant annet randomiserte studier som viser positive effekter av kontantoverføringer uten betingelser. Men noen av disse undersøkelsene er fra land utenom USA og Europa, som gjør overføringsverdien til et land som Norge ekstra usikker.

Alt i alt er resultatene av forskjellige studier nokså sprikende, som gjør det vanskelig å trekke entydige slutninger. Siden mye av forskningen er basert på studier gjort i USA og land utenfor Norden, er overføringsverdien til norske forhold også usikker. Den norske kunnskapsoversikten over sosial ulikhet i helse konkluderer med at forskningslitteraturen gir støtte for å anta at inntekt påvirker helse. Dette sies med henvisning til Forget (2011) og ulike kunnskapsoversikter, hvorav de nyeste er Pedersen (2013) og Kawachi, Adler og Dow (2010). Men oversikten konkluderer også med at det er sterkere empirisk støtte for at inntekt og velstandsnivå påvirker barns helse på kort og lang sikt enn de voksnes helse (Dahl et al., 2014, s. 228).

O'Donnell et al. (2015) gir på sin side en grundig gjennomgang av litteraturen på feltet, og konkluderer med at det er lite som tyder på at fysiske helseproblemer skapes av en forverret økonomi. De understreker samtidig problemene med å fange opp de langsiktige konsekvensene for helse av varig lave inntekter og lav formue. En mangel på påviste effekter betyr ikke at effekten ikke er der. Det er vanskelig å fange opp effektene av dårlige materielle levekår over lang tid. Men resultatene for mental helse er noe mer konsistente: «Mental health appears to respond to economic circumstances, with losses producing larger deteriorations in mental well-being than gains generate improvements» (O'Donnell et al., 2015, s. 1498). Sterkere og mer konsistente funn for mental helse er også i tråd med litteraturgjennomgangen til Haushofer og Fehr (2014). Men heller ikke på dette punktet er litteraturen helt konsistent, jf. at variasjoner i huspriser har blitt knyttet til forbedringer av fysisk, men ikke psykisk, helse.

Vi har vært innom flere måter som virkningene av økonomi på helse kan forklares på, blant annet stress og helseatferd. Andre studier har knyttet den potensielle effekten av dårlig økonomi til hvordan dette påvirker de sosiale relasjonene. Dårlig økonomi kan bidra til å skape mer negative og vanskelige sosiale relasjoner, som igjen påvirker helsa. I følge en longitudinell studie blant eldre i USA, er

⁸ Opplegget var imidlertid ikke randomisert, deltakerne ble med andre ord ikke fordelt tilfeldig mellom intervensjons – og kontrollgruppene, som gjør det vanskeligere å trekke kausale slutninger

økonomiske vansker korrelert med mer mellommenneskelig konflikt. Sammenhengen mellom økonomiske problemer og egenvurdert helse er sterkere jo høyere konfliktnivået er. Det er særlig det å ikke få hjelp når det er forventet, som forsterker de negative effektene av økonomiske belastninger (Krause, Newsom & Rook, 2008).

Også andre studier viser en sammenheng mellom økonomiske problemer og redusert kontakt med andre/lavere sosial kapital (Mood & Jonsson, 2016; Vis, van de Rozenberg & Scheepers, 2019). Tidligere norsk forskning har demonstrert en klar sammenheng mellom inntekt og tillit til andre; jo lavere inntekt, desto mindre tillit. Sammenhengen er uavhengig av faktorer som utdanningsnivå og tilknytning til arbeidsmarkedet (Barstad & Sandvik, 2015). Forskning på longitudinelle surveys fra USA og Storbritannia tyder på at påvirkningen som inntekt har på tillit er sterkere enn påvirkningen motsatt vei (Brandt, Wetherell & Henry, 2015). Annen forskning med bruk av longitudinelle (panel)data indikerer at tillit og helse også påvirker hverandre gjensidig (Giordano & Lindstrom, 2016).

En opplevelse av mestring og kontroll («sense of mastery») kan virke som en buffer mot effekten av økonomiske problemer på livstilfredshet og mental helse (Marum et al., 2014). En sterk religiøs tro kan også fungere som buffer mot at økonomiske problemer skal påvirke helsa og andre sider ved livskvaliteten (Krause & Hayward, 2015).

4.5. Effekter av inntekt på helse blant barn

Den norske kunnskapsoversikten over ulikhet i helse hevder at et «føre var»-prinsipp tilsier at en bør unngå å la norske barn vokse opp i relativ fattigdom i kritiske og sårbare perioder av livet (Dahl et al., 2014, s. 287). En rekke studier, både norske og internasjonale, tyder på at oppvekst i vedvarende fattigdom er uheldig for barns kognitive utvikling, og øker risikoen for atferdsproblemer og mentale vansker. Dette understøttes også av noen kvasi-eksperimentelle undersøkelser (Bøe, 2015). Enkelte, men langt fra alle, internasjonale studier viser at inntektsoverføringer kan ha positive effekter for barns helse (Lleras-Muney, 2018, s. 1087-1088).

En norsk panelstudie fant at endringer i inntekt predikerte endringer i atferdsproblemer og mentale vansker blant barn i alderen fra 18 til 36 måneder, særlig blant dem med lavest inntekt (Zachrisson & Dearing, 2015). Sammenhengen mellom økonomiske endringer og mentale vansker var særlig tydelig blant barn i lavinntektsfamilier som ikke gikk i barnehage. I en annen panelstudie påviser Elstad og Pedersen (2012) en sammenheng mellom relativ fattigdom og utviklingen av selvrapporterte helseplager blant et utvalg av unge.

4.6. Motsatt årsaksrekkefølge – fra helse til økonomi

I sin omfattende litteraturstudie konkluderer O'Donnell et al. (2015) med at bevisene for en effekt av helse på økonomiske omstendigheter er mere overbevisende enn effekten motsatt vei. Gjennom en rekke mekanismer reduserer dårlig helse både inntekt og formue. Dette er også konklusjonen i en OECD-studie: “At all ages, men and women in bad health work less and earn less when they work. Over the whole career, bad health reduces lifetime labour earnings by 33% and 17% for men with low and high levels of education, respectively, with smaller effects for women” (OECD, 2017). Effekten av dårlig helse på arbeidsinntekten over livsløpet er altså særlig sterk for menn med lav utdanning.

For det første reduserer dårlig helse i noen grad lønnsnivået. Internasjonale studier tyder på at denne effekten er forholdsvis moderat (O'Donnell et al., 2015). For det

andre påvirker helsetilstanden risikoen for å stå utenfor arbeidslivet eller å ha et deltidsarbeid. Ulikheter i arbeidstilknytning forklarer en del av sammenhengen mellom selvrapportert helse og inntekt. Det er imidlertid et metodeproblem her: personer som ikke arbeider kan føle at de, bevisst eller ubevisst, må rettferdiggjøre dette gjennom å oppgi at helsa er dårlig («justification bias») Men selv når en trekker inn mer objektive helsemål, framtrer helse som viktig for sysselsetting (O'Donnell et al., 2015, s. 1454).

Helse ser ut til å bety ekstra mye for sysselsettingen i grupper med lav inntekt og utdanning. Disse arbeider ofte i yrker og næringer som er fysisk krevende. Mindre privilegerte grupper i samfunnet rammes dermed ikke bare oftere av sykdom, de er også mer avhengige enn andre av å holde seg friske. Slik sett kan dårlig helse øke den økonomiske ulikheten, både ved å være skjevt fordelt og ved å ha særlig uheldige konsekvenser for dem som er nederst på rangstigen (O'Donnell et al., 2015, s. 1459). Noen av problemene som personer med funksjonshemninger møter på arbeidsmarkedet har etter alt å dømme sammenheng med diskriminering, slik felteksperimenter viser. De blir sjeldnere innkalt til intervju, også i tilfeller der funksjonshemmingen ikke skulle ha mye å si for produktiviteten (Ameri et al., 2018).

En OECD-studie bekrefter at dårlig helse er forbundet med lavere sannsynlighet for å være sysselsatt, kontrollert for faktorer som kjønn og alder, inntekt, utdanning, statsborgerskap og ekteskapeleg status. Sammenhengen mellom dårlig helse og lav sysselsetting var sterkest i Norge, Romania og Bulgaria. Den estimerte sysselsettingsforskjellen var 16 prosentpoeng, dobbelt så stor som gjennomsnittet for 29 europeiske land, samt Canada, Chile og USA (OECD, 2019, s. 50).

Påvirkningen fra helse til økonomi har også sammenheng med hvordan dårlig helse i barndommen påvirker utdanningsnivå og andre utfall i voksen alder. Helseproblemer i barndommen er forbundet med utviklingen av kognitive og ikke-kognitive ferdigheter, som igjen er viktig for å gjøre det bra i utdanningssystemet og arbeidsmarkedet. Helseproblemer, blant annet målt gjennom lav fødselsvekt, predikerer dårligere skoleresultater og et lavere utdanningsnivå. Studier fra Norge viser at lav fødselsvekt reduserer lønninger i voksen alder, men ikke sysselsettingen (Black, Devereux & Salvanes, 2007). En annen norsk studie finner at visse typer kreft i barndom og ungdom er forbundet med et lavere utdanningsnivå i voksen alder (Ghaderi et al., 2016). Atferdsproblemer, slik som ADHD og aggresjon, blant barn er også korrelert med et lavere utdanningsnivå og en dårligere økonomisk situasjon som voksen (O'Donnell et al., 2015, s. 1462).

En annen formidlingskanal er ekteskap og familie. Par som bor sammen nyter godt av stordriftsfordelene som den delte husholdningen gir. Dårlig helse kan gjøre det vanskeligere å finne en partner, eller opprettholde parforholdet. Amerikanske undersøkelser tyder på helseseleksjon inn i ekteskapet blant kvinner; kvinnene med dårligst helse blir sjeldnere gift. En studie av amerikanske menn fant imidlertid det motsatte, at menn med dårlig helse gifter seg tidligere og forblir gift over et lengre tidsrom (O'Donnell et al., 2015, s. 1470). En norsk undersøkelse basert på registerdata fant at arbeidsuførhet reduserte sannsynligheten for å bli gift og økte sannsynligheten for å bli skilt (Blekesaune, 2003). Parhusholdningene har også den fordel at en av partene kan jobbe mer hvis den andre ikke kan jobbe like mye, for eksempel på grunn av helseproblemer, eller gi sosial støtte og omsorg ved sykdom. Studier fra flere europeiske land tyder på at dårlig helse reduserer husholdningsinntekten mer enn nedgangen i personlig inntekt for den som blir syk skulle tilsi. Det kan skyldes at ektefelle eller partner ikke kan jobbe så mye når den ene parten i forholdet blir syk og får akutte omsorgsbehov (O'Donnell et al., 2015, s. 1471).

Flere undersøkelser viser en særlig sterk sammenheng mellom helse og formue. Flere metodisk avanserte studier sannsynliggjør at helse har kausale effekter på formue. I parhusholdninger bidrar både mannens og konas helse til oppbyggingen av formuen. I USA, der det meste av forskningen på dette er gjort, er det snakk om betydelige effekter (O'Donnell et al., 2015, s. 1473).

4.7. Subjektiv livskvalitet, økonomi og helse

Flere forskningsresultater indikerer gjensidige påvirkninger mellom subjektiv livskvalitet, økonomi og helse. Som tidligere nevnt predikerer subjektiv livskvalitet helse og dødelighet i prospektive studier, blant annet er det en sammenheng mellom livstilfredshet og risiko for selvmordstanker og selvmordsatferd (Diener, Inglehart & Tay, 2013, s. 504; Diener, Pressman, Hunter & Delgado-Chase, 2017). Laboratorie-eksperimenter viser at individer som blir stimulert til å være i en lykkelig sinnstemning får høyere smerteterskler enn andre, og ikke utvikler like høyt blodtrykk under stress, se litteraturoversikten hos Lyubomirsky, King og Diener (2005, s. 837-838). Noen panelstudier viser også at lykke på ett tidspunkt predikerer inntekt på et seinere tidspunkt (Lyubomirsky et al., 2005; Walsh, Boehm & Lyubomirsky, 2018).

Økonomiske ressurser kan være en buffer og motvirke effekten av dårlig helse på subjektiv livskvalitet. En amerikansk undersøkelse viste at personer med nettoformue over medianen ikke opplevde et like stort fall i subjektiv livskvalitet etter at de fikk en funksjonshemming som de som hadde formue under medianen (Smith et al., 2005).

Analyser av paneldata fra Storbritannia og Tyskland viser, på samme måte som for helse, at negative inntektssjokk, altså nedganger i inntekt, i større grad korrelerer med subjektiv livskvalitet enn positive inntektssjokk (Boyce, Wood, Banks, Clark & Brown, 2013).

5. Noen hypoteser om årsakssammenhenger, som utgangspunkt for analysen

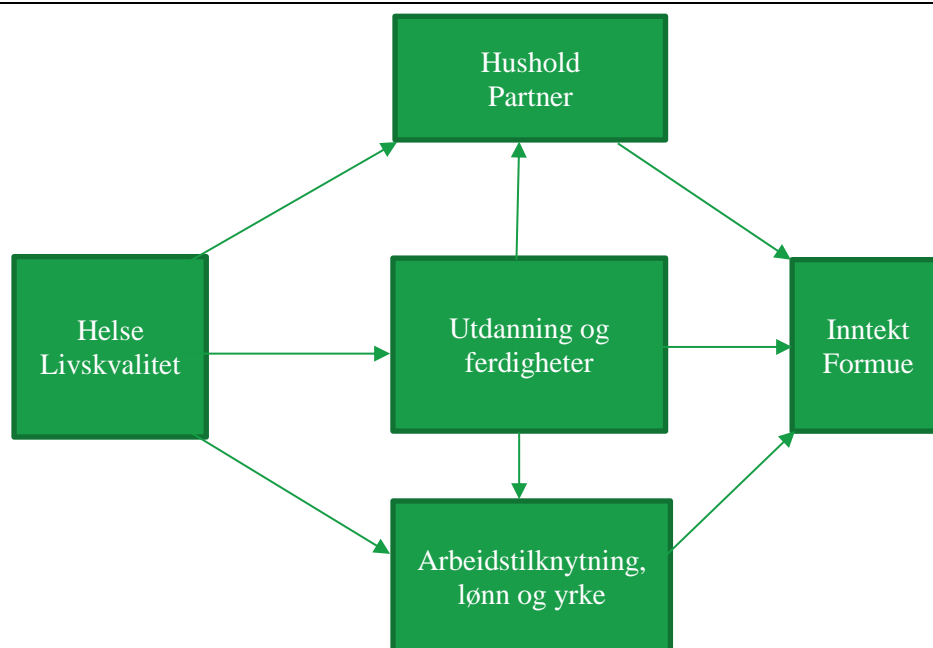
På bakgrunn av litteraturgjennomgangen, skal vi nå redegjøre for våre grunnleggende hypoteser og analysestrategier, før vi presenterer datagrunnlaget og hvordan helse og økonomivariablene er målt. Hovedproblemstillingen er altså sammenhengen mellom inntekt og formue på den ene siden og fysisk og psykisk helse på den andre. Ut fra litteraturgjennomgangen og de mer teoretiske perspektivene, er det grunn til å tro at påvirkningen kan gå begge veier, fra helse til økonomi, og fra økonomi til helse (figur 5.1). I datagrunnlaget vi skal bruke, er det dessverre ikke separate mål for psykisk og fysisk helse, men vi skal benytte oss av mer generelle spørsmål om helse, slik som egenvurdert helse. I tillegg skal vi også bruke mål på subjektiv livskvalitet, blant annet tilfredshet med livet, som tidligere analyser har vist korrelerer sterkt med psykisk helse (Clark et al., 2018; Reneflot et al., 2018). Høy subjektiv livskvalitet (tilfredshet, glede) kan også oppfattes som mål på positiv psykisk helse (Nes & Ørstavik, 2016).

Figur 5.1 Sammenhengen mellom helse, livskvalitet og økonomi



I den første delen av den multivariate analysen skal vi bruke de økonomiske indikatorene, slik som inntekt og finanskapital, som avhengige variabler, og se nærmere på sammenhengen mellom helse og økonomi med utgangspunkt i en slik modell. Vi antar, på bakgrunn av den foregående litteraturgjennomgangen, at helse påvirker inntekt, formue og risikoen for økonomiske problemer gjennom tre typer kanaler: Utdanning, arbeidsmarkedstilknytning og deling av husholdning/partnerskap (figur 5.2). Det er naturligvis svært vanskelig å avdekke forholdet mellom disse faktorene på noen fullgod måte i en tverrsnittsundersøkelse. I den grad for eksempel utdanningsnivå og arbeidstilknytning påvirker både helse og økonomi, kan kontrollen for disse faktorene redusere de spuriøse sammenhengene mellom økonomi og helse. Antakelsen som ligger til grunn for modellen er altså at helse har en indirekte innflytelse på økonomien gjennom disse faktorene. Vi kan imidlertid ikke utelukke at større eller mindre deler av sammenhengen også er spuriøs. For å redusere risikoen for dette kontrolleres det i modellene også for demografiske kjennetegn som både kan ha sammenheng med påvirkningskanalene og med helse og økonomi, slik som alder, bosted og innvandring. Det tas hensyn til kjønn ved at modellene beregnes for menn og kvinner hver for seg.

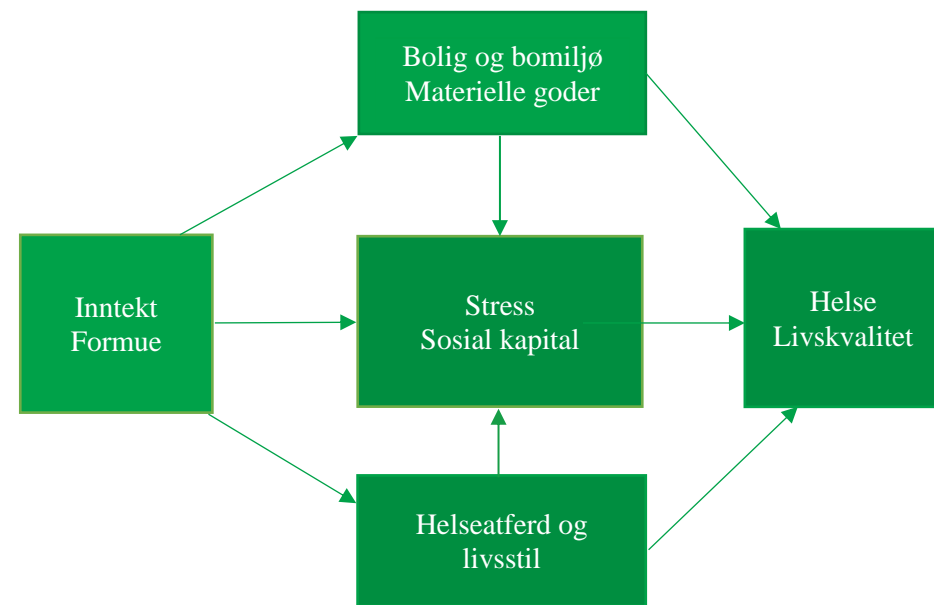
Figur 5.2 Hypoteser om hvordan helse og livskvalitet påvirker økonomiske ressurser



I den andre delen av den multivariate analysen er det helsetilstanden og den subjektive livskvaliteten som er de avhengige variablene. På bakgrunn av litteraturgjennomgangen antar vi at kausaleffekten av økonomiske ressurser formidles gjennom tre kanaler (figur 5.3). Den første er et forsøk på å operasjonalisere det materielle/neomaterielle perspektivet på helseulikheter. Hypotesen er at inntekt og formue påvirker risikoen for å ha en helseskadelig bolig og bomiljø, blant annet problemer med støy og forurensning i og ved boligen, samt tilgangen til ulike typer goder og tjenester som også kan ha helsemessig betydning, slik som næringsriktig mat, kunne varme opp boligen tilstrekkelig, ha råd til å gå ut med venner, oppsøke lege/tannlege ved behov mm. Den andre kanalen gjenspeiler det psykososiale perspektivet, altså betydningen av stress. I datagrunnlaget, Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017, er det riktignok få variabler som kan brukes til å måle dette, men som en tilnærming har vi valgt en variabel som kan forstås som et mål på økonomisk stress, det vil si andelen som oppgir vansker med å få inntekten til å strekke til, «få endene til å møtes». Tilgangen på sosial kapital kan også forstås som en del av det psykososiale perspektivet, den sosiale kapitalen kan fungere som en buffer mot stress, og gi tilgang til råd og hjelp hvis økonomien svikter. Den siste kanalen er helseatferd og livsstil. Heller ikke her er det mye å hente i Levekårsundersøkelsen, men det er noen spørsmål om fysisk aktivitet og kosthold.

Også i denne modellen er det viktig å kontrollere for faktorer som kan skape spuriøs effekt, altså faktorer som både påvirker inntekt/formue og helse, slik som demografiske egenskaper, utdanningsnivå og arbeidsmarkedstilknytning. Tap av inntekt skyldes ofte tap av arbeid, som også kan påvirke helsetilstanden. En analyse av paneldata fra EU-SILC finner en effekt av arbeidsledighet på helse, primært blant eldre arbeidstakere (Toge & Blekesaune, 2015).

Figur 5.3 Hypoteser om hvordan økonomiske ressurser påvirker helse og livskvalitet



6. Om datagrunnlaget og definisjonen av variabler

6.1. Datagrunnlaget

Datagrunnlaget for denne analysen er Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017, gjennomført av Statistisk sentralbyrå. Undersøkelsen dekker et representativt utvalg av befolkningen i aldersgruppene fra 16 år og oppover. EU-SILC er den norske utgaven av en europeisk utvalgsundersøkelse om inntekt, sosial inkludering og levekår, samordnet via EUs statistikkorgan Eurostat. Undersøkelsen gjennomføres årlig, og består av en fast del som er regulert av EU, og en nasjonal del med moduler som roterer etter en treårig plan. De nasjonale temaene i 2017 var organisasjonsaktivitet, politisk deltaking og sosialt nettverk, samt fritid og friluftsliv. I tillegg til dette kommer årlige ad-hoc moduler om ulike temaer bestemt av Eurostat, som i 2017 var helse og barns helse ([Sandvik & Holseter, 2018](#)). 2017-undersøkelsen gir derfor mer informasjon om helse enn det som vanligvis inngår i denne undersøkelsen.

I alt 11 519 personer ble trukket ut til et telefonintervju. Nettoutvalget til undersøkelsen ble 6 179 personer, som gir et frafall på 46 prosent. Frafallet var særlig stort hos personer med kun grunnskoleutdanning (58 prosent) og lavest blant dem med lengre universitets/høgskoleutdanning (26 prosent). For å korrigere for frafallet, er det laget en frafallsvekt som lar personer med kjennetegn som er underrepresentert telle mer, og omvendt for kjennetegn som er overrepresentert. I frafallsvekten inngår kjønn, aldersgruppe, høyeste fullførte utdanning og registrert familiestørrelse. Alle tallene som er presentert i denne rapporten er vektet for frafall etter disse dimensjonene. For flere detaljer om vektingen, se [Sandvik og Holseter \(2018, s. 18\)](#). I tillegg til intervjuet gjøres det også registerkoplinger fra ulike offentlige registre, blant annet opplysninger om inntekt, formue og utdanning. Mer om dette nedenfor.

6.2. Definisjon av variabler

Helse

Egenvurdert helse: I undersøkelsen blir de intervjuede spurt om hvordan de vurderer sin «...egen helse sånn i sin alminnelighet?». Svarkategoriene er femdelte: «Svært god», «god», «verken god eller dårlig», «dårlig», «svært dårlig». Når vi bruker betegnelsen «mindre god helse», omfatter dette de tre sistnevnte kategoriene, som utgjorde 23 prosent av utvalget i 2017. Om lag 7 prosent hadde dårlig eller svært dårlig helse i utvalget.

Nedsatt funksjonsevne: Dette er personer som opplever store eller noen begrensninger i utførelsen av alminnelige hverdagsaktiviteter på grunn av langvarig sykdom, helseproblem, funksjonshemming eller plage som følge av skade. Av og til vil vi skille mellom dem som opplever store begrensninger og dem som opplever noen begrensninger. Begrensningene skal ha vart i seks måneder eller mer. Hele 16 prosent hadde nedsatt funksjonsevne definert på denne måten i 2017, mens 5 prosent opplevde store begrensninger.⁹ Dette er målet som vi tidligere har omtalt som GALI (Global Activity Limitation Indicator).

Subjektiv livskvalitet

Fornøyd med livet: De intervjuede blir stilt spørsmålet: «Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet nå om dagen? Oppgi svaret på en skala fra 0-10, der 0 betyr svært misfornøyd og 10 betyr svært fornøyd». Andelen som skårer 5 eller lavere

⁹ Om hvordan helse måles i EU-SILC, se også dette nettstedet:

https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Health_variables_in_SILC_-_methodology, lest 11.3.2020

defineres her som «misfornøyd». Dette utgjør 9 prosent av utvalget 16 år og eldre. I noen tilfeller vil vi også bruke en firedelt inndeling: 0-5, 6-7, 8, samt 9-10.

Opplever livet som meningsfullt: Dette er basert på et spørsmål om i hvilken grad de intervjuede opplever livet som meningsfullt. Svaret skal gis på en skala fra 0 til 10, «..der 0 betyr ikke verdifullt og givende i det hele tatt, mens 10 betyr svært verdifullt og givende». Andelen som skårer 5 eller lavere defineres som «opplever livet som lite meningsfullt». Disse utgjør 10 prosent av utvalget.

Emosjonell livskvalitet: Den emosjonelle livskvaliteten er basert på tre spørsmål om følelsesmessige opplevelser dagen før intervjuet. Det var spørsmål om tre konkrete følelser: Glede, bekymring, være nedfor og trist. Svarene skulle gis på en skala fra 0 til 10, «..der 0 betyr at du ikke opplevde følelsen i det hele tatt i går og 10 betyr at du opplevde følelsen hele tiden i går». For de to negative følelsene, er andelen som skårer 5 eller høyere definert som «bekymret» eller «trist». Disse utgjorde henholdsvis 15 og 9 prosent av alle. For den positive følelsen, glede, er de som skårer 5 eller lavere gitt betegnelsen «lite glede». Det gjaldt 19 prosent av alle.

Objektive økonomiske mål: Inntekt og formue

Målet på inntekt er samlet husholdningsinntekt etter skatt, der det er tatt hensyn til husholdningens størrelse og sammensetning (inntekt per forbruksenhet).

Inntektsopplysningene er hentet fra SSBs inntektsregister. Opplysningene om inntekt er per 31.12 året før intervjuet, altså for 2016. Dette gjøres siden intervjuet ble gjennomført første halvår 2017, og mange av spørsmålene refererer til året før ([Sandvik & Holseter, 2018, s. 22](#)). Inntektsregistret er basert på en rekke kilder: Selvangivelsen, ligningsregistret, lønns- og trekkoppgaveregistret, NAV, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Lånekassen og Husbanken.

Den såkalte EU-skalaen benyttes for omregning av husholdningens samlede inntekt etter skatt til inntekt per forbruksenhet. I denne skalaen skal første voksne person telle 1, andre voksne gis vekten 0,5 og barn vekten 0,3. Barn er her i alderen 0-15 år ([With & Thorsen, 2018, s. 17](#)). Dette innebærer at en familie med to voksne og to barn skal ha en husholdningsinntekt etter skatt som er vel dobbelt så høy som inntekten til en aleneboende, for å ha de samme forbruksmulighetene.

Studenter holdes utenfor i analysen av inntekt, siden studenter ofte lever av studielån og har forbigående lav inntekt i en periode der de investerer i sin framtidige kompetanse og yrkeskarriere. Studenter er definert som personer som tilhører en husholdning som mottar studielån og der hovedinntektstaker har yrkesinntekt under to ganger grunnbeløpet i Folketrygden og ikke er mottaker av trygd ([With & Thorsen, 2018, s. 17](#)).

Det er viktig å være klar over at andelen med lavinntekt (EU60) undervurderes i EU-SILC, sammenlignet med hvor høy andelen er ifølge registerstatistikken. Dette skyldes frafallet i intervju-undersøkelsene. Undervurderingen av andelen med lavinntekt er særlig stor for innvandrere fra Afrika, Asia etc., se [With og Thorsen \(2018, s. 13\)](#).

Formue er målt som brutto finanskapital, samlet for hele husholdningen. Dette omfatter bankinnskudd, aksjer, andeler i aksjefond ol. Boligformuen inngår altså ikke her. Formuen er også beregnet per forbruksenhet, slik som inntekten.

Både husholdningsinntekten og formuen er delt inn i forskjellige grupper. I hovedsak er husholdningene fordelt på kvintiler eller desiler. Kvintiler innebærer at husholdningene deles inn i fem grupper, avhengig av størrelsen på inntekten eller formuen. Første kvintil er femtedelen med lavest inntekt, andre kvintil er

femtedelen med nest lavest inntekt osv. Tilsvarende gjøres for desiler, men i dette tilfellet er fordelingen enda mer finmasket. Første desil er tiendedelen av husholdningene med lavest inntekt osv. Det samme gjøres for formuen.

Det er også laget et mål som sammenfatter de økonomiske ressursene med henblikk på *kombinasjonen* av inntekt og finansformue. Dette målet er helt enkelt summen av kvintilfordelingene for henholdsvis inntekt og formue, som dermed varierer mellom 2 og 10, der 2 innebærer at personene tilhører den laveste femtedelen av husholdningene både i inntekts- og formuesfordelingen, mens 10 innebærer at personene er i den høyeste, best stilte, femtedelen både for inntekt og formue.

Selvrapporterte økonomiske mål

Vanskelig å få «endene til å møtes»: Dette målet består av andelen som oppgir at det er «svært vanskelig» eller «vanskelig» å få «endene til å møtes» med den samlede inntekten til alle i husholdningen. I noen sammenhenger tar vi også med dem som oppgir at det er «forholdsvis vanskelig» å få endene til å møtes. Mens de første utgjorde 5 prosent av utvalget i 2017, var det 9 prosent som tilhørte den siste kategorien.

Ville ikke klare en uforutsett utgift: Dette er andelen som ikke ville klare en uforutsett utgift på 10 000 kroner i løpet av en måned, uten å måtte ta opp ekstra lån eller motta hjelp fra andre. Totalt 17 prosent av utvalget 16 år og eldre oppga at de ikke ville klart en slik utgift i 2017.

Tyngende boutgifter: Dette er andelen som opplever at de samlede boutgiftene tynger husholdningens økonomi. Det blir skilt mellom dem som synes boutgiftene er «svært tyngende» (5 prosent) og «noe tyngende» (29 prosent). I samlede boutgifter inngår renter på boliglån, husleie/fellesutgifter, elektrisitet, kommunale avgifter og vedlikehold.

Tyngende helseutgifter: I intervjuet til EU-SILC 2017 ble det spurt om tre former for helseutgifter, og om de tynger husholdningens økonomi. De tre kildene til utgifter var a) utgifter til lege eller medisinsk behandling, b) utgifter til tannlege, og c) utgifter til medisiner. Andelen som svarte «svært tyngende» på minst en av disse utgjorde 7 prosent av alle voksne. Desidert mest vanlig var det å oppgi tyngende utgifter til tannbehandling (6 prosent).

Ikke råd til materielle basisgoder: Dette er seks grunnleggende goder som antas å ha vesentlig betydning for god helse og velferd ([With & Thorsen, 2018, s. 20](#)). Godene som inngår er: Spise kjøtt eller fisk til middag annenhver dag, holde boligen passe varm, gå til medisinsk undersøkelse eller behandling ved behov, gå til tannlege ved behov, erstatte utslitte klær med nye klær og ha minst to par sko som passer. Personene i undersøkelsen oppgir enten at husholdningen de er en del av ikke har råd til dette (spise kjøtt eller fisk til middag, holde boligen passe varm) eller at det er økonomiske årsaker til at de selv ikke har/bruker disse godene. Manglende besøk hos lege eller tannlege ved behov er spesifisert til å gjelde de siste 12 måneder. I det følgende vil vi vekselvis referere til dem som mangler minst ett av disse godene og til dem som mangler to eller flere. Totalt er det 8 prosent i utvalget som oppgir at de mangler minst ett av basisgodene, mens 3 prosent oppgir minst to. De vanligste manglene er å ikke kunne erstatte utslitte klær og gå til tannlege (begge 4 prosent), samt ikke å ha råd til å spise kjøtt eller fisk til middag annenhver dag (3 prosent).

Ikke råd til forskjellige goder: I denne indeksen inngår de seks materielle basisgodene, men i tillegg også seks vanlige forbruksgoder (bil, pc, vaskemaskin,

tv, tilgang til internett, bytte ut utslitte møbler) og fire goder av mer sosial karakter: En ukes ferie utenfor hjemmet, mulighet til å gå ut med familie og/eller venner, ha regelmessige fritidsaktiviteter og bruke litt penger på seg selv.¹⁰ Alt i alt inngår 16 forskjellige goder, som de intervjuede enten oppgir at husholdningen de er en del av ikke har råd til, eller som personene oppgir at de mangler og at mangelen har økonomiske årsaker. I det følgende vil vi vekselvis referere til dem som mangler minst to av disse godene og til dem som mangler minst fire eller mer. 9 prosent mangler minst to, mens 5 prosent mangler minst fire goder. De vanligste manglene er å ikke kunne bytte ut utslitte møbler (7 prosent), ha en ukes ferie (6 prosent), og disponere privatbil (5 prosent).

¹⁰ Inndelingen i basisgoder, forbruksgoder og sosiale goder følger stort sett inndelingen gjort av With og Thorsen (2018)

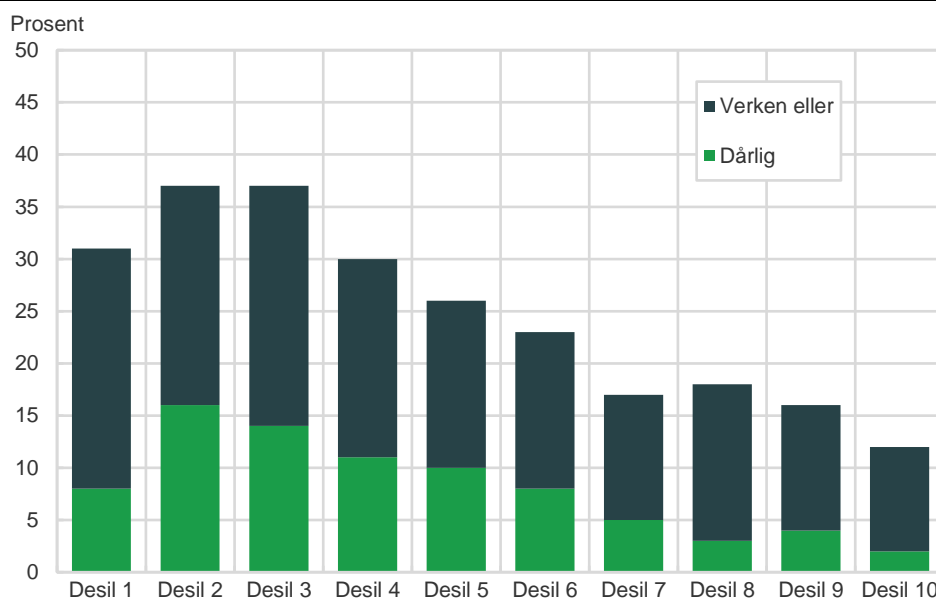
7. En deskriptiv analyse

7.1. Økonomiske ressurser og helsetilstand

Det er, som forventet, slik at personer som tilhører husholdninger med lave inntekter per forbruksenhet har dårligere egenvurdert helse enn de som har høye inntekter. Personer i lavinntektsgruppen oppgir også oftere at de opplever begrensninger i utførelsen av hverdagsaktiviteter på grunn av helseproblemer (nedsatt funksjonsevne). Sammenhengene er imidlertid ikke helt lineære. Andre og tredje desil ser ut til å ha mest helseproblemer, se figur 7.1 og 7.2. Laveste desil har likevel betydelig oftere helseproblemer vurdert på denne måten enn de tre øverste desilene i inntektsfordelingen. Det er markante forskjeller mellom de to desilene som kommer dårligst og best ut, 2. og 10. desil. Variasjonsbredden er 25 prosentpoeng for egenvurdert helse (mindre enn god helse) og 20 prosentpoeng for nedsatt funksjonsevne. Relativt sett er det om lag tre ganger så mange som har disse helseproblemene i 2. sammenlignet med 10. desil.

En såpass detaljert inndeling av inntektene, i ti deler, gjør at det blir relativt få personer i hver gruppe. Det øker faren for at rene tilfeldigheter gjør at mønstrene kan avvike fra en lineær, jevnt økende eller synkende, sammenheng. Hvis vi deler inntektene inn i femdeler (kvintiler), får vi en mer jevnt synkende tendens med økende inntekt. Forskjellen mellom 1. og 2. kvintil er imidlertid svært liten (tall ikke vist).

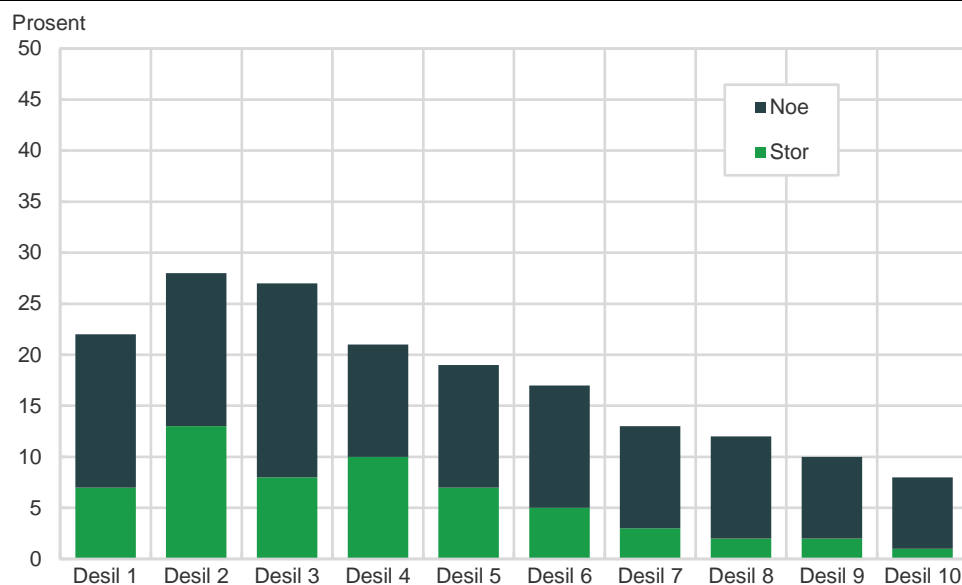
Figur 7.1 Andel som vurderer egen helse som dårlig eller svært dårlig, og som verken god eller dårlig, etter inntekt etter skatt¹, målt i desiler. Studenthusholdninger holdt utenfor. Prosent



¹ Inntekt etter skatt per forbruksenhet (EU-skalaen)

Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

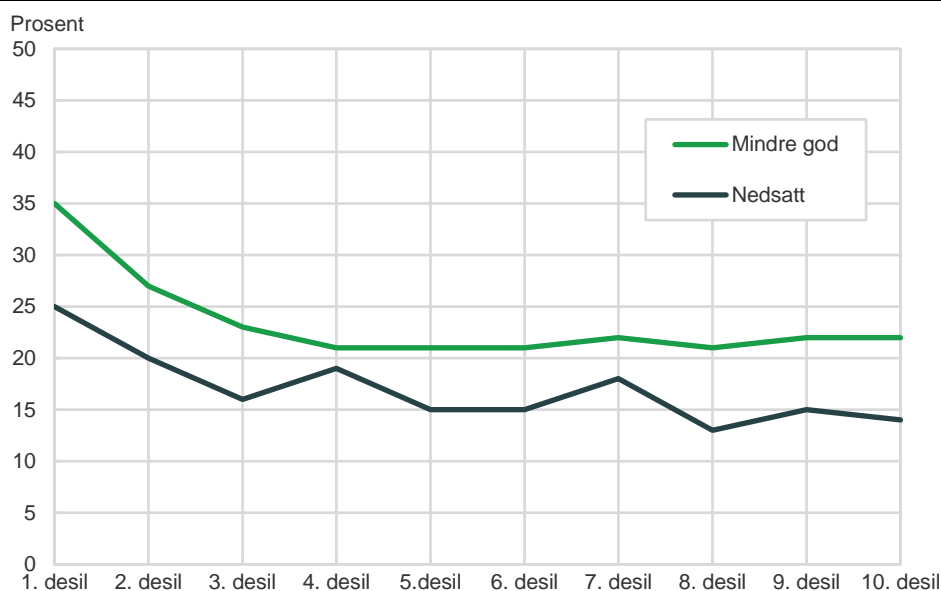
Figur 7.2 Andel som har nedsatt funksjonsevne i noen grad og i stor grad, etter inntekt etter skatt¹, målt i desiler. Studenthusholdninger holdt utenfor. Prosent



¹ Inntekt etter skatt per forbruksenhet (EU-skalaen)
 Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

Det er også en sammenheng mellom brutto finanskapital og helse. Personene som tilhører husholdningene med minst finanskapital har dårligst helse. Formen på sammenhengen avviker imidlertid fra den vi så for inntekt. Det er de to laveste desilene i fordelingen som rammes, for øvrig er det små eller ingen forskjeller (figur 7.3). Dette innebærer også at forskjellene mellom personer med lav og høy finansformue er relativt liten, sammenlignet med forskjellene vi fant etter inntekt.

Figur 7.3 Vurderer egen helse som mindre god, og har nedsatt funksjonsevne, etter brutto finanskapital¹ i desiler. Prosent. Studenthusholdninger er holdt utenfor

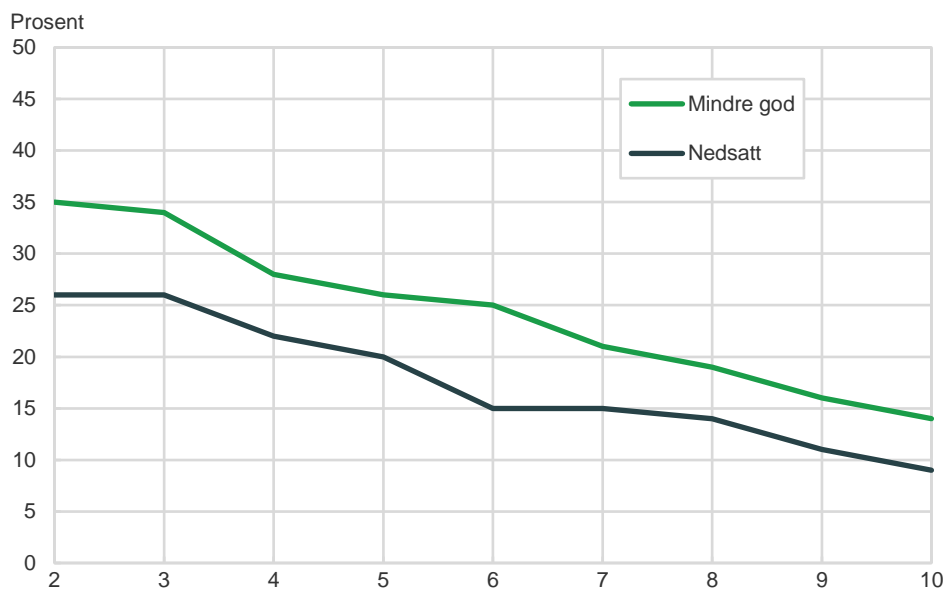


¹Per forbruksenhet (EU-skalaen)
 Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

Hvordan blir så bildet når vi ser inntekt og formue i sammenheng? I figur 7.4 benytter vi oss av samlemålet for økonomiske ressurser, som varierer mellom 2 og 10. I motsetning til de tidligere figurene, finner vi nå en jevnt avtakende tendens til dårlig helse med økende inntekt og formue. Det er imidlertid liten forskjell på nivå 2 og 3. En mulig forklaring på at laveste inntektsdesil har bedre helse enn desil 2

og 3, kan være at vi undervurderer de økonomiske ressursene i denne gruppa, ved bare å bruke inntekten som mål. Forskjellene er, relativt sett, tydeligst for nedsatt funksjonsevne. Nesten tre ganger så mange blant dem med lavest inntekt og formue har nedsatt funksjonsevne sammenlignet med dem som har høyest inntekt og formue (26 versus 9 prosent). De absolutte forskjellene er derimot noe større for egenvurdert helse.

Figur 7.4 Vurderer egen helse som mindre god, og har nedsatt funksjonsevne, etter indeks for økonomiske ressurser. Prosent. Studenthusholdninger holdt utenfor



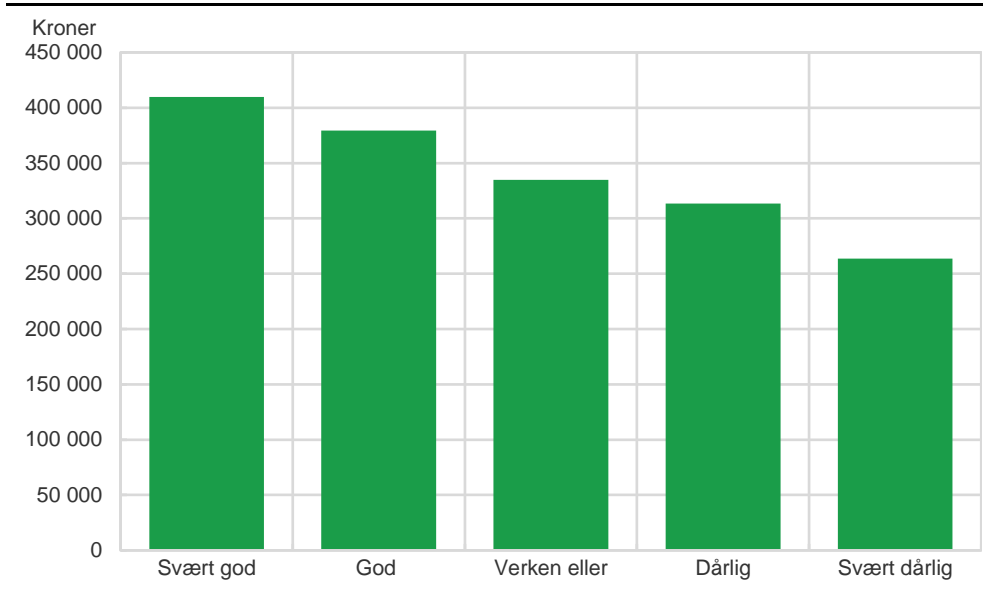
Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

7.2. Hvordan helsetilstanden betinger inntekten

Vi skal snu litt på analysemetoden. Mens vi hittil har sett på hvordan inntekt og formue betinger helsetilstanden, skal vi nå se nærmere på hvordan helse betinger økonomien i husholdningen. Sagt på en annen måte er det nå inntekt og formue som er den avhengige variabelen, mens vi i den første delen av denne framstillingen brukte økonomiske ressurser som en uavhengig variabel, og viste hvordan variasjoner i økonomiske ressurser var forbundet med variasjoner i helse.

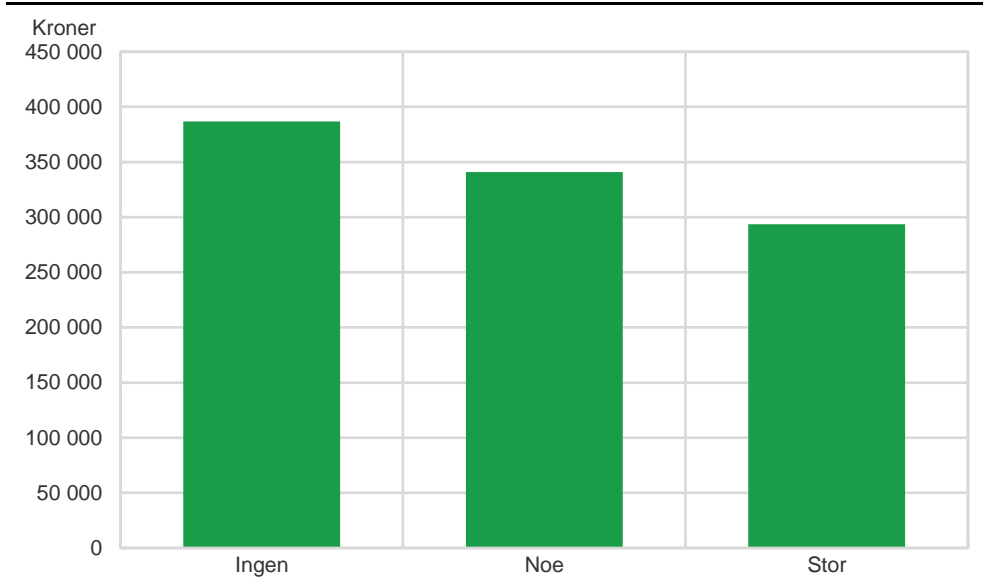
Figur 7.5 og 7.6 viser hvordan de to helsemålene, egenvurdert helse og nedsatt funksjonsevne, er forbundet med variasjoner i medianinntekten per forbruksenhet. Vi ser at det er en tilnærmet lineær sammenheng. Lavest inntekt har de som vurderer sin egen helse som «svært dårlig». Dette er imidlertid en liten gruppe, snaut 1 prosent av alle (N=52). Forskjellen sammenlignet med dem som oppgir at de har «dårlig» helse, er likevel statistisk signifikant – konfidensintervallene er ikke overlappende. Personer som har «god» helse har også signifikant lavere inntekt enn personer med «svært god» helse. Alt i alt er forskjellene betydelige. De som ikke opplever noen begrensninger i sine hverdagsaktiviteter på grunn av helseproblemer har i gjennomsnitt kr. 93 000 mer i inntekt per forbruksenhet enn dem som opplever store begrensninger. Tilsvarende forskjeller (kr. 96 000) finner vi mellom dem som etter egen vurdering har svært god helse og dårlig helse. Den lille gruppen med svært dårlig helse har en husholdningsinntekt per forbruksenhet som er hele kr. 146 000 lavere enn for dem med svært god helse.

Figur 7.5 Median husholdningsinntekt per forbruksenhet, etter egenvurdert helse. Studenthusholdninger holdt utenfor. Kroner



Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

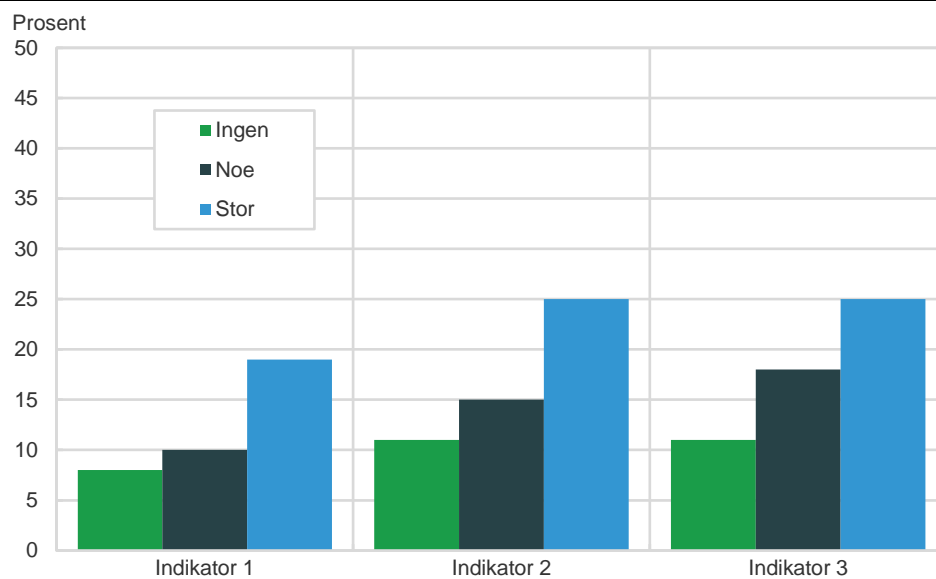
Figur 7.6 Median husholdningsinntekt per forbruksenhet, etter nedsatt funksjonsevne. Studenthusholdninger holdt utenfor. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

Tilsvarende viser det seg at det er mer vanlig med små økonomiske ressurser blant dem som har dårlig helse (figur 7.7). Hvis vi tar det vanlige målet på lavinntekt, andelen som har en husholdningsinntekt per forbruksenhet under 60 prosent av medianinntekten (EU60), er denne andelen 8 prosent blant dem som ikke opplever noen begrensninger på sin funksjonsevne, og 19 prosent blant dem som opplever store begrensninger (indikator 1 i figur 7.7). Enda litt større forskjeller kommer fram hvis vi bruker andre indikatorer: Andelen som tilhører laveste kvintil i inntektsfordelingen (indikator 2) og andelen som skårer lavt på indeksen for økonomiske ressurser (<4, indikator 3). Lignende forskjeller finner vi når egenvurdert helse brukes som avhengig variabel (tall ikke vist).

Figur 7.7 Tre indikatorer¹ på små økonomiske ressurser, etter funksjonsevne. Studenthusholdninger holdt utenfor. Prosent



¹Indikator 1: Inntekt per forbruksenhet under 60 prosent av medianinntekten (EU60), Indikator 2: Tilhører laveste kvintil i fordelingen av husholdningsinntekter per forbruksenhet, Indikator 3: Lav inntekt og formue (<4 på indeks for økonomiske ressurser)

Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

7.3. Helse og selvrapportert økonomi

Vi skal nå gå over til å se nærmere på sammenhengen mellom helse og forskjellige sider ved den selvrapporterte økonomiske situasjonen. Lav inntekt og formue betyr ikke nødvendigvis at husholdningen sliter med å betale regningene, eller at de opplever økonomisk utrygghet. Det finnes andre inntektskilder som ikke inngår i statistikken, for eksempel økonomisk hjelp fra foreldre og svart arbeid. Verdien av subsidierte, offentlige tjenester er heller ikke med i regnskapet. En annen grunn til å se nærmere på den selvrapporterte økonomien, er at opplevelsen av økonomisk stress og utrygghet kan være en nøkkel til å forstå de helseskadelige effektene av manglende økonomiske ressurser.

Vi skal se nærmere på tre aspekter ved den selvrapporterte økonomien. Den første er om husholdningen sliter med å få pengene til å strekke til i det daglige, det vi si om det er vanskelig å få «endene til å møtes» med den samlede inntekten til alle husholdningsmedlemmene. Det andre aspektet er hvor sårbar økonomien er for uforutsette utgifter. Dette er målt som andelen som ikke ville klare en uforutsett utgift på kr. 10 000 i løpet av en måned. Det tredje aspektet er hvilke goder husholdningen eller personen ikke har tilgang til på grunn av den økonomiske situasjonen. Her inngår to, delvis overlappende, indikatorer. Den første er andelen som mangler minst ett av seks materielle basisgoder, slik som å kunne spise kjøtt eller fisk til middag annenhver dag og gå til tannlege ved behov. Den andre er andelen som mangler minst 4 av 16 ulike goder. Her inngår, i tillegg til de nevnte basisgodene, seks vanlige forbruksgoder, slik som bil og tv, og fire sosiale goder, blant annet regelmessige fritidsaktiviteter og å ha råd til en ukes ferie utenfor hjemmet (variabeloversikten gir flere detaljer).

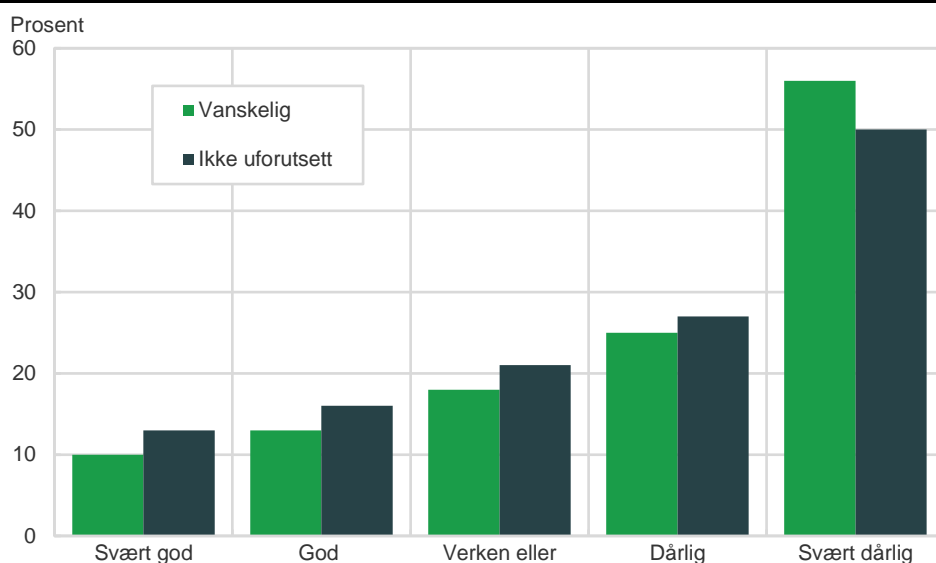
Disse subjektive vurderingene og opplevelsene korrelerer sterkt med de objektive økonomiske ressursene (tall ikke vist). For eksempel oppgir 39 prosent i laveste inntektskvintil at det er forholdsvis vanskelig, vanskelig eller svært vanskelig å få «endene til å møtes», i høyeste kvintil er tilsvarende andel bare 2 prosent. Omtrent tilsvarende forskjell mellom inntektskvintilene finner vi for muligheten til å håndtere en uforutsett utgift. Og mens vel en av fire i laveste kvintil mangler minst

ett basisgode, er det bare 1 prosent som mangler dette blant dem som tilhører de 20 prosent rikeste husholdningene.

Men hvordan ser dette ut når vi trekker inn helsetilstanden? Sliter de som har dårlig helse mer med økonomiske problemer enn andre, og mangler de flere basisgoder eller andre goder som folk flest har tilgang til? Svaret på det er ja, skal vi dømme etter resultatene i Levekårsundersøkelsen 2017.

Figur 7.8 viser andelene som synes det er forholdsvis vanskelig, vanskelig eller svært vanskelig å få endene til å møtes, etter hvordan de vurderer egen helse. Figuren viser også fordelingen på mulighetene for å klare en uforutsett utgift.

Figur 7.8 Andeler som synes det er forholdsvis vanskelig eller vanskelig å få endene til å møtes, og som ville ikke klare en uforutsett utgift på kr. 10 000, etter egenvurdert helse. Studenthusholdninger holdt utenfor. Prosent

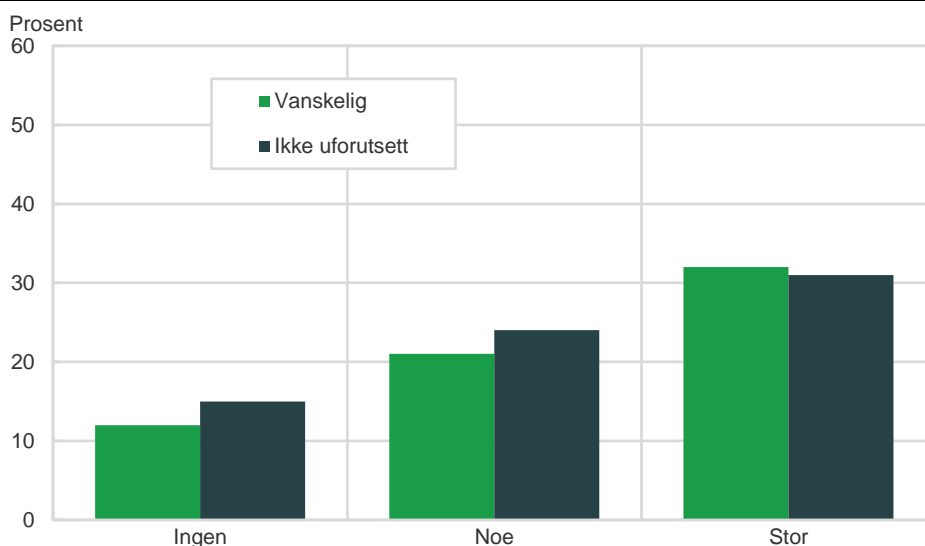


Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

Som vist stiger andelene som synes det er vanskelig å få pengene til å strekke til, og som ikke ville klare en uforutsett utgift, med økende grad av svekket helsetilstand. Om lag en fjerdedel av dem som oppgir at de har dårlig helse, har økonomiske problemer eller en sårbar økonomi, målt på denne måten. For dem som har svært god helse, er det vel en av ti som har slike problemer. For dem som har svært dårlig helse er disse problemene enda mer utbredt. Mer enn halvparten synes det er vanskelig å få pengene til å strekke til. Men dette er som tidligere nevnt en liten gruppe.

Også de som har nedsatt funksjonsevne sliter mer med økonomiske problemer og en sårbar økonomi enn andre (figur 7.9).

Figur 7.9 Andeler som synes det er forholdsvis vanskelig eller vanskelig å få endene til å møtes, og som ville ikke klare en uforutsett utgift på kr.10 000, etter grad av nedsatt funksjonsevne. Studenthusholdninger holdt utenfor. Prosent

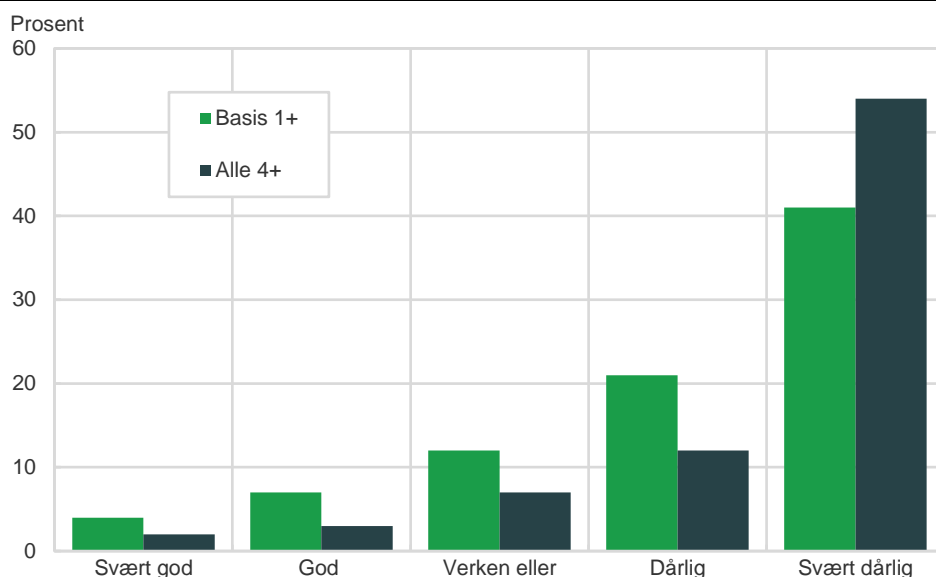


Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

Snaut en av tre som opplever store begrensninger på sine hverdagsaktiviteter, synes det er vanskelig å få pengene til å strekke til, sammenlignet med vel en av ti blant dem som ikke har slike begrensninger. Andelen som ikke ville klare en uforutsett utgift viser omtrent det samme mønsteret.

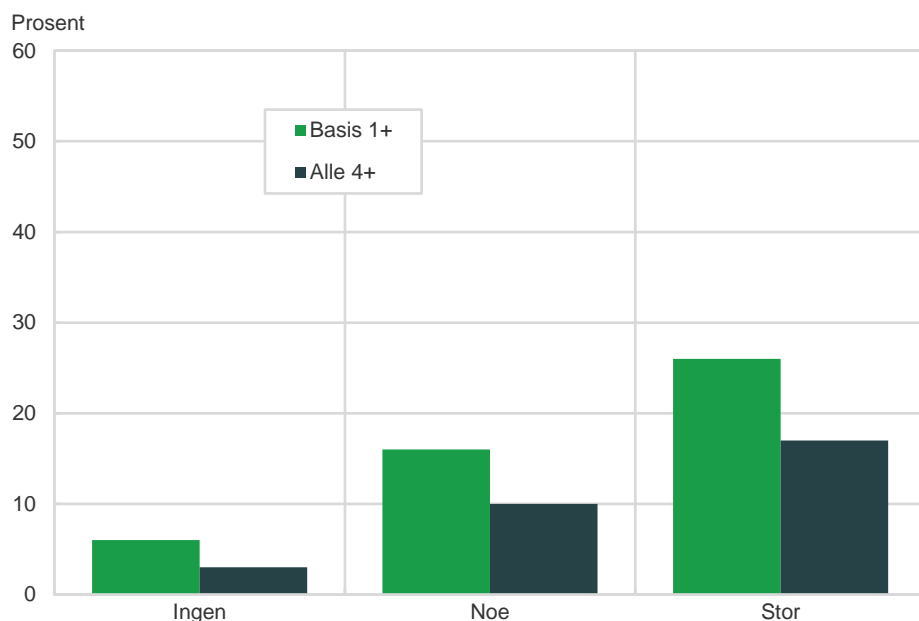
Hva så med dem som ikke har forskjellige goder, goder som de fleste andre i samfunnet har råd til? Noen av disse godene kan ha særlig stor betydning for fysisk og psykisk helse, for eksempel å kunne ha råd til næringsrik mat, varme opp boligen og gå til lege eller tannlege ved behov. Andelen som mangler minst ett av de seks basisgodene viser seg å variere på samme måte som de andre indikatorene på en vanskelig økonomi. Jo dårligere egenvurdert helse og jo svakere funksjonsevne, jo flere er det som mangler minst ett av de seks godene (figur 7.10 og 7.11). En av fire personer med store begrensninger i hverdagsaktivitetene mangler minst ett av basisgodene, sammenlignet med vel en av 20 blant dem uten slike begrensninger (26 versus 6 prosent). Det andre målet på manglende tilgang til goder (mangler minst 4 av 16 goder) viser det samme mønsteret.

Figur 7.10 Andeler som mangler minst ett av seks basisgoder, og minst fire av 16 basis-, forbruks- og sosiale goder, etter egenvurdert helse. Studenthusholdninger holdt utenfor. Prosent.



Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

Figur 7.11 Andeler som mangler minst ett av seks basisgoder, og minst fire av 16 basis-, forbruks- og sosiale goder, etter grad av nedsatt funksjonsevne. Studenthusholdninger holdt utenfor. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

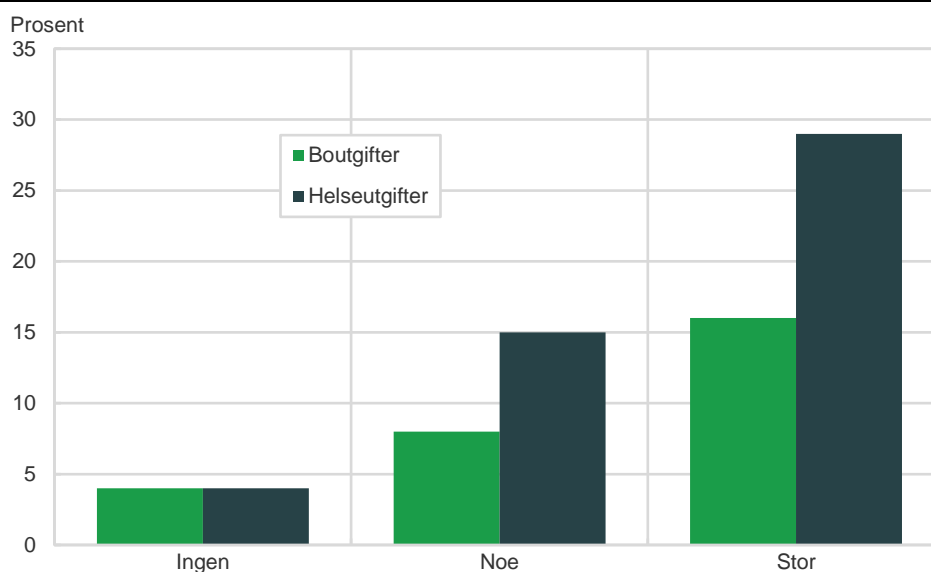
7.4. Tyngende helseutgifter?

En av årsakene til at de som har dårlig helse sliter mer med økonomien enn andre, kan være at selve sykdommen eller funksjonshemmingen medfører ekstra utgifter. Det er altså ikke nødvendigvis bare det at sykdommen fører til lavere inntekter som er utslagsgivende, men også at sykdommen i seg selv er kostnadskrevende. Dette aspektet er i liten grad kartlagt i levekårsundersøkelsen, men i intervjuet til EU-SILC 2017 ble det spurt om tre former for helseutgifter, og om de tynget husholdningens økonomi. De tre kildene til utgifter var a) utgifter til lege eller medisinsk behandling, b) utgifter til tannlege, og c) utgifter til medisiner.

Andelen som svarte «svært tyngende» på minst en av disse utgjorde 7 prosent av alle voksne. Desidert mest vanlig var det å ha tyngende utgifter til tannbehandling (6 prosent), mens 2 prosent opplevde at utgifter til medisinsk behandling var svært tyngende og 2 prosent hadde den samme opplevelsen av utgifter til medisiner.

Så mange som en av fem blant dem som vurderer egen helse som «dårlig» opplever at minst en av de tre typene helseutgifter er svært tyngende for husholdningens økonomi, mens nesten tre av ti (29 prosent) blant dem som har store aktivitetsbegrensninger i hverdagen rapporterer det samme (figur 7.12). Andelen i den sistnevnte gruppen som synes utgiftene til helseformål er svært tyngende, varierer fra 13 prosent for utgifter til lege og medisinsk behandling til 22 prosent for utgifter til tannbehandling (tall ikke vist).

Figur 7.12 Andel som opplever boutgifter og helseutgifter som svært tyngende for husholdningens økonomi, etter grad av nedsatt funksjonsevne. Studenthusholdninger er holdt utenfor. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

Det er interessant å sammenligne med boutgifter, en stor utgiftspost for mange husholdninger. I samlede boutgifter inngår både renter på boliglån, husleie/fellesutgifter, elektrisitet mm. Blant dem som har god helse og ikke opplever noen aktivitetsbegrensninger er byrden som boutgifter og helseutgifter representerer omtrent den samme. Men for dem som har helseproblemer ser det ut til at helseutgiftene er en langt større byrde enn boutgiftene, selv i et samfunn som Norge, med utstrakt grad av subsidierte helsetjenester.

7.5. Både dårlig helse og få økonomiske ressurser

Hvor mange har både svake økonomiske ressurser og dårlig helse? Det er grunn til å tro at denne kombinasjonen vil slå særlig uheldig ut for livskvalitet og velferd. Det er imidlertid ikke uten videre lett å avgjøre hvem som skal inngå i denne kategorien. Strenge kriterier for hva som skal utgjøre dårlig helse og svake økonomiske ressurser, vil føre til at gruppen blir svært liten, så liten at det kan bli vanskelig å si noe sikkert om kjennetegn ved gruppen. Dette er begrensningene som surveydata med relativt små utvalg står overfor. I tabell 7.1 nedenfor har vi valgt å definere både dårlig helse og svake økonomiske ressurser på en relativt vid måte. Dårlig helse er et samlemål, der de som enten oppgir at helsa er mindre god og/eller som oppgir at helseproblemer skaper begrensninger i hverdagsaktivitetene inngår. Totalt 28 prosent av utvalget inngår i denne kategorien. Få økonomiske ressurser er andelen som skårer lavere enn 5 på indeksen for samlede ressurser. Det

utgjør 22 prosent av alle. Når vi kombinerer disse målene, er det i alt 8 prosent av utvalget som både skårer relativt lavt på helse og på økonomi.

Tabell 7.1 Forskjellige indikatorer på økonomiske problemer, etter kombinasjoner av helse¹ og økonomiske ressurser². «Vid» definisjon. Studenthusholdninger holdt utenfor. Prosent

	Vanskelig å få «endene til å møtes» ³	Tyngende helseutgifter	Mangler minst ett grunnleggende gode	Mangler minst fire goder	Andel av alle
God helse, store ressurser	5	1	1	0	59
God helse, få ressurser	33	12	20	11	13
Dårlig helse, store ressurser	10	8	6	2	20
Dårlig helse, få ressurser	47	27	37	27	8

¹God helse: vurderer egen helse som god eller svært god, og har ingen begrensninger i sine hverdagsaktiviteter. Dårlig helse: Vurderer egen helse som verken god eller dårlig, dårlig eller svært dårlig og/eller har aktivitetsbegrensninger i hverdagen, ²Store økonomiske ressurser: Indeksverdi for økonomiske ressurser (inntekt og formue)>4. Få økonomiske ressurser: Indeksverdi for økonomiske ressurser<5, ³Synes det er forholdsvis vanskelig, vanskelig eller svært vanskelig å få endene til å møtes

Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

Som antatt skiller gruppen som både har relativt dårlig helse og få økonomiske ressurser seg markant ut fra de øvrige. Blant dem som har mindre god helse, ser det ut til at de økonomiske ressursene skaper store forskjeller i hverdagen. Mens nesten halvparten, 47 prosent, av dem med nedsatt helse og relativt få ressurser synes det er vanskelig å få pengene til å strekke til, er denne andelen bare 10 prosent blant dem som også har nedsatt helse men til gjengjeld flere ressurser. Så mange som 37 prosent i gruppa med både nedsatt helse og svak økonomi mangler minst en av de seks basisgodene, og vel en fire opplever helseutgiftene som svært tyngende. Vi ser at for dem som har store økonomiske ressurser, spiller ikke helsetilstanden så stor rolle for de økonomiske problemene, i hvert fall ikke i absolutt forstand.

Forskjellen er størst for tyngende helseutgifter (7 prosentpoeng). For dem som har relativt få ressurser, slår derimot en mindre god helsetilstand mye sterkere ut. Mens tabell 7.1 har en vid definisjon av dårlig helse og økonomiske ressurser, skal vi nå se hva som skjer hvis vi gjør definisjonene strengere. I tabell 7.2 er nedsatt helse avgrenset til dem som oppgir at helsa er dårlig eller svært dårlig og/eller som sier at helseproblemer skaper store begrensninger i hverdagen. 9 prosent av befolkningen inngår i denne kategorien. Få økonomiske ressurser er andelen som skårer lavere enn 4 på indeksen for samlede økonomiske ressurser. Det utgjør 13 prosent av alle. Når vi kombinerer disse målene, er det i alt bare 2 prosent av utvalget som skårer lavt både på helse og økonomi, gitt denne forholdsvis strenge definisjonen.

Tabell 7.2 Forskjellige indikatorer på økonomiske problemer, etter kombinasjoner av helse¹ og økonomiske ressurser². «Streng» definisjon. Studenthusholdninger holdt utenfor. Prosent

	Vanskelig å få «endene til å møtes» ³	Tyngende helseutgifter	Mangler minst ett grunnleggende gode	Mangler minst fire goder	Andel av alle
God helse, store ressurser	8	3	3	1	80
God helse, få ressurser	43	15	29	19	10
Dårlig helse, store ressurser	19	17	15	7	7
Dårlig helse, få ressurser	64	47	58	43	2

¹God helse: vurderer egen helse som svært god, god eller verken god eller dårlig, og har ikke store begrensninger i hverdagsaktiviteter. Dårlig helse: Vurderer egen helse som dårlig eller svært dårlig og/eller har store aktivitetsbegrensninger i hverdagen, ²Gode økonomiske ressurser: Indeksverdi for økonomiske ressurser (inntekt og formue) >3. Få økonomiske ressurser: Indeksverdi for økonomiske ressurser <4, ³Synes det er forholdsvis vanskelig, vanskelig eller svært vanskelig å få endene til å møtes

Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

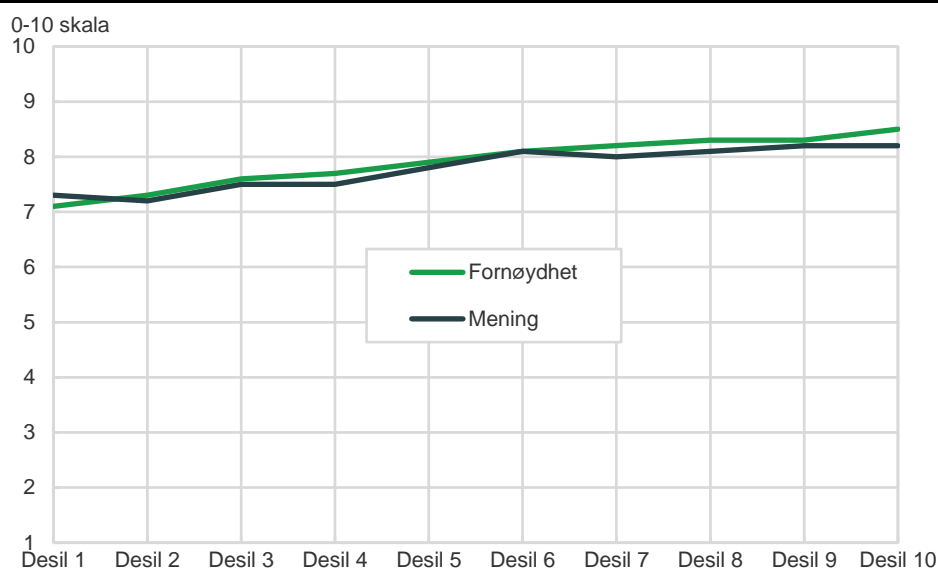
Som forventet øker nå, i tråd med den «strenge» definisjonen, andelen med ulike økonomiske problemer kraftig i den mest utsatte gruppa, de som både har dårlig helse og få ressurser. Nærmere to av tre synes det er vanskelig å få pengene til å strekke til, og nesten seks av ti mangler minst ett grunnleggende gode. Forskjellene sammenlignet med gruppa som har tilsvarende dårlig helse, men større økonomiske ressurser, er enda mer markerte enn i tabell 7.1.

Vi har også testet ut andre avgrensninger, uten at dette fører til vesentlig forskjellige resultater. I ett av alternativene ble svak økonomi definert som å tilhøre laveste inntektskvintil, mens definisjonen av dårlig helse var den samme som i tabell 7.2. Dette reduserte andelen med økonomiske problemer noe i gruppen med både dårlig helse og få ressurser, og forskjellene sammenlignet med dem som har store ressurser men dårlig helse ble også mindre (tall ikke vist). Hovedkonklusjonene forblir likevel de samme.

7.6. Økonomiske ressurser og vurderinger av livet

Personer som tilhører husholdninger med høy inntekt, er mer fornøyd med livet og opplever i større grad livet som meningsfullt enn de som har lav inntekt (figur 7.13).

Figur 7.13 Hvor fornøyd med livet, og hvor meningsfullt livet oppleves, på skala fra 0 til 10, etter husholdningsinntekt¹ i desiler. Gjennomsnitt. Studenthusholdninger holdt utenfor



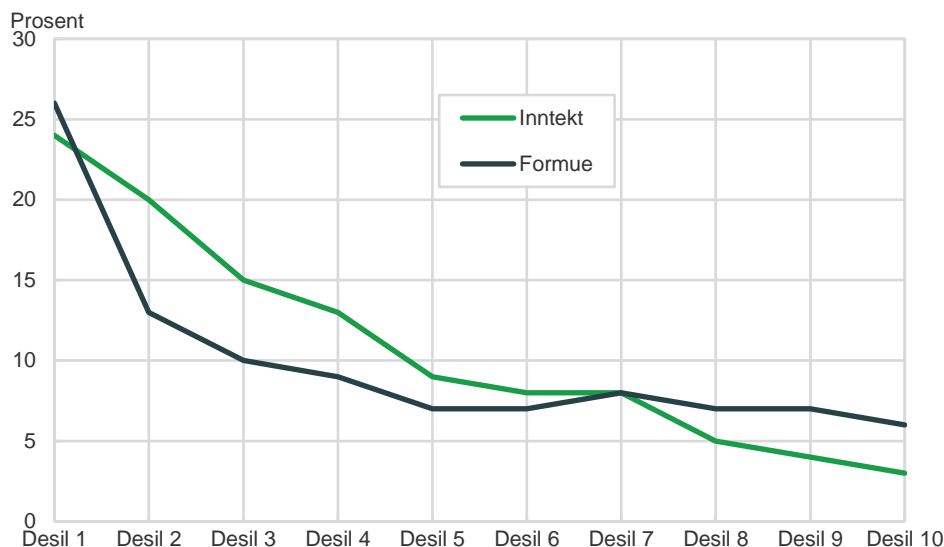
¹Målt per forbruksenhet (EU-skalaen)

Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

Mens tilfredsheten med livet stiger nokså jevnt med økende inntekt, ser det ut til at opplevelsen av mening kommer opp på et platå, og ikke stiger nevneverdig etter sjettede desil.

Den neste figuren, figur 7.14, viser andelen som er relativt misfornøyd (skårer 5 eller lavere på skalaen som går fra 0 til 10), etter både inntekt og formue (brutto finanskapital) i desiler. Fordelingen etter inntekt og formue er nokså lik. De som tilhører laveste desil er langt oftere misfornøyd med livet enn gjennomsnittet, om lag en av fire i denne lavinntektsgruppen er lite fornøyd. Forskjellen mellom de to målene på økonomiske ressurser er at andelen misfornøyd synker jevnt med økende inntekt, mens formuen ikke ser ut til å spille særlig stor rolle etter femte desil i formuesfordelingen. Det er det samme mønsteret som vi så for helse.

Figur 7.14 Andel som er misfornøyd med livet (0-5 på skala 0-10), etter inntekt og etter brutto finanskapital i desiler.¹ Studenthusholdninger er holdt utenfor

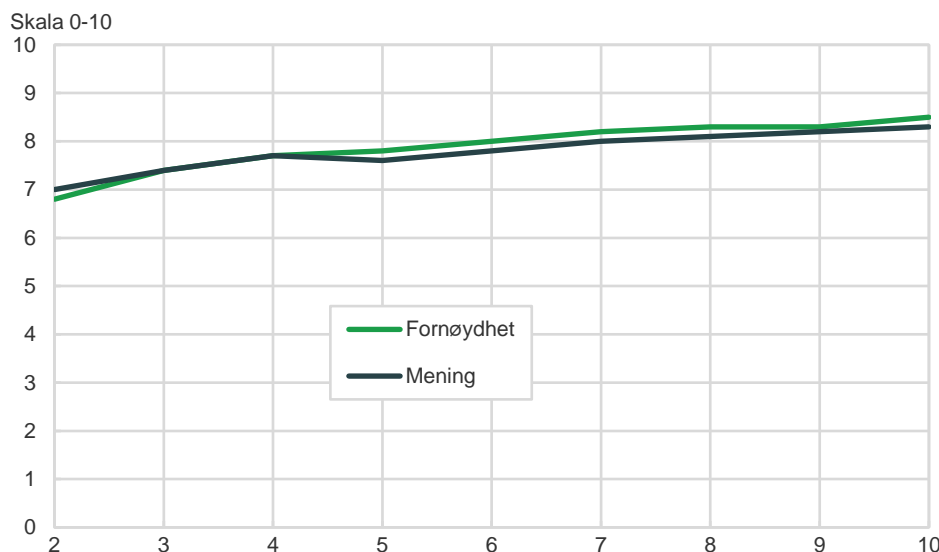


¹Målt per forbruksenhet (EU-skalaen)
 Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

Forskjellene er betydelige. Mens bare 3 prosent er misfornøyd i høyeste inntektsdesil, er andelen 24 prosent i laveste desil. Andelene som skårer under 8 er henholdsvis 16 og 51 prosent.

En annen måte å måle de samlede økonomiske ressursene på, er å se inntekt og formue i sammenheng, slik vi gjør gjennom indeksen for økonomiske ressurser. Både mening og fornøydhet med livet korrelerer svært likt med denne indeksen, se figur 7.15. I dette tilfellet er sammenhengen tilnærmet lineær (jevnt stigende), både for tilfredshet og mening. Men forskjellene er noe større for tilfredshet. Avstanden i gjennomsnittlig tilfredshet mellom gruppene med færrest og flest økonomiske ressurser er 1.7 poeng på skalaen fra 0 til 10, noe mer enn den tilsvarende forskjellen for inntektsdesiler (1.4). Mens 27 prosent av dem med færrest økonomiske ressurser er relativt misfornøyd med livet, er andelen 3 prosent blant dem med flest (tall ikke vist).

Figur 7.15 Gjennomsnittlig fornøydhet med livet, og opplevd mening, etter indeks for økonomiske ressurser. Studenthusholdninger er holdt utenfor



Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

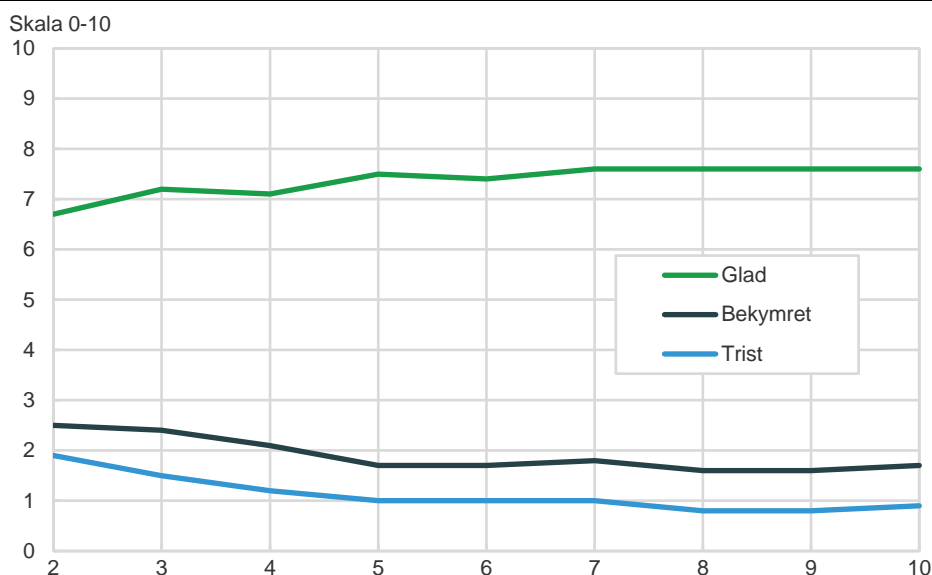
7.7. Økonomiske ressurser og emosjonell livskvalitet

Et annet aspekt ved den subjektive livskvaliteten er de emosjonelle sidene, de som har med positive og negative følelser å gjøre. I EU-SILC 2017 er disse kartlagt gjennom å spørre om opplevelsen av tre typer følelser dagen før intervjuet: Glede, bekymring og opplevelsen av å være nedfor eller trist. Disse er, som tilfredshet og mening, målt på en skala fra 0 til 10. Er det også en sammenheng mellom disse målene på subjektiv livskvalitet og husholdningens økonomiske ressurser?

Svaret er ja, men sammenhengene er betydelig svakere enn for tilfredshet og mening. Det er i tråd med annen forskning ([Kahneman & Deaton, 2010](#)). Figur 7.16 viser at opplevelsen av glede stiger med økende økonomiske ressurser, men bare opp til et visst punkt. Personer i husholdninger med middels inntekt og formue opplever omtrent like ofte glede som de aller rikeste. Det samme er tilfellet for de negative følelsene. Det er mest vanlig å oppleve tristhet og bekymring blant dem med færrest ressurser, men heller ikke her skiller de aller rikeste seg nevneverdig ut fra dem med middels store ressurser.

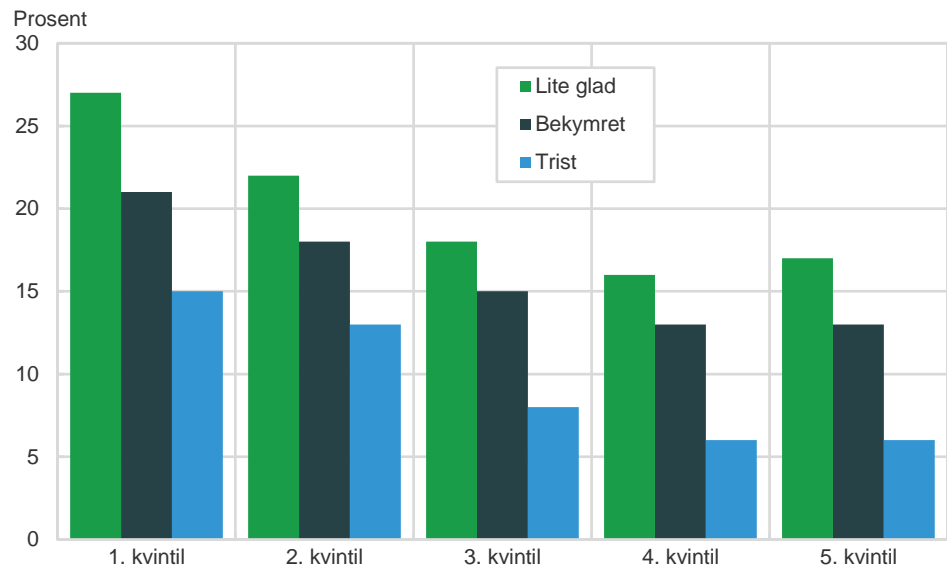
Fordelingen etter inntekt og etter finansformue gir omtrent samme resultat. Figur 7.17 viser andelene som skårer relativt lavt på glede (0-5 på skalaen fra 0 til 10) og høyt på bekymring og tristhet (5-10), avhengig av hvor de er plassert i inntektsfordelingen. Igjen ser vi at de to kvartilene med lavest inntekt har noe dårligere emosjonell livskvalitet, mens det er liten eller ingen forskjell mellom tredje og femte kvartil. Noe av årsaken til at vi her ser svakere sammenhenger, er også at det blir spurt om dagen før intervjuet, som innebærer mer «støy» i dataene, siden tilfeldige variasjoner vil spille større rolle for resultatene når vi spør om opplevelsene på en bestemt dag i året.

Figur 7.16 Gjennomsnittlig emosjonell livskvalitet dagen før, for tre typer følelser, etter indeks for økonomiske ressurser. Studenthusholdninger er holdt utenfor



Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

Figur 7.17 Tre mål på lav emosjonell livskvalitet, etter husholdningsinntekt i kvintiler. Studenthusholdninger er holdt utenfor. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

8. Multivariat analyse, med økonomi som avhengig variabel

8.1. Innledning

I den første regresjonsanalysen er den avhengige variabelen inntekt etter skatt per forbruksenhet. Variabelen er logaritmisk omkodet, slik at estimatene viser relative (prosentvise) forskjeller framfor absolutte forskjeller. Estimatene er omregnet til prosentforskjeller i tråd med formelen $100x [e^b - 1]$ (Skog, 2004, s. 312). I analysen ser vi nærmere på sammenhengen mellom inntekt og de to helsevariablene (egenvurdert helse og nedsatt funksjonsevne), når det kontrolleres for grunnleggende demografiske og geografiske egenskaper som kan tenkes å påvirke denne sammenhengen. I den første modellen kontrollerer vi for alder, innvandringsstatus, utdanningsnivå og bostedets urbaniseringsgrad (tabell 8.1). I seinere modeller kontrollerer vi for familieforhold og status på arbeidsmarkedet. Vi antar at sammenhengen mellom helse og inntekt svekkes når det tas hensyn til utdanningsnivå, familieforhold og status på arbeidsmarkedet. Men som redegjort for tidligere, kan det godt være at disse faktorene formidler påvirkningen fra helse til inntekt, og ikke nødvendigvis svekker hypotesen om en kausalsammenheng mellom helse og inntekt (jf. figur 5.2). En svekket helsetilstand kan både redusere evnen til å realisere utdanningsplaner, påvirke partnerforholdet og ikke minst svekke forankringen på arbeidsmarkedet, som igjen legger føringer for inntektsdannelsen.

Helsevariablene inngår som dummyvariabler i den lineære regresjonsanalysen. For egenvurdert helse er referansekategorien «svært god» helse. Øvrige kategorier er «god», «verken god eller dårlig», og en sammenslått kategori for «dårlig» og «svært dårlig». Nedsatt funksjonsevne er målt gjennom to dummyvariabler, en for dem som opplever noen begrensninger på hverdagsaktiviteter, og en for dem som opplever store begrensninger. Referansekategorien er personer som ikke opplever noen slike begrensninger på grunn av helseproblemer. De to målene på helsetilstand er sterkt korrelert, for eksempel er det ofte slik at personene som sier at de har dårlig helse også har store aktivitetsbegrensninger på grunn av sykdom. Korrelasjonen (Pearsons r) er likevel ikke høyere enn 0.51 (0.48 menn, 0.54 kvinner) som tilsier at de to målene er langt fra sammenfallende, og at det gir mening å bruke begge i analysene.

Alder inngår både som en lineær variabel, og i kvadrert form, for å ta hensyn til mulige kurvelineære effekter. *Innvandringskategori* måles gjennom bruk av tre dummys, med «Født i Norge av to norskfødte foreldre» som referansekategori. I den første kategorien inngår innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre som har landbakgrunn fra Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania utenom Australia og New Zealand, i tillegg til dem som har bakgrunn fra land i Europa utenom EU/EØS-området. I den andre kategorien inngår innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre som har annen landbakgrunn enn dette, dvs. land i Norden, EU/EØS-området utenfor Norden og USA, Canada, Australia og New Zealand. Innvandrere er personer som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og som har innvandret til Norge. Norskfødte med innvandrerforeldre er født i Norge, men har to foreldre som er født i Norge. Den tredje kategorien er restgruppen, det vil si utenlandsfødte med bare en norskfødt forelder, norskfødte med en utenlandsfødt forelder samt utenlandsfødte med to norskfødte foreldre (Sandvik & Holseter, 2018, s. 24). Bostedets *urbaniseringsgrad* er basert på registeropplysninger om de intervjuede bor i tettbygde eller spredtbygde strøk, og hvor mange innbyggere tettstedet har. Tettsteder med 100 000 innbyggere eller mer er referansekategorien. Egne dummyvariabler inngår for a) spredtbygde strøk, b) tettsteder med opptil 20 000 innbyggere og c) tettsteder med 20-99 999 innbyggere. Opplysninger om høyeste fullførte *utdanning* er hentet fra Utdanningsregisteret. Universitets- og

høgskoleutdanning på høyere nivå og forskerutdanning er referansekategorien. Ellers er det dummyvariabler for grunnskoleutdanning (barneskole/ungdomsskole), videregående skole og universitets- og høgskoleutdanning på lavere nivå.

I noen modeller trekker vi som nevnt også inn om den intervjuede lever i parforhold (er gift/samboende eller ikke), bor med barn og hvilken status han eller hun har på arbeidsmarkedet. *Status på arbeidsmarkedet* er basert på den intervjuedes egen oppfatning av viktigste aktivitet på intervjutidspunktet. Heltids yrkesaktive er referansekategorien. Øvrige statuser inngår som tre dummyvariabler: Deltids yrkesaktiv, arbeidsledig og utenfor arbeidsmarkedet (pensjonist, ufør eller ikke i stand til å arbeide, hjemmearbeidende eller under utdanning). Som regel holder vi imidlertid studenthusholdningene utenfor analysene der inntekt inngår, i tråd med den tidligere analysen. *Familiesituasjon* er målt gjennom to dikotome (0-1) variabler: Gift/samboende eller ikke, og bor/bor ikke med barn 0-17 år.

Modellene er beregnet separat for menn og kvinner, siden tidligere forskning har avdekket visse kjønnsforskjeller, se litteraturoversikten i kapittel 4.

8.2. Inntekt

Tabell 8.1 viser at både dårligere egenvurdert helse og aktivitetsbegrensninger på grunn av helseproblemer, uavhengig av hverandre, er forbundet med lavere husholdningsinntekt per forbruksenhet. Noe overraskende er effekten av å vurdere helsa som «verken god eller dårlig» omtrent like sterk som effekten av å vurdere den som «dårlig». Det er også en svakere, men likevel tydelig effekt av å gå fra en vurdering av helsa som «svært god» til «god» (inntektsreduksjon på 6-7 prosent).

I modeller uten utdanningsnivå, der det bare kontrolleres for alder, bosted og innvandringsstatus, ligger «inntektstapet» for menn på 17-19 prosent, når vi sammenligner ytterpunktene på helsevariablene («dårlig» versus «svært god» helse og store versus ingen aktivitetsbegrensninger). Blant kvinner er tapet samlet sett litt mindre, henholdsvis 18 og 12 prosent for de to helsemålene (tall ikke vist). Det er utslaget for aktivitetsbegrensninger som er lavere blant kvinnene. Kontrollen for utdanning i tabell 8.1 reduserer inntektstapet litt, til 15-16 prosent for menn og 10-15 prosent for kvinner. Vi ser ellers, som forventet, at innvandrere og norskfødte med bakgrunn fra Asia, Afrika mm. har betydelig lavere inntekter per forbruksenhet enn de som ikke har innvandringsbakgrunn. Inntekten varierer også med bostedets urbaniseringsgrad og med utdanningsnivå, i tråd med etablert kunnskap. Effekten av de to helsevariablene framtrer som moderat, av omtrent samme størrelsesorden som inntektsforskjellen mellom å ha videregående utdanning og lang høgskole- eller universitetsutdanning.

I tabell 8.2 tas ytterligere to variabler inn: Familiesituasjon og tilknytning til arbeidsmarkedet. Det er sterke sammenhenger mellom familie- og arbeidsmarkedsintegrasjon og inntekt. Å være gift/samboende er forbundet med betydelig høyere inntekt per forbruksenhet, særlig for kvinner, mens det å ha barn reduserer den kraftig. Inntekten er også langt lavere blant arbeidsledige og personer som står utenfor arbeidsmarkedet enn blant dem som har en fot innenfor. Som forventet blir sammenhengen mellom helse og inntekt mindre uttalt, men fremdeles er det slik at forskjellen mellom ytterpunktene på de to helsemålene er forbundet med en inntektsreduksjon på 10 prosent blant menn og 7 prosent blant kvinner.

Tabell 8.1 Logaritmisk omkodet husholdningsinntekt per forbruksenhet, betinget av helse og utvalgte kontrollvariabler, for menn og kvinner 16 år og eldre. Prosentforskjeller. Studenthusholdninger holdt utenfor

Variabel	Menn		Kvinner	
	Prosent	T-verdi	Prosent	T-verdi
Egenvurdert helse				
God	-6	-3.01**	-7	-4.01**
Verken god eller dårlig	-15	-5.44**	-15	-5.54**
Dårlig/svært dårlig	-16	-3.11**	-15	-4.00**
Svært god (ref.)	.	.	.	.
Begrensninger aktivitet				
Noe	-13	-3.16**	-2	-0.96
Stor	-15	-3.69**	-10	-2.54*
Ingen (ref.)	.	.	.	.
Alder				
Alder kvadrert	3	9.22**	3	12.36**
Alder kvadrert	-0,02	-8.88**	-0.03	-12.61**
Innvandring				
Innvandrere fra Asia mm.	-25	-5.03**	-24	-5.47**
Innvandrere fra Norden mm.	-6	-1.12	-8	-1.86
Andre	-0.3	-0.06	0.8	0.2
Ikke innvandrebakgrunn (ref.)	.	.	.	.
Bosted				
Spredtbygde strøk	-10	-4.22**	-7	-3.09**
Tettbygde strøk <20 000 innb.	-8	-3.81**	-6	-3.14**
Tettbygde strøk 20-99 999 innb.	-7	-2.46*	-5	-1.98*
Tettbygde strøk 100 000 innb.+ (ref.)	.	.	.	.
Utdanning¹				
Grunnskole	-26	-9.64**	-23	-7.11**
Videregående	-16	-6.50**	-17	-5.76**
Høgskole/universitet lavere nivå	-11	-4.20**	-8	-2.47*
Høgskole/universitet høyere nivå (ref.)	.	.	.	.
R ²	0.20		0.20	
N	3028		2869	

*Signifikant på 5 prosent nivå, **signifikant på 1 prosent nivå. ¹Uoppgitt utdanningsnivå inngår i regresjonsmodellen som egen kategori, men er ikke vist i tabellen

Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

Tabell 8.2 Logaritmisk omkodet husholdningsinntekt per forbruksenhet, betinget av helse, kontrollvariabler, familiesituasjon og status på arbeidsmarkedet, for menn og kvinner 16 år og eldre. Prosentforskjeller. Studenthusholdninger holdt utenfor

Variabel	Menn		Kvinner	
	Prosent	T-verdi	Prosent	T-verdi
Egenvurdert helse				
God	-6	-3.00**	-7	-4.01**
Verken god eller dårlig	-14	-5.12**	-10	-4.26**
Dårlig/svært dårlig	-10	-2.00*	-7	-1.89
Svært god (ref.)	.	.	.	.
Begrensninger aktivitet				
Noe	-9	-2.42*	-0,2	--0.09
Stor	-10	-2.51*	-7	-1.72
Ingen (ref.)	.	.	.	.
Alder				
Alder kvadrert	-0,01	-3.88**	-0.01	5.90**
Innvandring				
Innvandrere fra Asia mm.	-23	-4.58**	-20	-4.58**
Innvandrere fra Norden mm.	-7	-1.25	-10	-2.67**
Andre	-1	-0.19	1	0.33
Ikke innvandrerbakgrunn (ref.)	.	.	.	.
Bosted				
Spredtbygde strøk	-10	-4.68**	-10	-4.78**
Tettbygde strøk <20 000 innb.	-8	-3.89**	-6	-3.69**
Tettbygde strøk 20-99 999 innb.	-8	-2.63**	-4	1.90
Tettbygde strøk 100 000 innb.+ (ref.)	.	.	.	.
Utdanning¹				
Grunnskole	-22	-8.02**	-19	-5.93**
Videregående	-15	-5.98**	-15	-5.25**
Høgskole/universitet lavere nivå	-10	-4.16**	-7	-2.42*
Høgskole/universitet høyere nivå (ref.)	.	.	.	.
Familiesituasjon				
Gift/samboende	16	6.83**	39	21.02**
Barn 0-17 år	-19	-10.08**	-20	-12.77**
Arbeidsmarkedet				
Yrkesaktiv deltid	-11	-2.65**	-7	-2.90**
Arbeidsledig	-27	-4.26**	-24	-5.40**
Utenfor arbeidsmarkedet	-21	-7.29**	-17	-8.27**
Yrkesaktiv heltid (ref.)	.	.	.	.
R ²	0.25		0.34	
N	3028		2869	

*Signifikant på 5 prosent nivå, **signifikant på 1 prosent nivå. ¹Uoppgitt utdanningsnivå inngår i regresjonsmodellen som egen kategori, men er ikke vist i tabellen

Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

Interaksjoner

Fører helseproblemer lettere til andre problemer, slik som dårlig økonomi, blant enslige enn blant dem som deler husholdningen med en ektefelle eller samboer? De økonomiske konsekvensene av helseproblemer blant dem som er gift eller samboende kan for eksempel motvirkes ved at partneren jobber mer, eller gir mer sosial støtte og tar en større del av hus- og omsorgsarbeidet. Dette kan bidra til avlastning for partneren og til at den syke raskere kommer tilbake i arbeid eller opprettholder produktiviteten på tross av sykdom.

Tabell 8.3 viser to beregninger av sammenhengen mellom helse og inntekt, for henholdsvis enslige og gifte/samboende menn. Tabellen viser bare et utdrag av analysen, modellen er forøvrig den samme som inngår i tabell 8.1, i tillegg til om den intervjuede bor med barn eller ikke. Som vist, er det tendenser til at sammenhengen mellom inntekt og helse er sterkere blant enslige enn blant dem som inngår i et par. Det ser ut til at relativt milde helseproblemer i litt større grad kan relateres til lav inntekt blant de enslige. Mens det å erfare noe begrensning i hverdagsaktiviteter på grunn av helseproblemer ikke er signifikant forbundet med inntekt blant gifte/samboende menn, er det en klar og negativ sammenheng for enslige menn. Interaksjonseffekten er signifikant på 5 prosent nivå (tall ikke vist). Det er også signifikante interaksjoner mellom parstatus og det å definere helsa som «verken god eller dårlig» og «dårlig», men bare på 10 prosent nivå. På den annen

side har gifte/samboende med store aktivitetsbegrensninger et sterkere inntektsfall enn enslige i samme situasjon. Denne interaksjonen er imidlertid ikke statistisk signifikant. Siden vi ikke har kontrollert for yrke og arbeidsoppgaver i yrket, må det tas høyde for at enslige og gifte/samboende menn kan arbeide i forskjellige yrker, og at dette er en mulig forklaring.

En tilsvarende analyse for kvinner viser små forskjeller mellom enslige og gifte/samboende (tall ikke vist). Unntaket er, som for menn, at å definere helsa som «verken god eller dårlig» er forbundet med en signifikant sterkere reduksjon av inntekten blant enslige enn blant gifte eller samboende.

Tabell 8.3 Logaritmisk omkodet husholdningsinntekt per forbruksenhet, betinget av helse og utvalgte kontrollvariabler¹, for enslige menn og gifte/samboende menn 16 år og eldre. Prosentforskjeller. Studenthusholdninger holdt utenfor

Variabel	Enslige menn		Gifte/samboende menn	
	Prosent	T-verdi	Prosent	T-verdi
Egenvurdert helse				
God	-4	1.04	-6	-3.18**
Verken god eller dårlig	-17	-3.25**	-11	-4.10**
Dårlig/svært dårlig	-18	-1.98*	-10	-2.51*
Svært god (ref.)	.	.	.	.
Begrensninger aktivitet				
Noe	-21	-2.79**	-6	-1.66
Stor	-9	-1.41	-17	-3.95**
Ingen (ref.)	.	.	.	.
R ²	0.15		0.28	
N	1029		1999	

*Signifikant på 5 prosent nivå, **signifikant på 1 prosent nivå. ¹Modellen har de samme variablene som i tabell 8.1, i tillegg til barn.

Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

Et annet spørsmål som melder seg er om sammenhengen mellom helseproblemer og inntekt varierer med utdanningsnivå. Blant menn går det et skille mellom dem som bare har grunnskoleutdanning og personer med høyere utdanning enn dette (tabell 8.4). Det som tilsynelatende er lette helseproblemer, er forbundet med et sterkere tap av inntekt blant menn som bare har grunnskoleutdanning sammenlignet med andre. Når helseproblemene er alvorlige, slik respondentene beskriver dette, er det små forskjeller. Interaksjonene med utdanningsnivå er signifikante på 1-prosentnivå blant dem som vurderer helsa som «god» og «verken god eller dårlig», sammenlignet med referansekategori «svært god». Ingen av de andre interaksjonseffektene er statistisk signifikante (tall ikke vist).

Blant kvinner er det ingen tegn til slike sammenhenger, interaksjonseffektene er svake og langt fra signifikante.

Tabell 8.4 Logaritmisk omkodet husholdningsinntekt per forbruksenhet, betinget av helse og utvalgte kontrollvariabler¹, for menn med grunnskoleutdanning og menn med minst videregående utdanning, 16 år og eldre. Prosentforskjeller. Studenthusholdninger holdt utenfor

Variabel	Menn med grunnskole		Menn med videregående eller høyere utdanning	
	Prosent	T-verdi	Prosent	T-verdi
Egenvurdert helse				
God	-16	-3.10**	-3	-1.50
Verken god eller dårlig	-26	-4.62**	-11	-3.84**
Dårlig/svært dårlig	-13	-1.75	-14	-3.03*
Svært god (ref.)	.	.	.	.
Begrensninger aktivitet				
Noe	-20	-2.54*	-8	-2.22*
Stor	-19	-3.46**	-19	-4.41**
Ingen (ref.)	.	.	.	.
R ²	0.12		0.11	
N	610		2363	

*Signifikant på 5 prosent nivå, **signifikant på 1 prosent nivå. ¹Modellen har de samme variablene som i tabell 8.1, med unntak av utdanning.

Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

8.3. Formue

Hvordan er sammenhengen mellom helsetilstand og finansformue, kontrollert for demografiske kjennetegn, urbaniseringsgrad og utdanningsnivå? Tabell 8.5 er et utdrag fra samme type tabell som tabell 8.1, men denne gang med den logaritmisk transformerte finansformuen som avhengig variabel. Når de to tabellene sammenlignes, kan vi se at utslagene av dårlig helse er sterkere for formue enn for inntekt. Tapet av finansformue for dem som har dårlig versus svært god helse er mer enn det dobbelte av inntektstapet, blant menn nesten 40 prosent. Personene som opplever store aktivitetsbegrensninger på grunn av helseproblemer, har om lag 30 prosent lavere finansformue per forbruksenhet enn dem som ikke har noen begrensninger, både blant menn og kvinner. De tilsvarende inntektsforskjellene var henholdsvis 15 og 10 prosent (jf. tabell 8.1).¹¹

Tabell 8.5 Logaritmisk omkodet finansformue per forbruksenhet, betinget av helse og utvalgte kontrollvariabler¹, for menn og kvinner 16 år og eldre. Prosentforskjeller. Studenthusholdninger holdt utenfor

Variabel	Menn		Kvinner	
	Prosent	T-verdi	Prosent	T-verdi
Egenvurdert helse				
God	-21	-3.74**	-16	-2.54*
Verken god eller dårlig	-34	-4.19**	-24	-2.84**
Dårlig/svært dårlig	-39	-3.12**	-31	-2.42*
Svært god (ref.)	.	.	.	.
Begrensninger aktivitet				
Noe	-1	-0.08	-18	-2.13*
Stor	-30	-2.11*	-29	-2.20*
Ingen (ref.)	.	.	.	.
R ²	0.19		0.17	
N	2928		2817	

*Signifikant på 5 prosent nivå, **signifikant på 1 prosent nivå. ¹Modellen har de samme variablene som i tabell 8.1
Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

Når det i tillegg kontrolleres for familiesituasjon og tilknytningen til arbeidsmarkedet (som i tabell 8.2), er det små endringer å spore. Helseforskjellene forblir stort sett de samme. For menn er den største endringen at prosentforskjellen blant dem som har store aktivitetsbegrensninger endres fra -30 til -27 prosent, akkurat nok til at forskjellen ikke lenger er signifikant på 5 prosent nivå. For kvinner er det en lignende, svak reduksjon av forskjellene blant dem som har dårlig egenvurdert helse og store aktivitetsbegrensninger, men i dette tilfellet forblir sammenhengene statistisk signifikante på 5 prosent nivå (tall ikke vist).

Som for inntekt, ser vi også for formue tendenser til en klart sterkere sammenheng blant enslige enn blant gifte eller samboende menn (tabell 8.6). Blant enslige menn er vurderinger av helsetilstanden som mindre god («verken god eller dårlig» og «dårlig»/»svært dårlig») forbundet med en mer enn 50 prosent lavere finansformue, sammenlignet med dem som har «svært god» helse. For gifte/samboende menn er utslagene langt svakere. Interaksjonen med partnerstatus er signifikant på 5 prosent nivå (tall ikke vist). Blant kvinner finner vi ikke noen tilsvarende sammenheng, slik tilfellet også var for inntekt.

¹¹ Tabell 8.1 og tabell 8.5 har noe forskjellig N, fordi de som har 0 i finansformue er holdt utenfor i tabell 8.5. Logaritmiske omkodinger kan bare brukes på variabler som har positive verdier. Men når de som har 0 i formue tas ut i tallgrunnlaget for tabell 8.1, blir resultatene så godt som identiske, og påvirker i liten grad forskjellene mellom tabell 8.1 og 8.5 (tall ikke vist)

Tabell 8.6 Logaritmisk omkodet finansformue per forbruksenhet, betinget av helse og utvalgte kontrollvariabler¹, for enslige menn og gifte/samboende menn 16 år og eldre. Prosentforskjeller. Studenthusholdninger holdt utenfor

Variabel	Enslige menn		Gifte/samboende menn	
	Prosent	T-verdi	Prosent	T-verdi
Egenvurdert helse				
God	-26	-2.41*	-18	-2.73**
Verken god eller dårlig	-53	-4.10**	-12	-1.23
Dårlig/svært dårlig	-53	-2.78**	-22	-1.34
Svært god (ref.)	.	.	.	.
Begrensninger aktivitet				
Noe	5	0.25	-10	-0.79
Stor	-34	-1.53	-24	-1.44
Ingen (ref.)	.	.	.	.
R ²	0.19		0.21	
N	947		1981	

*Signifikant på 5 prosent nivå, **signifikant på 1 prosent nivå. ¹Modellen har de samme variablene som i tabell 8.1, i tillegg til barn.

Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

Ser vi på utdanningsnivå, er det på tilsvarende måte sterkere utslag av nedsatt helsetilstand blant menn med lav enn med høyere utdanning (tabell 8.7). Store aktivitetsbegrensninger på grunn av helseproblemer ser ut til å gi langt sterkere utslag for lavt utdannede menns formue enn det gjør for menn med høyere utdanning (interaksjonseffekten er signifikant på 5 prosent). Å vurdere helsa som «god» framfor «svært god» er forbundet med 35 prosent lavere formue blant menn med grunnskoleutdanning. Blant andre menn er utslaget under halvparten av dette (forskjellen er signifikant på 10 prosent nivå). For kvinner er det færre signifikante utslag, og mindre tydelige mønstre (tall ikke vist).

Tabell 8.7 Logaritmisk omkodet finansformue per forbruksenhet, betinget av helse og utvalgte kontrollvariabler¹, for menn med grunnskoleutdanning og menn med minst videregående utdanning, 16 år og eldre. Prosentforskjeller. Studenthusholdninger holdt utenfor

Variabel	Menn med grunnskole		Menn med videregående eller høyere utdanning	
	Prosent	T-verdi	Prosent	T-verdi
Egenvurdert helse				
God	-35	-2.70**	-16	-2.68**
Verken god eller dårlig	-45	-2.97**	-31	-3.27**
Dårlig/svært dårlig	-34	-1.41	-42	-2.87**
Svært god (ref.)	.	.	.	.
Begrensninger aktivitet				
Noe	-19	-0.93	1	0.10
Stor	-56	-3.02**	-4	-0.18
Ingen (ref.)	.	.	.	.
R ²	0.18		0.15	
N	556		2328	

*Signifikant på 5 prosent nivå, **signifikant på 1 prosent nivå. ¹Modellen har de samme variablene som i tabell 8.1, med unntak av utdanning.

Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

8.4. Selvrapportert økonomisk situasjon

Vi skal først se nærmere på hvordan antallet goder som de intervjuede oppgir at de mangler av økonomiske årsaker, varierer med helsetilstanden og ulike demografiske og sosiale kjennetegn. Tallet på goder, som er den avhengige variabelen i analysen, varierer mellom 0 og 16. Her inngår som tidligere nevnt seks materielle basisgoder, seks vanlige forbruksgoder og fire goder av mer sosial karakter, som å ha råd til en ukes ferie utenfor hjemmet.

Som tabell 8.8 viser, er det fortsatt en klar sammenheng mellom dårlig helse og risikoen for å mangle viktige goder, ved kontroll for demografiske kjennetegn, bosted og utdanningsnivå. For menn er det framfor alt det å være utsatt for store

aktivitetsbegrensninger som øker mangelen på goder, mens det blant kvinner er vurderingen av egen helse som dårlig eller svært dårlig.

Tabell 8.8 Antallet goder som mangler på grunn av økonomiske forhold, betinget av helse og utvalgte kontrollvariabler, for menn og kvinner 16 år og eldre. Estimater i lineær regresjon. Studenthusholdninger holdt utenfor

Variabel	Menn		Kvinner	
	Estimat	Standardfeil	Estimat	Standardfeil
Egenvurdert helse				
God	0.14**	0.05	0.13**	0.05
Verken god eller dårlig	0.40**	0.10	0.28**	0.09
Dårlig/svært dårlig	0.58**	0.20	0.92**	0.20
Svært god (ref.)	.	.	.	.
Begrensninger aktivitet				
Noe	0.37**	0.14	0.28**	0.11
Stor	1.12**	0.27	0.25	0.21
Ingen (ref.)	.	.	.	.
Alder				
Alder	0.015*	0.01	0.014	0.01
Alder kvadrert	-0.0002**	0.000	-0.0002**	0.000
Innvandring				
Innvandrere fra Asia mm.	1.10**	0.25	0.99**	0.25
Innvandrere fra Norden mm.	0.07	0.27	0.05	0.14
Andre	0.05	0.12	0.003	0.11
Ikke innvandrerbakgrunn (ref.)	.	.	.	.
Bosted				
Spredtbygde strøk	-0.13	0.08	-0.03	0.07
Tettbygde strøk <20 000 innb.	-0.07	0.08	-0.013	0.06
Tettbygde strøk 20-99 999 innb.	-0.02	0.09	0.13	0.09
Tettbygde strøk 100 000 innb.+ (ref.)	.	.	.	.
Utdanning				
Grunnskole	0.45**	0.08	0.44**	0.09
Videregående	0.14**	0.05	0.21**	0.06
Høgskole/universitet lavere nivå	0.06	0.05	0.04	0.05
Høgskole/universitet høyere nivå (ref.)	.	.	.	.
R ²	0.19		0.13	
N	2975		2826	

*Signifikant på 5 prosent nivå, **signifikant på 1 prosent nivå. ¹Uoppgitt utdanningsnivå inngår i regresjonsmodellen som egen kategori, men er ikke vist i tabellen

Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

I en utvidet modell, med familiesituasjon og tilknytning til arbeidsmarkedet, slår både det å være enslig og arbeidsledig kraftig ut. Å ha en ektefelle eller samboer reduserer risikoen for å mangle ett eller flere av godene, framfor alt blant kvinner, mens arbeidsledighet øker risikoen. Den samme økning i risiko ser vi blant dem som står utenfor arbeidsmarkedet. Sammenhengen med helse reduseres til dels betydelig i denne utvidede modellen, både for menn og kvinner, men er fortsatt til stede og signifikant for begge kjønn (tall ikke vist).

Igjen er det, når vi ser på interaksjonseffektene med partnerstatus (gift/samboende eller ikke) slik at sammenhengene jevnt over sterkere blant enslige enn blant dem som har en samlivspartner. Enslige menn og kvinner som vurderer helsa som dårlig eller svært dårlig gir i større grad uttrykk for at de mangler viktige goder enn gifte/samboende i samme situasjon. For menn er denne interaksjonen signifikant på 10 prosent nivå, mens den er signifikant på 5 prosent nivå blant kvinner (tall ikke vist).

Blant menn er det også for denne indikatoren en interaksjon med utdanningsnivå. Helserelaterte aktivitetsbegrensninger er sterkere forbundet med tilgangen til ulike goder blant menn med grunnskoleutdanning enn blant menn med høyere utdanning. Sammenhengene er sterke; menn med grunnskoleutdanning og store aktivitetsbegrensninger mangler nesten 2 (1.86) flere goder enn menn uten aktivitetsbegrensninger og samme utdanningsnivå (tall ikke vist). Blant kvinner er det ingen tilsvarende mønstre.

Vansker med å få «endene til å møtes»

I Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017 blir deltakerne som tidligere vist spurt om hvor lett eller vanskelig det er å få «endene til å møtes» med den samlede inntekten i husholdningen. I det følgende skal jeg først se nærmere på hvordan andelen som oppgir at det er «forholdsvis vanskelig», «vanskelig» eller «svært vanskelig» å få endene til å møtes korrelerer med helsetilstanden, når det kontrolleres for demografiske egenskaper og andre mulige påvirkninger. Siden dette er en dikotom variabel, er analysemetoden logistisk regresjon.

I tabell 8.9 er resultatene fra en modell som bare kontrollerer for demografi, bosted og utdanningsnivå gjengitt. I tabell 8.10 inkluderes også kontroller for familiesituasjon (gift/samboende, barn) og tilknytningen til arbeidsmarkedet. Tabellene viser en tydelig sammenheng mellom helseproblemer og vansker med å få pengene til å strekke til, selv ved kontroll for de nevnte variablene. Effektene er vel så store som kjente risikofaktorer som arbeidsledighet og lav utdanning. Det er noen kjønnsforskjeller. Blant menn er det framfor alt store aktivitetsbegrensninger i hverdagen som slår ut på større risiko for vansker med å få pengene til å strekke til. For kvinner har ikke aktivitetsbegrensninger i seg selv særlig betydning, her er det vurderingen av egen helse som dårlig som gir sterkest utslag.

Tabell 8.9 Andel som synes det er forholdsvis vanskelig, vanskelig eller svært vanskelig å få endene til å møtes, betinget av helse og utvalgte kontrollvariabler, for menn og kvinner 16 år og eldre. Estimer (odds ratio) i logistisk regresjon. Studenthusholdninger er holdt utenfor

Variabel	Menn		Kvinner	
	Oddsratio	Standardfeil	Oddsratio	Standardfeil
Egenvurdert helse				
God	1.41	0.18	1.52*	0.16
Verken god eller dårlig	2.49**	0.22	1.93**	0.23
Dårlig/svært dårlig	2.28**	0.32	3.76**	0.30
Svært god (ref.)	.	.	.	.
Begrensninger aktivitet				
Noe	1.93**	0.22	1.47	0.20
Stor	5.47**	0.28	1.39	0.32
Ingen (ref.)	.	.	.	.
Alder	1.08**	0.023	1.01	0.03
Alder kvadrert	-0.999**	0.00	1.00*	0.00
Innvandring				
Innvandrere fra Asia mm.	5.60**	0.23	2.86**	0.24
Innvandrere fra Norden mm.	1.80	0.36	1.48	0.34
Andre	0.66	0.37	1.19	0.26
Ikke innvandrerbakgrunn (ref.)	.	.	.	.
Bosted				
Spredtbygde strøk	0.89	0.20	1.06	0.19
Tettbygde strøk <20 000 innb.	1.02	0.17	1.32	0.16
Tettbygde strøk 20-99 999 innb.	1.06	0.22	1.37	0.20
Tettbygde strøk 100 000 innb.+ (ref.)	.	.	.	.
Utdanning¹				
Grunnskole	3.27**	0.28	2.42**	0.26
Videregående	1.89*	0.27	1.94**	0.24
Høgskole/universitet lavere nivå	1.15	0.29	1.25	0.25
Høgskole/universitet høyere nivå (ref.)	.	.	.	.
R ²	0.13		0.09	
N	2982		2836	

*Signifikant på 5 prosent nivå, **signifikant på 1 prosent nivå. ¹Uoppgitt utdanningsnivå inngår i regresjonsmodellen som egen kategori, men er ikke vist i tabellen

Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

Tabell 8.10 Andel som synes det er forholdsvis vanskelig, vanskelig eller svært vanskelig å få endene til å møtes, betinget av helse, kontrollvariabler, familiesituasjon og status på arbeidsmarkedet, for menn og kvinner 16 år og eldre. Estimater (odds ratio) i logistisk regresjon Studenthusholdninger holdt utenfor

Variabel	Menn		Kvinner	
	Oddsratio	Standardfeil	Oddsratio	Standardfeil
Egenvurdert helse				
God	1.39	0.18	1.51*	0.16
Verken god eller dårlig	2.39**	0.23	1.67*	0.25
Dårlig/svært dårlig	1.59	0.35	2.82**	0.31
Svært god (ref.)	.	.	.	.
Begrensninger aktivitet				
Noe	1.66*	0.22	1.44	0.21
Stor	4.36**	0.30	1.27	0.32
Ingen (ref.)	.	.	.	.
Alder	1.17**	0.03	1.06*	0.03
Alder kvadrert	0.998**	0.00	0.999**	0.00
Innvandring				
Innvandrere fra Asia mm.	5.51**	0.23	2.58**	-4.58**
Innvandrere fra Norden mm.	2.00	0.36	1.66	-2.67**
Andre	0.69	0.37	1.21	0.33
Ikke innvandrerbakgrunn (ref.)	.	.	.	.
Bosted				
Spredtbygde strøk	0.89	0.20	1.24	0.20
Tettbygde strøk <20 000 innb.	1.04	0.17	1.46*	0.17
Tettbygde strøk 20-99 999 innb.	1.06	0.23	1.37	0.20
Tettbygde strøk 100 000 innb.+ (ref.)	.	.	.	.
Utdanning¹				
Grunnskole	2.26**	0.29	1.85*	0.27
Videregående	1.69	0.27	1.66*	0.25
Høgskole/universitet lavere nivå	1.08	0.29	1.21	0.25
Høgskole/universitet høyere nivå (ref.)	.	.	.	.
Familiesituasjon				
Gift/samboende	0.47**	0.18	0.22**	0.16
Barn 0-17 år	1.39	0.19	2.16**	0.16
Arbeidsmarkedet				
Yrkesaktiv deltid	2.01	0.40	1.36	0.23
Arbeidsledig	2.56**	0.32	3.54**	0.30
Utenfor arbeidsmarkedet	2.89**	0.21	1.58*	0.20
Yrkesaktiv heltid (ref.)	.	.	.	.
R ²	0.15		0.14	
N	2982		2836	

*Signifikant på 5 prosent nivå, **signifikant på 1 prosent nivå. ¹Uoppgitt utdanningsnivå inngår i regresjonsmodellen som egen kategori, men er ikke vist i tabellen

Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

Eller ser vi som forventet at innvandringsbakgrunn fra Asia, Afrika etc. gir større risiko for økonomiske vansker, det samme gjelder lavt utdanningsnivå. Ved kontroll for familiesituasjon og arbeidsmarkedstilknytning reduseres betydningen av helsetilstanden noe. Blant menn er det ikke lenger noen signifikant sammenheng med dårlig/svært dårlig egenvurdert helse (tabell 8.10).

Hovedkonklusjonen om en tydelig sammenheng mellom helse og økonomiske vansker står likevel fast. Ifølge tabell 8.10 er både det å være enslig, arbeidsledig og å stå utenfor arbeidslivet forbundet med større risiko for økonomiske vansker. Å være enslig betyr særlig mye for kvinners økonomiske situasjon.

Interaksjoner

Sammenhengen mellom helsetilstand og en opplevelse av at det er vanskelig å få pengene til å strekke til, er forholdsvis lik når personer med og uten samlivspartner sammenlignes. Blant menn uten en partner er imidlertid sammenhengen noe mer uttalt. Interaksjonen med utdanningsnivå er sterkere. Aktivitetsbegrensninger på grunn av helseproblemer korrelerer langt sterkere med økonomiske vansker blant menn med grunnskoleutdanning enn for andre menn (tabell 8.11). På den annen side er det også tendenser til at dårlig egenvurdert helse er sterkere knyttet til økonomiske problemer blant dem som har høyere utdanning.

For kvinner er det også forskjeller mellom utdanningsgruppene. Blant de grunnskoleutdannede er korrelasjonen mellom dårlig egenvurdert helse og økonomiske vansker særlig sterk (tall ikke vist).

Det er utfordringer knyttet til å sammenligne resultatene av forskjellige modeller i logistisk regresjon, og tolke samspillseffekter, se [Mood \(2010\)](#). Et alternativ er å gjøre en lineær regresjonsanalyse med graden av økonomiske vansker som avhengig variabel (fra 1: «svært vanskelig» til 6: «svært lett»). En slik analyse viser signifikante samspillseffekter mellom utdanningsnivå og helse blant menn, i tråd med det som er vist i tabell 8.11, mens det ikke er signifikante effekter for kvinner. Blant menn er det bare forskjellene som berører begrensninger i hverdagsaktiviteten som er signifikante (tall ikke vist). For menn er også en av samspillseffektene med partnerstatus signifikant på 5 prosent nivå («dårlig» eller «svært dårlig» helse).

Tabell 8.11 Andel som synes det er forholdsvis vanskelig, vanskelig eller svært vanskelig å få endene til å møtes, betinget av helse, kontrollvariabler, familiesituasjon og status på arbeidsmarkedet, for menn 16+ år. Estimer (odds ratio) i logistisk regresjon. Studenthusholdninger holdt utenfor

Variabel	Menn med grunnskole		Menn med videregående eller høyere utdanning	
	Oddsratio	Standardfeil	Oddsratio	Standardfeil
Egenvurdert helse				
God	1.37	0.33	1.62*	0.22
Verken god eller dårlig	2.08	0.40	3.13**	0.27
Dårlig/svært dårlig	1.57	0.56	4.62**	9.39
Svært god (ref.)	.	.	.	.
Begrensninger aktivitet				
Noe	3.69**	0.38	1.22	0.29
Stor	12.48**	0.48	3.27**	0.38
Ingen (ref.)	.	.	.	.
R ²	0.24		0.06	
N	571		2355	

*Signifikant på 5 prosent nivå, **signifikant på 1 prosent nivå. ¹Modellen har de samme variablene som i tabell 8.1, med unntak av utdanning.

Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

8.5. Hva økonomiske ressurser betyr for selvrapportert økonomi

Hva betyr de økonomiske ressursene, i form av inntekt og finansformue, for selvrapporterte økonomiske problemer, og er det slik at økonomiske ressurser betyr ekstra mye for dem som har dårlig helse?

I tabell 8.12 gjentar vi analysen som ble vist i tabell 8.8, men denne gang inkluderer analysen mål på inntekt og finansformue per forbruksenhet, inndelt i kvintiler. Den rikeste kvintilen er angitt som referansekategori. Som forventet er det en klar sammenheng mellom økonomiske ressurser og hvor mange goder husholdningen/personen mangler av økonomiske grunner. Lav inntekt og formue er uavhengig av hverandre forbundet med slike mangler, og styrken på sammenhengene ser ut til å være omtrent den samme. Det er først og fremst det å tilhøre laveste kvintil som øker risikoen for å mangle viktige goder, enten det er snakk om inntekt eller formue. Men selv når det kontrolleres for inntekt og formue, gjenstår betydelige effekter av egenvurdert helse og aktivitetsbegrensninger. Styrken på sammenhengene er riktignok redusert (jf. tabell 8.8), men mindre enn forventet. Særlig sterke utslag er det av å ha store aktivitetsbegrensninger på grunn av sykdom blant menn, og av å vurdere helsa som dårlig/svært dårlig blant kvinner.

At helsa fortsatt slår ut, kan skyldes flere forhold. For det første kan nedsatt helsetilstand innebære økte kostnader, jf. hvor mange som opplever helseutgiftene som en økonomisk belastning. For det andre er de økonomiske ressursene målt for

inntektsåret før intervjuet ble gjort. Helsen kan ha endret seg til, både til det verre eller det bedre, sammenlignet med året før. For det tredje er både vurderingen av helsetilstanden, og av de økonomiske manglene, basert på de intervjuedes egen bedømmelse. Tendenser til optimisme og pessimisme, «svartsyn», nevrotiske personlighetstrekk mm., kan tenkes å påvirke begge typene vurderinger.

Hvis vi i tillegg også kontrollerer for familiesituasjon og tilknytningen til arbeidsmarkedet, slik som i tabell 8.2, reduseres sammenhengene med helse ytterligere. Fortsatt er imidlertid de fleste sammenhengene statistisk signifikante. Både arbeidsledighet og det å stå utenfor arbeidsmarkedet er forbundet med større økonomiske problemer, uavhengig av inntekt og formue året før intervjuet. Å ha en samlivspartner reduserer sjansen for slike problemer, særlig blant kvinner (tall ikke vist).

Vi har også sett på spørsmålet om hvor lett eller vanskelig det er å få endene til å strekke til, og hvordan svarene her påvirkes av inntekt og formue, i en logistisk regresjonsanalyse. Den avhengige variabelen er, som i tabell 8.9, andelen som synes det er forholdsvis vanskelig, vanskelig eller svært vanskelig å få endene til å møtes med husholdningens samlede inntekt. Analysen gir i hovedsak det samme bildet som analysen i tabell 8.12 (tall ikke vist). Sammenhengene med helse reduseres når det kontrolleres for økonomiske ressurser, men i dette tilfellet noe sterkere enn i tabell 8.12. Blant kvinner er det bare sammenhengen mellom økonomiske vansker og vurderingen av helsen som dårlig eller svært dårlig som fortsatt er statistisk signifikant. Blant menn har store aktivitetsbegrensninger på grunn av helseproblemer fremdeles en betydelig effekt når det tas hensyn til inntekt og finansformue.

Det virker rimelig å anta at sammenhengen mellom helse og økonomiske vansker vil variere med tilgangen på økonomiske ressurser. De som i utgangspunktet har få ressurser, vil være mere sårbare for de negative økonomiske virkningene av redusert helse. De har mindre å gå på når helsen blir dårlig. Dette bekreftes i en analyse av antallet goder som husholdningene/personene mangler på grunn av økonomiske forhold. Blant menn som har relativt små ressurser (tilhører de to laveste kvartilene både for inntekt og finansformue) er det sterke utslag av dårlig helse og av store aktivitetsbegrensninger. Blant menn med større ressurser er det derimot, med ett unntak, ingen statistisk signifikante sammenhenger mellom helse og mangelen på forskjellige goder (tabell 8.13). Interaksjonseffektene er signifikante på 5 prosent nivå, med unntak av å ha noen aktivitetsbegrensninger og vurdere helsen som dårlig eller svært dårlig. Interaksjonseffektene er også tilstede blant kvinner; sammenhengen mellom helse og manglende goder er gjennomgående sterkere blant dem som har få ressurser. To av fem interaksjoner med helse er signifikante på 5 prosent nivå (tall ikke vist).

Tabell 8.12 Antallet goder som mangler på grunn av økonomiske forhold, betinget av helse, økonomiske ressurser og utvalgte kontrollvariabler¹, for menn og kvinner 16 år og eldre. Estimater i lineær regresjon. Studenthusholdninger holdt utenfor

Variabel	Menn		Kvinner	
	Estimat	Standardfeil	Estimat	Standardfeil
Egenvurdert helse				
God	0.06	0.05	0.08	0.05
Verken god eller dårlig	0.24*	0.09	0.16	0.09
Dårlig	0.47*	0.20	0.71**	0.18
Svært god (ref.)	.	.	.	.
Begrensninger aktivitet				
Noe	0.29*	0.13	0.25**	0.10
Stor	0.92**	0.26	0.17	0.19
Ingen (ref.)	.	.	.	.
Inntekt				
1. kvintil	0.82**	0.15	1.03**	0.13
2. kvintil	0.29**	0.08	0.39**	0.07
3. kvintil	0.06	0.05	0.06	0.05
4. kvintil	-0.01	0.04	-0.02	0.03
5. kvintil (ref.)	.	.	.	.
Formue				
1. kvintil	0.80**	0.12	0.83**	0.12
2. kvintil	0.10	0.06	0.14*	0.06
3. kvintil	0.06	0.05	-0.03	0.04
4. kvintil	-0.01	0.04	-0.00	0.04
5. Kvintil	.	.	.	.
R ²	0.27		0.26	
N	2975		2826	

*Signifikant på 5 prosent nivå, **signifikant på 1 prosent nivå. ¹I tillegg til helse, inntekt og formue inngår de samme variablene som i tabell 8.1, men disse er ikke vist i tabellen

Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

Tabell 8.13 Antallet goder som mangler på grunn av økonomiske forhold, betinget av helse og utvalgte kontrollvariabler¹, blant menn, 16 år og eldre, i to grupper for inntekt og formue. Estimater i lineær regresjon. Studenthusholdninger holdt utenfor

Variabel	Tilhører de to laveste kvintilene for både inntekt og formue		Tilhører kvintil tre eller høyere for inntekt og/eller formue	
	Estimat	Standardfeil	Estimat	Standardfeil
Konstant	-1.16	0.88	-0.15	0.15
Egenvurdert helse				
God	0.56*	0.25	0.02	0.04
Verken god eller dårlig	1.25**	0.39	0.11	0.07
Dårlig	1.21*	0.54	0.32	0.19
Svært god (ref.)	.	.	.	.
Begrensninger aktivitet				
Noe	0.67	0.43	0.24	0.13
Stor	1.91**	0.63	0.43*	0.22
Ingen (ref.)	.	.	.	.
R ²	0.20		0.11	
N	400		2575	

*Signifikant på 5 prosent nivå, **signifikant på 1 prosent nivå. ¹I tillegg til helse inngår de samme variablene som i tabell 8.1, men disse er ikke vist i tabellen

Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

Det er også lignende forskjeller i vurderingene av hvor vanskelig det er å få inntekten til å strekke til («få endene til å møtes»). Forskjellene mellom grupper med ulik størrelse på de økonomiske ressursene har samme retning som i tabell 8.13, men ingen av interaksjonene mellom økonomiske ressurser og helse er signifikante på 5 prosent nivå¹².

¹² Dette er konklusjoner basert på en analyse der svarene på hvor lett det er å få endene til å møtes brukes som en kontinuerlig variabel, med verdier fra 1 til 6, og der det innføres interaksjoner mellom helsevariablene og en todelt variabel for økonomiske ressurser, tilsvarende fordelingen i tabell 8.13. To av interaksjonseffektene er signifikante på 10 prosent nivå blant menn, det samme gjelder en av effektene blant kvinner. Alle tre viser sterkere samvariasjon mellom helse og en vanskelig økonomi blant dem med færrest ressurser.

9. Multivariat analyse, med helse og livskvalitet som avhengige variabler

9.1. Innledning

Vi skal nå gå over til å studere helse som en avhengig variabel, altså som en egenskap som vi antar kan bli påvirket av inntekt, formue og andre økonomiske omstendigheter. I denne analysen velger vi, for å redusere kompleksiteten og unngå separate analyser for hver helseindikator, å konstruere en indeks for helse som de antatte påvirkningsfaktorene kan ses i forhold til.

Indeksen er satt sammen av tre deler. For det første egenvurdert helse, med verdier fra 0 (svært dårlig helse) til 4 (svært god helse). For det andre om en person har langvarige sykdommer, funksjonshemminger eller andre helseproblemer, og om disse medfører aktivitetsbegrensninger i hverdagen. Denne delindeksen får dermed verdier som varierer fra 0 (har helseproblemer som medfører store aktivitetsbegrensninger) til 3 (ingen helseproblemer). Den tredje delindeksen er basert på spørsmålet om hyppigheten av konsultasjoner med allmennlege eller legevakt i løpet av de siste 12 måneder. Denne variabelen har fire verdier, fra 0 (mer enn 10 konsultasjoner), til 3 (0-1 konsultasjon). Hele indeksen varierer dermed teoretisk mellom 0, som representerer dårligst mulig helse, opp til 10, som er maksimalt god helse. I praksis er det ingen som skårer så dårlig som 0. En prosent har verdien 1, 43 prosent har verdien 9 eller 10. Cronbach's alpha er 0.72 for menn og 0.73 for kvinner. Antallet legekontakter korrelerer minst med den totale indeksen. Det er ikke helt uproblematisk å ta inn antallet legekontakter i indeksen. Noen personer kan oppsøke lege hyppig selv om de ikke har alvorlige helseproblemer, for eksempel i forbindelse med graviditet, og andre oppsøker ikke lege selv om de sliter med dårlig helse. Vi mener likevel at antallet legekontakter er et nyttig ledd i indeksen, både fordi det gir en større variasjonsbredde og fordi det er et noe mer objektivt mål enn de andre egenskapene. Det viser seg også at hovedkonklusjonene blir de samme, om vi som alternativ bruker en enklere indeks der legekontaktene er tatt ut.

Den analytiske strategien er som følger: I den første modellen kontrolleres det for grunnleggende demografiske, geografiske og sosiale bakgrunnskjennetegn. Disse er alder (kontinuerlig og kvadrert), bostedsstrøk, utdanningsnivå, familiesituasjon (om personen er gift eller samboende, har barn), arbeidsmarkedstilknytning, samt inntekt og finansformue per forbruksenhet. Indikatorene på økonomiske ressurser er inndelt i kvintiler, med høyeste kvintil som referansekategori. Siden høyere verdier på indeksen indikerer bedre helse, vil med andre ord negative verdier innebære at personer i de lavere kvintilene har dårligere helse. Analysen gjøres, som i det foregående, for menn og kvinner hver for seg.

I den andre modellen tas det inn noen egenskaper som vi antar kan formidle og forklare effekten av inntekt og formue på helse (jf. figur 5.3). Det er for det første mangelen på forskjellige goder som husholdningen eller personen ikke har tilgang til av økonomiske grunner. Her har vi valgt å bruke tredelingen mellom grunnleggende goder, forbruksgoder og sosiale goder, siden disse godene kan ha forskjellig påvirkningskraft på helse. Som tidligere nevnt, er det grunn til å tro at de grunnleggende godene, slik som å kunne spise kjøtt eller fisk til middag og å gå til tannlege ved behov, har særlig betydning for god helse. Som vi skal se blir dette delvis bekreftet i analysen. Disse indeksene har tre verdier, avhengig av hvor mange goder som mangler: 0, 1 og 2+. For det andre tar vi inn tre helserelevante egenskaper ved boligen og bomiljøet. Alle tre er dikotome (0-1) variabler. Problemer med råte eller fukt i boligen kan blant annet skape luftveisproblemer. Støy fra naboer eller annen støy utenfra, og støv, lukt eller annen forurensning

rundt boligen, kan også tenkes å påvirke beboernes fysiske eller mentale helse. Det samme gjelder problemer med kriminalitet, vold eller hærverk i boområdet. Gode økonomiske ressurser gjør det lettere å kjøpe seg ut av denne typen problemer. For det tredje tar vi også inn et mål på opplevde økonomiske vansker, nærmere bestemt hvor lett eller vanskelig det er å få pengene til å strekke til («endene til å møtes») med husholdningens inntekter. Her skiller vi mellom dem som synes dette er vanskelig/svært vanskelig, forholdsvis vanskelig og forholdsvis lett. Referanse-kategorien er andelen som synes det er lett eller svært lett å få endene til å møtes. Dette er så nært vi kommer et mål på «økonomisk stress».

I den tredje og siste modellen tas det inn noen variabler som representerer to andre viktige påvirkningsfaktorer for helse: sosial kapital og helseatferd/livsstil. Den første er tillit til andre, som er satt sammen av svarene på to spørsmål, som begge varierer mellom 0 og 10. Ett av dem spør om respondenten stort sett vil «...si at folk flest er til å stole på, eller at en ikke kan være for forsiktig når en har med andre å gjøre?», og et annet om respondenten tror «...at folk flest vil prøve å utnytte deg hvis de fikk sjansen, eller vil de prøve å behandle deg rimelig og rettferdig?». Tillitsvariabelen som inngår er et gjennomsnitt av de to spørsmålene, høyere verdier indikerer sterkere tillit. To andre indikatorer på sosial kapital inngår også: Om en person har familie eller venner som vedkommende kan spørre om å få låne en mindre sum penger for å dekke en uforutsett utgift, og om en person har familie, venner eller naboer som han eller hun kan spørre om hjelp til å utføre vedlikehold eller reparasjoner på boligen. Begge disse inngår som dikotome (0-1)-variabler. I levekårsundersøkelsen inngår også en rekke andre indikatorer på tilgangen til ulike typer hjelp, ikke minst å kunne spørre noen om råd i forskjellige situasjoner, blant annet angående helseproblemer eller sykdom. Ingen av disse variablene hadde imidlertid noen samvariasjon med helse når de ble tatt inn i analysemodellene.

Når det gjelder helseatferd og livsstil, er det lite informasjon om dette i EU-SILC 2017. Det er to spørsmål om kosthold (hvor ofte den intervjuede spiser frukt og bær, og grønnsaker eller salat) og ett om fysisk aktivitet på fritiden. Av disse er det bare fysisk aktivitet som har signifikant effekt, og som derfor er beholdt i modellen. Spørsmålet er formulert slik: «I løpet av en vanlig uke, hvor mye tid til sammen holder du på med fysisk aktivitet på fritiden som gir økt puls og som får deg til å puste fortere i minst 10 minutter sammenhengende?» Aktiviteten er delt inn i fire dummyvariabler: Mindre enn en time, mellom 1 og 3 timer, mellom 3 og 5 timer, og mer enn 5 timer (300 minutter) per uke. Sistnevnte er referansekategori. Liten fysisk aktivitet er en selvstendig risikofaktor for å utvikle dårlig helse.¹³

9.2. Helse

Tabell 9.1 og 9.2 viser resultatene av de tre analysene av helseindeksen, for henholdsvis menn og kvinner. Grunnmodellen, lengst til venstre i tabellene, viser tydelige sammenhenger mellom inntekt og helse. De to rikeste kvintilene har best helse, uavhengig av utdanning, familieforhold, arbeidsmarkedstilknytning og demografiske kjennetegn. Finansformue spiller også inn, selv ved kontroll for inntekt. Både blant menn og kvinner har de som tilhører den laveste formueskvintilen dårligere helse enn de som har mest formue. For kvinner ser det ut til at helsa blir jevnt bedre med økende formue, mens det for menn er de minst formuende som skiller seg ut. Vi ser ellers at arbeidsmarkedstilknytningen har mye å si; både arbeidsledighet og det å stå utenfor arbeidslivet er forbundet med langt dårligere helse, særlig for kvinner. Blant kvinner er det også en overraskende sterk sammenheng med deltidsarbeid.

¹³ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/fysisk-aktivitet/#forskjellar-i-befolkninga>, lest 28.02.2020

I neste modell tar vi inn faktorer som vi antar kan forklare hvorfor de økonomiske ressursene er forbundet med dårligere helse, gitt at inntekt og formue faktisk påvirker helsa via kausale mekanismer (jf. kapittel 4 og 5). Vi forventer med andre ord at mye av sammenhengen med inntekt og formue forsvinner i denne modellen. Dette får vi bekreftet blant personene med lavest inntekt og formue, som ikke lenger skiller seg signifikant fra de rikeste i modell 2. Men fremdeles har menn som tilhører andre og tredje inntektskvintil, og kvinner fra tredje kvintil, dårligere helse. Blant kvinner er det fortsatt en effekt av å tilhøre andre og tredje formueskvintil, sammenlignet med de mest formuende.

Det er særlig det å mangle goder av forskjellig art som slår ut på helsetilstanden. Som forventet er sammenhengen sterkest med hensyn på de grunnleggende godene. De «sosiale» godene har også betydning, slik som å kunne ta en ukes ferie utenfor hjemmet og ha mulighet til å gå ut med familie eller venner. Mangelen på vanlige forbrugsgoder som bil og pc ser derimot ut til å ha mindre å si. Helse- og risikoer i bomiljøet gir et visst utslag – både blant menn og kvinner er problemer med støy eller forurensning forbundet med redusert helse. For menn er det også klare negative utslag av problemer med råte eller fukt i boligen, og av kriminalitet, vold eller hærverk i boområdet. Kontrollert for mangelen på forskjellige goder, og problemer knyttet til bolig og bomiljø, har vurderingen av husholdningens økonomi i seg selv lite å si til helsetilstanden, selv om utslaget som forventet er i negativ retning. Den eneste signifikante forskjellen er mellom de som synes det er «forholdsvis lett» og de som mener det er «lett eller svært lett» å få endene til å møtes.

I den tredje og siste modellen tar vi inn noen utvalgte indikatorer på sosial kapital og helseatferd. Det er tydelige effekter av tillit til andre og av fysisk aktivitet. Jo mer tillit, og jo mer fysisk aktivitet på fritiden, jo bedre er helsa. For begge disse indikatorene, særlig den sistnevnte, er det grunn til å tro at årsaksretningen går begge veier. Fysisk aktivitet kan utvilsomt gi bedre helse, men helseproblemer kan også redusere mulighetene for å være fysisk aktiv. De andre indikatorene på sosial kapital har gjennomgående ingen statistisk signifikante effekter, selv om utslagene er i den forventede retningen. Unntaket er å mangle hjelp til vedlikehold og reparasjoner i boligen; for menn er effekten av dette signifikant, men utslaget er positivt, altså forbundet med bedre helse.

Effekten av de økonomiske ressursene reduseres litt, men ikke særlig mye, i den siste modellen, som indikerer at sosial kapital og fysisk aktivitet ikke formidler så mye av denne sammenhengen.inntekt har fremdeles en viss sammenheng med helse for menn, og med formue blant kvinner, i den siste modellen. Derimot kan vi se at sammenhengen mellom helse og utdanning svekkes, og ikke lenger er signifikant blant kvinner.

Tabell 9.1 Indeks for helse (0-10), betinget av inntekt, formue og andre variabler.¹ Estimater i lineær regresjon. Menn 16 år og eldre

	Estimat	Standardfeil	Estimat	Standardfeil	Estimat	Standardfeil
Utdanning						
Grunnskole	-0.79**	0.13	-0.69**	0.12	-0.56**	0.12
Videregående	-0.43**	0.09	-0.44**	0.09	-0.39**	0.09
Høgskole-/ universitet, lavere nivå	-0.27**	0.10	-0.25**	0.09	-0.28**	0.09
Høgskole-/universitet, høyere nivå (ref.)	.	.	.	.	.	.
Inntekt						
1. kvintil	-0.56**	0.17	-0.19	0.17	-0.12	0.17
2. kvintil	-0.59**	0.12	-0.40**	0.12	-0.32**	0.12
3. kvintil	-0.33**	0.11	-0.23*	0.10	-0.21*	0.10
4. kvintil	-0.07	0.09	-0.05	0.09	-0.02	0.09
5.kvintil (ref.)	.	.	.	.	.	.
Formue						
1. kvintil	-0.46**	0.13	-0.11	0.13	-0.10	0.13
2. kvintil	-0.20	0.12	-0.10	0.12	-0.05	0.11
3. kvintil	-0.14	0.11	-0.07	0.10	-0.07	0.10
4. kvintil	0.02	0.10	0.05	0.10	0.08	0.10
5. kvintil (ref.)	.	.	.	.	.	.
Familiesituasjon						
Gift/samboende	0.10	0.09	0.09	0.09	0.08	0.09
Har barn	0.12	0.10	0.10	0.09	0.09	0.09
Arbeidsmarked						
Yrkesaktiv deltid	-0.30	0.21	-0.26	0.22	-0.22	0.22
Arbeidsledig	-0.70*	0.28	-0.42	0.31	-0.48	0.32
Utenfor arbeidslivet	-1.05**	0.14	-0.91**	0.13	-0.94**	0.13
Yrkesaktiv heltid (ref.)	.	.	.	.	.	.
Mangler goder						
Grunnleggende	.	.	-0.58**	0.17	-0.50**	0.17
Forbruk	.	.	0.18	0.20	0.12	0.20
Sosiale	.	.	-0.48**	0.16	-0.44**	0.16
Vurdering av økonomien						
Vanskelig	.	.	-0.23	0.28	-0.23	0.29
Forholdsvis vanskelig	.	.	-0.29	0.19	-0.25	0.19
Forholdsvis lett	.	.	-0.24**	0.08	-0.19*	0.08
Lett (ref.)	.	.	.	.	.	.
Bolig og bomiljø						
Råte/fukt i bolig	.	.	-0.61**	0.19	-0.63**	0.18
Støy-/forurensning	.	.	-0.47**	0.12	-0.43**	0.11
Kriminalitet	.	.	-0.52*	0.21	-0.51*	0.21
Sosial kapital						
Ikke få lån	.	.	.	.	-0.21	0.14
Ikke hjelp til vedlikehold	.	.	.	.	0.28*	0.13
Tillit til andre	.	.	.	.	0.11**	0.02
Fysisk aktivitet per uke						
< 1 time	.	.	.	.	-0.66**	0.10
1-3 timer	.	.	.	.	-0.39**	0.09
>3 opp til 5 timer	.	.	.	.	-0.10	0.10
>5 timer per uke (ref.)	.	.	.	.	.	.
R ²	0.17		0.23		0.26	
Antall som svarte	3029		2967		2909	

¹Signifikant på 5 prosent nivå, **signifikant på 1 prosent nivå. ¹I tillegg til variablene som er vist i tabellen inngår også alder og bostedsstrøk i alle modeller, samt egen kategori for uoppgitt utdanning

Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

Tabell 9.2 Indeks for helse (0-10), betinget av inntekt, formue og andre variabler.¹ Estimater i lineær regresjon. Kvinner 16 år og eldre

	Estimat	Standardfeil	Estimat	Standardfeil	Estimat	Standardfeil
Utdanning						
Grunnskole	-0.43**	0.16	-0.39**	0.15	-0.23	0.15
Videregående	-0.27*	0.12	-0.26*	0.12	-0.17	0.12
Høgskole-/universitet lavere nivå	-0.16	0.11	-0.14	0.11	-0.11	0.11
Høgskole-/universitet høyere nivå (ref.)	.	.	.	.	.	.
Inntekt						
1. kvintil	-0.45*	0.18	-0.09	0.19	0.05	0.19
2. kvintil	-0.43**	0.14	-0.22	0.14	-0.18	0.14
3. kvintil	-0.33**	0.12	-0.25*	0.12	-0.23	0.12
4. kvintil	-0.01	0.11	-0.02	0.11	-0.02	0.11
5.kvintil (ref.)	.	.	.	.	.	.
Formue						
1. kvintil	-0.54**	0.16	-0.13	0.16	-0.11	0.16
2. kvintil	-0.55**	0.14	-0.38**	0.14	-0.38**	0.14
3. kvintil	-0.35**	0.13	-0.30*	0.13	-0.29*	0.13
4. kvintil	-0.25*	0.11	-0.21	0.12	-0.20	0.12
5. kvintil (ref.)	.	.	.	.	.	.
Familiesituasjon						
Gift/samboende	0.16	0.10	0.05	0.10	0.08	0.10
Har barn	-0.22*	0.10	-0.15	0.10	-0.15	0.10
Arbeidsmarked						
Yrkesaktiv deltid	-0.76**	0.15	-0.72**	0.15	-0.75**	0.15
Arbeidsledig	-1.07**	0.30	-0.60	0.33	-0.50	0.33
Utenfor arbeids-livet	-1.54**	0.13	-1.41**	0.13	-1.37**	0.13
Yrkesaktiv heltid (ref.)	.	.	.	.	.	.
Mangler goder						
Grunnleggende	.	.	-0.66**	0.17	-0.65**	0.17
Forbruk	.	.	-0.16	0.17	-0.14	0.16
Sosiale	.	.	-0.37**	0.14	-0.35*	0.14
Vurdering av økonomien						
Vanskelig	.	.	-0.07	0.28	0.01	0.27
Forholdsvis vanskelig	.	.	-0.10	0.17	0.03	0.17
Forholdsvis lett	.	.	-0.39**	0.09	-0.30**	0.09
Let (ref.)	.	.	.	.	.	.
Bolig og bomiljø						
Råte/fukt i bolig	.	.	0.01	0.18	0.07	0.18
Støy-/forurensning	.	.	-0.60**	0.12	-0.53**	0.12
Kriminalitet	.	.	0.06	0.23	-0.02	0.22
Sosial kapital						
Ikke få lån	.	.	.	.	-0.20	0.15
Ikke hjelp til vedlikehold	.	.	.	.	-0.24	0.14
Tillit til andre	.	.	.	.	0.13**	0.03
Fysisk aktivitet per uke						
< 1 time	.	.	.	.	-0.80**	0.13
1-3 timer	.	.	.	.	-0.32**	0.12
>3 opp til 5 timer	.	.	.	.	-0.08	0.13
>5 timer per uke (ref.)	.	.	.	.	.	.
R ²	0.16		0.20		0.23	
Antall som svarte	2858		2815		2751	

¹Signifikant på 5 prosent nivå, **signifikant på 1 prosent nivå. ¹⁾ tillegg til variablene som er vist i tabellen inngår også alder og bostedsstrøk, samt egen kategori for uoppgitt utdanning, i alle modeller

Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

9.3. Tilfredshet

I de to neste tabellene bruker vi i hovedsak de samme forklaringsvariablene som i tabell 9.1 og 9.2, men denne gang med subjektiv livskvalitet som avhengig variabel. I tabell 9.3 og 9.4 er det hvor fornøyd den enkelte er med livet, på en skala fra 0 til 10, som skal forklares. Den grunnleggende hypotesen er at økonomiske ressurser vil ha en sterkere sammenheng med subjektiv livskvalitet, målt på denne måten, enn med helse. Årsaken er, som vi tidligere har vært inne på, at hvor fornøyd en er med livet i større grad er følsomt for, og fanger opp, hvordan den økonomiske situasjonen er «her og nå». Helsetilstanden påvirkes mer av langsiktige, akkumulerte belastninger over livsløpet. Til en viss grad ser dette ut til

å bli bekreftet, men bare for menn (tabell 9.3). Tilfredsheten med livet synker jevnt med økende inntekt, og i motsetning til analysen av helse, består denne sammenhengen også i modell 3, selv om den er betydelig svakere enn i den første modellen. Sammenhengen med formue er derimot ganske lik for menn, mens blant kvinner er sammenhengen mellom tilfredshet og formue svak, og en langt fra like sterk forklaringsfaktor som for helse.

En annen slående forskjell er at opplevde økonomiske vansker (hvor vanskelig det er å få «endene til å møtes») har en langt sterkere sammenheng med tilfredshet enn med helse. Å oppleve det som vanskelig eller svært vanskelig å få endene til å møtes, er forbundet med mer enn et poengs lavere tilfredshet på 0-10 skalaen, sammenlignet med dem som synes det er lett eller svært lett. Det gjelder både menn og kvinner. Å mangle forskjellige typer goder har i dette tilfellet ingen effekt blant kvinner, mens det fortsatt betyr noe for menn. For menn har både mangelen på grunnleggende goder og forbruksgoder en viss betydning for tilfredsheten med livet, alt annet likt. Bolig og bomiljø har også en viss forklaringskraft. Støy og forurensning har sammenheng med lavere tilfredshet, både for menn og kvinner. I tillegg tenderer kriminalitet i boområdet til å redusere tilfredsheten (signifikant for menn i modell 2).

I modell 3, der det kontrolleres for sosial kapital og fysisk aktivitet, ser vi en sterk økning av forklaringskraften blant kvinner; den forklarte variansen (R^2) øker fra 14 til 21 prosent. Det er særlig den sterke sammenhengen mellom tilfredshet og tillit som forklarer dette. Men også det å ikke ha tilgang til noen som kan hjelpe med vedlikehold og reparasjoner reduserer tilfredsheten. Blant menn er sammenhengen mellom tilfredshet og tillit nesten like sterk, i tillegg til en liten, negativ effekt av å ikke ha muligheten til å låne en mindre sum penger ved behov. Fysisk aktivitet i fritiden gir et visst bidrag til høyere livskvalitet, men sammenhengen ser ut til å være svakere enn den var for helse.

Sammenhengen mellom de økonomiske indikatorene og tilfredsheten med livet er gjennomgående litt svakere i modell 3 enn i modell 2, som tyder på at sosial kapital og fysisk aktivitet formidler noe av økonomiens påvirkninger, gitt at det er snakk om en årsakssammenheng.

Tabell 9.3 Hvor fornøyd med livet (0-10), betinget av inntekt, formue og andre variabler.¹ Estimater i lineær regresjon. Menn 16 år og eldre. 2017

	Estimat	Standardfeil	Estimat	Standardfeil	Estimat	Standardfeil
Utdanning						
Grunnskole	0.18	0.11	0.29**	0.10	0.42**	0.10
Videregående	0.13	0.09	0.14	0.08	0.24**	0.08
Høgskole-/universitet lavere nivå	-0.01	0.09	0.01	0.08	0.05	0.08
Høgskole-/universitet høyere nivå (ref.)	.	.	.	.	.	.
Inntekt						
1. kvantil	-0.96**	0.16	-0.41**	0.14	-0.32*	0.14
2. kvantil	-0.62**	0.11	-0.35**	0.11	-0.28**	0.11
3. kvantil	-0.32**	0.09	-0.18*	0.09	-0.19*	0.08
4. kvantil	-0.22**	0.07	-0.18*	0.07	-0.15*	0.07
5.kvantil (ref.)	.	.	.	.	.	.
Formue						
1. kvantil	-0.50**	0.12	-0.03	0.12	0.01	0.11
2. kvantil	-0.18	0.10	-0.04	0.10	-0.03	0.09
3. kvantil	-0.09	0.09	0.01	0.09	0.00	0.09
4. kvantil	0.03	0.08	0.06	0.08	0.04	0.08
5. kvantil (ref.)	.	.	.	.	.	.
Familiesituasjon						
Gift/samboende	0.60**	0.08	0.55**	0.08	0.51**	0.08
Har barn	-0.05	0.08	-0.08	0.08	-0.08	0.07
Arbeidsmarked						
Yrkesaktiv deltid	-0.31	0.2	-0.23	0.19	-0.16	0.19
Arbeidsledig	-1.00**	0.22	-0.62**	0.23	-0.57*	0.22
Utenfor arbeidslivet	-0.58**	0.12	-0.34**	0.10	-0.35**	0.10
Yrkesaktiv heltid (ref.)	.	.	.	.	.	.
Mangler goder						
Grunnleggende	.	.	-0.49**	0.15	-0.40**	0.15
Forbruk	.	.	-0.34	0.17	-0.41*	0.17
Sosiale	.	.	-0.24	0.15	-0.08	0.15
Vurdering av økonomien						
Vanskelig	.	.	-1.05**	0.28	-1.03**	0.29
Forholdsvis vanskelig	.	.	-0.73**	0.16	-0.63**	0.16
Forholdsvis lett	.	.	-0.33**	0.07	-0.28**	0.06
Lett (ref.)	.	.	.	.	.	.
Bolig og bomiljø						
Råte/fukt i bolig	.	.	-0.12	0.10	-0.12	0.14
Støy-/forurensning	.	.	-0.29**	0.12	-0.24*	0.10
Kriminalitet	.	.	-0.45*	0.19	-0.32	0.18
Sosial kapital						
Ikke få lån	.	.	.	.	-0.24*	0.11
Ikke hjelp til vedlikehold	.	.	.	.	-0.12	0.12
Tillit til andre	.	.	.	.	0.20**	0.02
Fysisk aktivitet per uke						
< 1 time	.	.	.	.	-0.28**	0.09
1-3 timer	.	.	.	.	-0.20**	0.07
>3 opp til 5 timer	.	.	.	.	-0.08	0.08
>5 timer per uke (ref.)	.	.	.	.	.	.
R ²	0.14		0.25		0.29	
Antall som svarte	3026		2962		2913	

*Signifikant på 5 prosent nivå, **signifikant på 1 prosent nivå. ¹I tillegg til variablene som er vist i tabellen inngår også alder og bostedsstrøk i alle modeller

Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

Tabell 9.4 Hvor fornøyd med livet (0-10), betinget av inntekt, formue og andre variabler.¹ Estimer i lineær regresjon. Kvinner 16 år og eldre

	Estimat	Standardfeil	Estimat	Standardfeil	Estimat	Standardfeil
Utdanning						
Grunnskole	0.09	0.12	0.12	0.12	0.29*	0.12
Videregående	-0.03	0.10	-0.02	0.10	0.08	0.10
Høgskole-/universitet lavere nivå	-0.02	0.09	-0.00	0.09	0.02	0.09
Høgskole-/universitet høyere nivå (ref.)	.	.	.	.	.	.
Inntekt						
1. kvantil	-0.61**	0.14	-0.18	0.15	-0.04	0.14
2. kvantil	-0.36**	0.11	-0.16	0.11	-0.10	0.11
3. kvantil	-0.21*	0.09	-0.12	0.09	-0.09	0.09
4. kvantil	-0.00	0.08	-0.01	0.08	-0.00	0.08
5.kvantil (ref.)	.	.	.	.	.	.
Formue						
1. kvantil	-0.28*	0.14	0.11	0.13	0.10	0.13
2. kvantil	-0.13	0.11	0.01	0.11	-0.02	0.10
3. kvantil	-0.06	0.10	-0.03	0.10	-0.05	0.09
4. kvantil	-0.14	0.09	-0.13	0.09	-0.15	0.09
5. kvantil (ref.)	.	.	.	.	.	.
Familiesituasjon						
Gift/samboende	0.57**	0.08	0.42**	0.08	0.41**	0.08
Har barn	-0.06	0.09	0.00	0.08	-0.02	0.08
Arbeidsmarked						
Yrkesaktiv deltid	-0.13	0.11	-0.07	0.11	-0.12	0.11
Arbeidsledig	-0.96**	0.22	-0.50*	0.23	-0.35	0.23
Utenfor arbeids-livet	-0.44**	0.11	-0.30**	0.10	-0.29**	0.10
Yrkesaktiv heltid (ref.)	.	.	.	.	.	.
Mangler goder						
Grunnleggende	.	.	-0.24	0.16	-0.19	0.15
Forbruk	.	.	-0.18	0.14	-0.11	0.13
Sosiale	.	.	-0.18	0.12	-0.17	0.12
Vurdering av økonomien						
Vanskelig	.	.	-1.15**	0.27	-1.03**	0.26
Forholdsvis vanskelig	.	.	-0.60**	0.15	-0.36*	0.15
Forholdsvis lett	.	.	-0.34**	0.07	-0.25**	0.07
Lett (ref.)	.	.	.	.	.	.
Bolig og bomiljø						
Råte/fukt i bolig	.	.	-0.05	0.15	0.06	0.15
Støy-/forurensning	.	.	-0.28**	0.10	-0.26**	0.10
Kriminalitet	.	.	-0.33	0.19	-0.21	0.18
Sosial kapital						
Ikke få lån	.	.	.	.	-0.03	0.13
Ikke hjelp til vedlikehold	.	.	.	.	-0.49**	0.12
Tillit til andre	.	.	.	.	0.23**	0.02
Fysisk aktivitet per uke						
< 1 time	.	.	.	.	-0.34**	0.10
1-3 timer	.	.	.	.	-0.17**	0.09
>3 opp til 5 timer	.	.	.	.	-0.17	0.10
>5 timer per uke (ref.)	.	.	.	.	.	.
R ²	0.09		0.14		0.21	
Antall som svarte	2861		2816		2759	

*Signifikant på 5 prosent nivå, **signifikant på 1 prosent nivå. ¹I tillegg til variablene som er vist i tabellen inngår også alder og bostedsstrøk i alle modeller

Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017

9.4. Mening og affektiv livskvalitet

I Levekårsundersøkelsen er det som vist flere andre mål på subjektiv livskvalitet. Det er spurt om opplevelsen av mening, og om forskjellige følelser (affektiv livskvalitet) dagen før. Alle er målt på en skala fra 0 til 10. Det vil føre for langt å vise sammenhengen mellom økonomiske ressurser og disse livskvalitetsindikatorerne i detalj, men vi skal gjengi noen hovedtrekk, med vekt på de tilfellene der disse indikatorerne gir et annet bilde enn det vi har sett til nå (tall ikke vist). I tillegg til variablene som er vist tidligere, har vi i modell 3 trukket inn et mål på antallet personer som står den intervjuede nær. Dette er et mål på sosial kapital som

viser seg å korrelere med noen av målene på subjektiv livskvalitet, mens det ikke har sammenheng med helseindeksen.

Både blant menn og kvinner er lav inntekt forbundet med en redusert opplevelse av at livet er meningsfullt, også ved kontroll for utdanning, arbeidsmarkedstilknytning, familieforhold og demografiske kjennetegn (modell 1). Effekten er noe svakere enn for tilfredshet. Det er også en sammenheng mellom opplevd meningsfullhet og lav formue blant menn, men ikke kvinner.

I modell 2 er det en sterk sammenheng mellom mangelen på grunnleggende goder og lav meningsfullhet blant menn. Denne sammenhengen er sterkere enn den vi så for tilfredshet. Blant kvinner er det en signifikant sammenheng med mangelen på sosiale goder, mens andre goder ikke slår ut. Vansker med å få endene til å møtes hadde som vist en tydelig sammenheng med tilfredshet, mens sammenhengen med opplevd mening er langt svakere, og ikke signifikant for kvinner i modell 3. Av andre sammenhenger kan nevnes at mens det å ha barn ikke betyr særlig mye for helse eller tilfredshet, så er det forbundet med en sterkere opplevelse av mening blant kvinner.

Når vi går over til de affektive opplevelsene dagen før (glede på den positive siden, bekymret, trist og nedfor på den negative), viser analysen påfallende kjønnsforskjeller. Blant menn er lavere inntekt (kvintil 1 og 2) forbundet med mindre glede, og en sterkere følelse av å være trist og nedfor, i grunnmodellen. Utslaget for bekymringer er svakere; bare effekten av å tilhøre den nest laveste inntektskvintilen er statistisk signifikant. Blant kvinner er det ingen sammenheng mellom affektive opplevelser og størrelsen på inntekten eller formuen. Lav finansformue har gjennomgående langt svakere effekt enn inntekt; menn som tilhører laveste formueskvintil er imidlertid i noe større grad nedfor og triste enn de som er mest formuende (signifikant på 5 prosent nivå).

Som forventet er det ingen sammenheng mellom lav inntekt og affektive opplevelser når det, i modell 2, kontrolleres for tilgangen på forskjellige typer goder, økonomiske vansker og boligrelaterte problemer. For de affektive opplevelsene er det først og fremst økonomiske vansker som har betydning, og utslagene er sterkere for menn enn for kvinner. Menn som synes det er vanskelig å få inntekten til å strekke til opplever noe mindre glede, og er langt oftere bekymret og nedfor/trist. Blant mennene er det tydelige effekter også i modell 3, ved kontroll for sosial kapital og fysisk aktivitet. For kvinner er det bare effekten på bekymringer som er signifikant i den siste modellen. Å mangle forskjellige goder har derimot liten eller ingen sammenheng med de affektive opplevelsene, med ett unntak: Manglende tilgang til de grunnleggende godene reduserer i noen grad opplevelsen av glede blant menn.

Av de boligrelaterte problemene er det mest konsistente funnet at støy og forurensning øker bekymringsnivået. Denne sammenhengen er signifikant både for menn og kvinner. Støy og forurensning er også korrelert med redusert glede blant kvinner. For de sistnevnte er råte eller fukt i boligen også forbundet med større risiko for å være nedfor og trist.

Et påfallende resultat er forøvrig at lav utdanning «i seg selv», når det kontrolleres for lav arbeidsmarkedstilknytning, økonomiske problemer og andre sider ved levekårene, i flere tilfeller bidrar til høyere subjektiv livskvalitet. Både blant menn og kvinner er, alt annet likt, de lavt utdannede mere tilfredse, og har opplevd større glede dagen før. Menn med lav utdanning (både grunnskole og videregående utdanning) er også mindre bekymrede og sjeldnere nedfor og triste enn menn med høyere utdanning.

10. Diskusjon og avslutning

10.1. Hovedpunkter i lys av tidligere forskning

Denne rapporten bekrefter, som mye annen forskning, at det er en sammenheng mellom to av velferdens viktigste dimensjoner, økonomi og helse, og at økonomisk trygghet under sykdom er noe som langt fra alle erfarer. De som både har nedsatt helse og små økonomiske ressurser sliter ofte med økonomiske problemer, og relativt mange i denne gruppa opplever at helseutgiftene er tyngende, selv i den norske velferdsstaten.

Vi har sett at personer med lav inntekt og liten finanskapital betydelig oftere rapporterer om helseproblemer av forskjellig slag enn de rikeste og mest formuende. Variasjonsbredden mellom inntektsdesilene er 20-25 prosentpoeng for de to egenrapporterte helsemålene. Personene med dårligst helse har i gjennomsnitt lavere inntekt, i absolutte tall mellom kr. 93 000 og 146 000 lavere inntekt per forbruksenhet enn de med best helse. Inntekten synker nokså jevnt med økningen i helseproblemer, men er særlig lav for den lille gruppen med «svært dårlig» egenvurdert helse.

Den multivariate analysen, som kontrollerer for utdanning og demografiske egenskaper, viser at hver av de to helseindikatorne, uavhengig av hverandre, er forbundet med et inntektstap på 15-16 prosent blant menn og 10-15 prosent blant kvinner. Tapet er noe større for enslige menn og menn med lav utdanning. Det moderate tapet av inntekt står i kontrast til et langt sterkere tap av finanskapital. De to helsemålene er knyttet til en reduksjon av størrelsen på finansformuen på mellom 29 og 39 prosent. Som for inntekt, er det sterkere utslag blant enslige og lavt utdannede menn.

Antallet goder som personene ikke har råd til eller mangler av økonomiske årsaker, er også sterkere forbundet med dårlig helse enn det inntektsnivået er, i analyser som tar hensyn til andre relevante kjennetegn. Utslagene er særlig markerte for menn med kun grunnskoleutdanning, og blant enslige uansett kjønn. I de justerte analysene finner vi også at helseproblemer ser ut til å gi større vansker med å få «endene til å møtes» i hverdagen. Sammenhengen blant menn er vel så sterk som med kjente risikofaktorer som arbeidsledighet og det å stå utenfor arbeidslivet.

Det er påfallende at av de ulike indikatorene på økonomi, er det inntekten som i minst grad korrelerer med helseproblemer, når det tas hensyn til andre kjennetegn. Dette er som tidligere vist et tema i deler av forskningslitteraturen. Inntekten for et gitt år har begrenset verdi som indikator på husholdets forbruksmuligheter. Det er permanentinntekten, altså inntektens størrelse på lang sikt, som er avgjørende for forbruksmulighetene (se omtalen av dette i kapittel 3). Effekten av lav finansformue kan være en gjenspeiling av dette. At formue og deprivasjonsmål (mangel på viktige goder og tjenester) korrelerer sterkere med helse enn det inntekten gjør, er et funn som også er gjort i annen forskning, jf. omtalen av dette i kapittel 3 og 4.

En tverrsnittsundersøkelse som den vi benytter oss av her, gir ikke mulighet for å si noe sikkert om årsaker. Oversikten over tidligere forskning (kapittel 4) viste at helse etter all sannsynlighet påvirker inntekt og andre sider ved økonomien, men at mangelen på økonomiske ressurser også kan påvirke helsetilstanden.

Forskningsgrunnlaget for den sistnevnte påvirkningen er sterkest for mental helse, og mer usikker for fysisk helse. Dette betyr i så fall at de som både har dårlig helse og få økonomiske ressurser er i en særlig utsatt posisjon, med risiko for å havne i

en negativ spiral, der helsa forverrer økonomien, og den forverrede økonomien bidrar til enda dårligere helse osv. I denne rapporten har vi funnet tegn til en samspillseffekt mellom økonomi og helse. Sammenhengen mellom dårlig helse og mangelen på goder og tjenester er sterkere blant personer som har få økonomiske ressurser, både for menn og kvinner. Utslaget for økonomiske vansker går i samme retning. Dette er i tråd med en hypotese om at økonomiske ressurser kan være en buffer mot økonomiske problemer blant dem som rammes av dårlig helse.

På grunnlag av Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017, har vi anslått at størrelsen på gruppa som både har nedsatt helse og dårlig økonomi varierer mellom 2 og 8 prosent av den voksne befolkningen. Dette er en gruppe som opplever usedvanlig mange økonomiske vanskeligheter, henholdsvis 64 («streng» definisjon) og 47 («vid» definisjon) prosent synes det er forholdsvis vanskelig eller vanskelig å få «endene til å møtes». Tilsvarende er det 58 og 37 prosent som mangler minst ett av seks grunnleggende goder.

At personer med dårlig helse har relativt lav inntekt og formue kan bidra til at de opplever helseutgiftene, det vil si utgifter til lege eller medisinsk behandling, til medisiner og til tannlege, som en belastning, selv i et subsidiert system som det norske. Blant personer med store aktivitetsbegrensninger i hverdagen er det nær tre av ti (29 prosent) som opplever en eller flere helseutgifter som «svært tyngende». Det er utgiftene til tannbehandling som tynger aller mest. Noe overraskende ser det ut til at helseutgiftene oppleves som en større belastning enn boutgiftene i denne gruppa.

Det er som nevnt vanskelig å trekke klare konklusjoner om årsaker, og derfor er det heller ikke mulig å si noe sikkert om støtten til de teoretiske perspektivene som ble listet opp i kapittel 2. Alt i alt ser resultatene ut til å gi mest støtte til materielle forklaringer på ulikhetene i helse. Disse vektlegger som nevnt betydningen av belastninger som dårlig kosthold, luftforurensning og vanskelige boforhold, og at god økonomi gir anledning til å ha et mer helsefremmende forbruk, blant annet sunt kosthold og muligheter til ferie og rekreasjon. I den multivariate analysen av helse som avhengig variabel, var det særlig mangelen på goder av forskjellig art som slo ut. Som forventet var sammenhengen med helse sterkest for de grunnleggende godene, herunder å kunne oppsøke lege og tannlege ved behov. De «sosiale» godene har også betydning, slik som å kunne ta en ukes ferie utenfor hjemmet og ha mulighet til å gå ut med familie eller venner. I tillegg ga helserisikoer i bomiljøet et visst utslag – problemer med støy eller forurensning var forbundet med redusert helse. For menn er det også klare negative utslag av problemer med råte eller fukt i boligen, og av kriminalitet, vold eller hærverk i boområdet. Derimot hadde økonomisk stress, vansker med å få pengene til å strekke til, lite å si i analysen av helse som avhengig variabel.

Økonomisk stress forklarer imidlertid langt mer av sammenhengen mellom økonomiske ressurser og subjektiv livskvalitet. Tilfredsheten med livet øker nokså jevnt med økende inntekt, mens sammenhengen med finanskapital er svakere. I analyser der det kontrolleres for andre potensielle påvirkningsfaktorer, viser det seg å være en særlig sterk sammenheng mellom tilfredsheten med livet og problemer med å få «endene til å møtes» med husholdningens inntekter. Det bekrefter tidligere studier som peker på økonomiske problemer som en av de største lykke- eller «tilfredshetsstyvene» i det norske samfunnet (Dyrdal et al., 2019). For de affektive opplevelsene er det igjen først og fremst økonomiske vansker som slår ut, og sterkere for menn enn for kvinner. Menn som synes det er vanskelig å få inntekten til å strekke til i det daglige opplevde noe mindre glede, og var langt oftere bekymret og nedfor/trist dagen før, enn de som ikke hadde slike problemer.

At dårlig helse går sammen med færre økonomiske ressurser, har også sammenheng med andre former for ulikhet. Vi har sett gjentatte eksempler på at dårlig helse oftere går sammen med en vanskelig økonomi blant enslige menn og menn med lav utdanning. Utdanningsforskjellene er i tråd med Syse og Tønnesen (2012), og med analyser fra OECD (OECD, 2017). Tidligere studier av dødelighet indikerer også at enslige med lav inntekt er en spesielt utsatt gruppe (Rognerud, Strand & Næss 2007).

Personer med lav sosioøkonomisk status ser ut til å rammes dobbelt: Risikoen for dårlig helse er høyere, samtidig som den nedsatte helsetilstanden får sterkere økonomiske konsekvenser. De fattige har større sannsynlighet for å bli syke, og fordi de er syke, blir de enda fattigere (O'Donnell et al., 2015, s. 1475). Disse mønstrene har blant annet sammenheng med at helse ser ut til å bety ekstra mye for sysselsettingen i grupper med lav inntekt og utdanning. Dette er grupper som ofte arbeider i yrker og næringer som er fysisk krevende. Mindre privilegerte grupper i samfunnet er mer avhengige enn andre av å holde seg friske. På denne måten bidrar dårlig helse til å øke den økonomiske ulikheten (O'Donnell et al., 2015, s. 1459).

Fungerer så velferdsstaten? Gir den økonomisk trygghet under sykdom, og kompenserer den for særlige utgifter knyttet til dette? De beste målene på økonomisk utrygghet i vårt materiale er spørsmålet om vansker med å få «endene til å møtes», i tillegg til spørsmålet om en har mulighet for å dekke en uforutsett regning. Svarene på disse spørsmålene avdekker en markant større utrygghet blant personer med dårlig helse. Andelene som synes det er forholdsvis vanskelig eller vanskelig å få pengene til å strekke til, eller som ikke ville klare en uforutsett regning, utgjør snaut en av tre blant dem med store aktivitetsbegrensninger, og vel en av ti blant personer helt uten slike begrensninger.

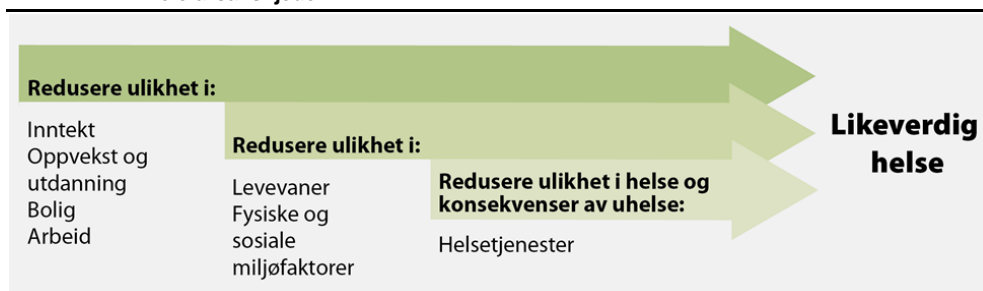
På den annen side viser tallene også at det store flertallet av dem som har nedsatt/dårlig helse ikke har slike problemer. De aller fleste som blir syke klarer seg rimelig bra, ser det ut til. Men for to grupper er denne konklusjonen mer diskutabel: Den ene er den lille gruppen med «svært dårlig» egenvurdert helse, der rundt halvparten har en utrygg økonomi, slik vi har definert det her. Denne gruppen kommer også dårlig ut på objektive kriterier (inntekt). Den andre gruppen er de som både har nedsatt helse og små økonomiske ressurser. Personer i denne gruppa er usedvanlig ofte utsatt for økonomiske vansker, også når vi legger en forholdsvis vid definisjon til grunn for hvem som skal inngå i gruppa. Et tilleggsmoment er at det er nettopp for denne/disse gruppene at omfordelingstiltakene gjennom velferdsstaten er viktigst. Det er de som virkelig trenger den offentlige hjelpen, de som både er rammet av sykdom og har få ressurser. For disse, som vel og merke utgjør en liten del av befolkningen, mellom 2 og 8 prosent, er det grunn til å spørre om velferdsstaten oppfyller sitt formål om å kompensere for økonomiske ulemper ved sykdom og skade.

10.2. Tiltak – hva kan gjøres?

Solberg-regjeringen har videreført ambisjonene som ble uttrykt i Meld. St. 19 (2014-2015) *Folkehelsemeldingen* om å redusere sosiale helseforskjeller (Arntzen et al., 2019). For dem som ønsker å redusere de økonomiske og sosiale helseforskjellene er det mange tiltak som er aktuelle, på ulike nivåer. Som vist i figur 10.1 er det en rekke veier mot målet om likeverdig helse. De grunnleggende sosiale forholdene, inntekt, oppvekst og utdanning, bolig og arbeid, kan ha direkte betydning for helsetilstanden, men påvirker også de andre leddene i årsakskjeden ved å legge til rette for bedre levevaner og redusere forekomsten av fysiske og sosiale miljøfaktorer. Tiltak i helsetjenesten kan demme opp for ulikheter som er skapt tidligere i årsakskjeden.¹⁴

¹⁴ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>, lest 20.03.2020

Figur 10.1 Eksempler på områder der man kan gjøre en innsats for å redusere sosiale helseforskjeller. Lengst til venstre står de grunnleggende faktorene som påvirker hele årsakskjeden



Kilde: Folkehelseinstituttet

Det er viktig å ha fokus på hele årsakskjeden, og ikke kun på ett element, for eksempel uheldige helsevaner. Dette ble framhevet av Fagrådet for sosial ulikhet i helse, som i fjor lanserte en liste med anbefalte tiltak mot sosial ulikhet i helse (Arntzen et al., 2019).

Hvis vi starter med de strukturelle årsakene til helseforskjeller (lengst til venstre i figur 10.1), hevder Fagrådet at inntektsnivå og fattigdom påvirker helsa, samtidig som helsa påvirker posisjonen i inntektsfordelingen, og at tiltak bør rettes inn mot begge disse prosessene. Fagrådet anbefaler derfor blant annet å redusere de økonomiske forskjellene i befolkningen ved å skjerpe progressiv beskatning, heve barnetrygden og ha økte satser for økonomisk og sosial trygghet. Det blir advart mot mulige negative konsekvenser av reduserte velferdsytelser for å gi høyere insentiver til arbeid, siden dette kan gi økonomiske problemer for stønadsmottakere som ikke kommer seg i arbeid, og bidra til å forverre helsetilstanden i denne gruppa. Slike reformer bør derfor evalueres grundig før de eventuelt iverksettes. Det finnes enkelte nyere studier av reformer med sikte på å redusere antallet som bruker stønadsytelser, som tyder på at slike reformer kan ha negative helsekonsekvenser, i hvert fall for noen grupper, jf. den nederlandske studien omtalt i kapittel 1 (Garcia-Gomez & Gielen, 2018). En studie fra Storbritannia finner at strengere krav til når enslige mødre måtte søke arbeid for å motta ytelser, var forbundet med en mer negativ utvikling i mental helse blant dem som ble utsatt for dette, se Katikireddi, Molaodi, Gibson, Dundas og Craig (2018).

Samtidig må det sies at kunnskapsgrunnlaget for å vurdere effekten av velferdsstatlige tiltak mot ulikheter i helse er nokså svakt. Noen oversiktsartikler (kunnskapsoppsummeringer) finner at relativt sjenerøse nivåer på stønadene til arbeidsledige er forbundet med bedre mental helse i befolkningen. Disse oversiktsartiklene har imidlertid lav metodisk kvalitet. Studier av aktiv arbeidsmarkedspolitikk finner gjennomgående liten effekt på helse (Hiller-Brown et al. 2019). Argumentene mot mer sjenerøse ytelser til de som er syke, er for det første at høye nivåer på ytelsene gir en «moralisk risiko» (moral hazard). Det ligger en fare i at det for noen blir mere attraktivt å være trygdet enn å være sysselsatt. På sikt vil byrden på velferdsstaten bli for stor, hvis tilstrekkelig mange opplever det som mest lønnsomt å være trygdet. Et annet argument er at mange syke har godt av å være i (delvis) arbeid, at det kan bidra til en raskere tilfriskning. Se Markussen, Mykletun og Røed (2012), som finner positive effekter av sykenærvær, gjennom bruken av gradert sykemelding.

Å presse folk ut i arbeid selv om de ikke er helt friske, kan imidlertid også ha negative effekter. Noen studier tyder på at sykenærvær på jobben reduserer egenvurdert helse og øker risikoen for framtidig sykefravær, se OECD (2019) og Skagen og Collins (2016). Som tidligere nevnt ble den økte dødeligheten blant

kvinner i kjølvannet av uførereformen i Nederland drevet av kvinnene som gikk fra å være trygdet til å bli sysselsatt (Garcia-Gomez & Gielen, 2018).

Fagrådet for sosial ulikhet i helse anbefaler økt bruk av gradert sykemelding og tettere oppfølging av sykemeldte som ett av tiltakene. Arbeid med oppfølging gir større sjanse for overgang til ordinært arbeid enn andre tiltak. Mange funksjonshemmede ønsker å være i arbeid. Tiltak for bedre integrering av funksjonshemmede i arbeidslivet ville sannsynligvis redusere sammenhengen mellom inntekt og helse. Ifølge OECD (2019) er det en særlig sterk sammenheng mellom å stå utenfor arbeidslivet og ha dårlig helse i Norge, den er faktisk sterkere enn i mange andre land. Det kan ha sammenheng med at de helserelaterede ytelsene er sjenerøse i Norge, men også med lavere bruk av enkelte tiltak på etterspørselssiden, slik som lønnstilskudd. Her er det påfallende forskjeller sammenlignet med Sverige, der det nesten ikke er noen forskjell i sysselsettingsgrad mellom personer med god og dårlig helse.¹⁵

Fagrådet anbefaler også tiltak for å redusere ulikheten i levevaner. Blant disse inngår en forsterkning av tobakks- og alkoholpolitikken med tiltak innen pris og tilgjengelighet. Gratis skolemåltider blir også anbefalt, som et tiltak som vil bidra til å bryte sammenhengen mellom ernæring og økonomiske ressurser (Pedersen, 2013).

Endelig anbefaler Fagrådet endringer innenfor helsetjenestene. Blant tiltakene er «økt offentlig finansiering/subsidiering av tannhelsetjeneste for voksne, samt tiltak for at tannhelsetjenester for voksne blir innlemmet i det offentlige helsevesenet» (Arntzen et al. 2019). En annen anbefaling er å fryse nivået for egenbetaling i helsetjenestene. Som vi har sett i denne framstillingen er det overraskende mange som opplever utgiftene til medisiner og helsetjenester som svært tyngende, særlig blant dem med dårligst helse og blant dem som både har nedsatt helse og små økonomiske ressurser. Utgiftene til tannbehandling er den viktigste årsaken til dette. At utgiftene til tannbehandling i liten grad er subsidiert bidrar sannsynligvis også til lavere bruk av disse tjenestene blant personer med lav inntekt og formue, på tross av at behovet ofte er større. Andelene med udekkede behov for både lege- og tannlegetjenester er godt over gjennomsnittet for befolkningen i gruppen som kombinerer dårlig helse med svak økonomi (Lunde et al., 2017, s. 35). Argumentene for betydningen av subsidierte tannlegetjenester har i de seinere årene blitt styrket av forskningen som tyder på gjensidige påvirkninger mellom tannhelse og generell helse (jf. kapittel 2).

Noen land, som Irland, Tyskland, Sverige og Danmark, har mindre inntektsrelaterede forskjeller i bruken av tannleger enn Norge. Av disse landene har Sverige og framfor alt Tyskland en større offentlig finansieringsandel av tannlegeutgiftene enn vi har i Norge. Norge har en lavere offentlig finansieringsandel for slike tjenester enn gjennomsnittet i OECD, se omtalen i OECD (2019). På den annen side er andelen som oppgir at de av økonomiske årsaker ikke har oppsøkt tannlege ved behov forholdsvis lav i Norge, og varierer i mindre grad med inntekt enn i mange andre land, inkludert Tyskland. Her gir ulike indikatorer noe ulike svar.

¹⁵ Dette er resultatet som framkommer i multivariate analyser, det det er kontrollert for kjønn, alder, husholdningsinntekt, utdanning, ekteskapeleg status, grad av urbanisering og statsborgerskap

Referanser

- Adena, M. & Myck, M. (2014). Poverty and transitions in health in later life. *Social Science & Medicine*, 116, 202-210. 10.1016/j.socscimed.2014.06.045
- Ameri, M., Schur, L., Adya, M., Bentley, F. S., McKay, P. & Kruse, D. (2018). The Disability Employment Puzzle: A Field Experiment on Employer Hiring Behavior. *ILR Review*, 71(2), 329-364. 10.1177/0019793917717474
- Apouey, B. & Clark, A. E. (2015). Winning big but feeling no better? The effect of lottery prizes in physical and mental health. *Health Economics*, 24(5), 516-538. 10.1002/hec.3035
- Arntzen, A., Bøe, T., Dahl, E., Drange, N., Eikemo, T. A., Elstad, J. I., . . . Strand, B. H. (2019). 29 recommendations to combat social inequalities in health. The Norwegian Council on Social Inequalities in Health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(6), 598-605. 10.1177/1403494819851364
- Atalay, K., Edwards, R. & Liu, B. Y. J. (2017). Effects of house prices on health: New evidence from Australia. *Social Science & Medicine*, 192, 36-48. 10.1016/j.socscimed.2017.09.008
- Ayllon, S. & Fusco, A. (2017). Are income poverty and perceptions of financial difficulties dynamically interrelated? *Journal of Economic Psychology*, 61, 103-114. 10.1016/j.joep.2017.03.008
- Barstad, A. (2011). Ressurser, behov og subjektiv livskvalitet. En analyse av levekårsundersøkelsen 2008. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 14(3), 163-180.
- Barstad, A. (2014). *Levekår og livskvalitet. Vitenskapen om hvordan vi har det*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Barstad, A. & Sandvik, L. (2015). *Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet: en analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene* (Rapporter 2015/51). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. Hentet fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/attachment/248399?ts=15166c21c40>
- Benzeval, M. & Judge, K. (2001). Income and health: the time dimension. *Social Science & Medicine*, 52(9), 1371-1390. 10.1016/s0277-9536(00)00244-6
- Berger, N., Van der Heyden, J. & Van Oyen, H. (2015). The global activity limitation indicator and self-rated health: two complementary predictors of mortality. *Archives of Public Health*, 73(1), 25. 10.1186/s13690-015-0073-0
- Black, S. E., Devereux, P. J. & Salvanes, K. G. (2007). From the cradle to the labor market? The effect of birth weight on adult outcomes. *Quarterly Journal of Economics*, 122(1), 409-439. 10.1162/qjec.122.1.409
- Blekesaune, M. (2003). Helsesvake partnere mindre populære. *Samfunnsspeilet*, 17(3), 28-33. Hentet fra <https://www.ssb.no/a/samfunnsspeilet/utg/200303/ssp.pdf>
- Boyce, C. J., Wood, A. M., Banks, J., Clark, A. E. & Brown, G. D. A. (2013). Money, Well-Being, and Loss Aversion: Does an Income Loss Have a Greater Effect on Well-Being Than an Equivalent Income Gain? *Psychological Science*, 24(12), 2557-2562. 10.1177/0956797613496436
- Brandt, M. J., Wetherell, G. & Henry, P. J. (2015). Changes in Income Predict Change in Social Trust: A Longitudinal Analysis. *Political Psychology*, 36(6), 761-768. 10.1111/pops.12228

- Bøe, T. (2015). *Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling: Familiestressmodellen og familieinvesteringsperspektivet (IS-2412)*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Callander, E. J. & Schofield, D. J. (2015). Psychological distress and the increased risk of falling into poverty: a longitudinal study of Australian adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(10), 1547-1556. 10.1007/s00127-015-1074-6
- Cesarini, D., Lindqvist, E., Ostling, R. & Wallace, B. (2016). Wealth, health, and child development: Evidence from administrative data on Swedish lottery players. *Quarterly Journal of Economics*, 131(2), 687-738. 10.1093/qje/qjw001
- Chapple, I. L. C. (2009). The impact of oral disease upon systemic health-Symposium overview. *Journal of Dentistry*, 37(8), S568-S571. 10.1016/j.jdent.2009.05.022
- Clark, A. E., D'Ambrosio, C. & Ghislandi, S. (2016). Adaptation to Poverty in Long-Run Panel Data. *Review of Economics and Statistics*, 98(3), 591-600. 10.1162/REST_a_00544
- Clark, A. E., Fleche, S., Layard, R., Powdthavee, N. & Ward, G. (2018). *The origins of happiness. The science of well-being over the life course*. Princeton & Oxford: Princeton University Press.
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D. & Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 298(14), 1685-1687. 10.1001/jama.298.14.1685
- Cohen, S., Murphy, M. L. M. & Prather, A. A. (2019). Ten Surprising Facts About Stressful Life Events and Disease Risk. I S. T. Fiske (Red.), *Annual Review of Psychology* (Annual Review of Psychology, bd. 70, s. 577-597).
- Courtin, E., Muennig, P., Verma, N., Riccio, J. A., Lagarde, M., Vineis, P., . . . Avendano, M. (2018). Conditional Cash Transfers And Health Of Low-Income Families In The US: Evaluating The Family Rewards Experiment. *Health Affairs*, 37(3), 438-446. 10.1377/hlthaff.2017.1271
- Dahl, E., Bergli, H. & Wel, K. A. v. d. (2014). *Sosial ulikhet i helse : en norsk kunnskapsoversikt*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Diener, E., Inglehart, R. & Tay, L. (2013). Theory and Validity of Life Satisfaction Scales. *Social Indicators Research*, 112(3), 497-527. 10.1007/s11205-012-0076-y
- Diener, E., Pressman, S., Hunter, J. & Delgado-Chase, D. (2017). If, Why, and When Subjective Well-Being Influences Health, and Future Needed Research. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 9(2), 133-167. 10.1111/aphw.12090
- Doiron, D., Fiebig, D. G., Johar, M. & Suziedelyte, A. (2015). Does self-assessed health measure health? *Applied Economics*, 47(2), 180-194. 10.1080/00036846.2014.967382
- Dyrdal, G. M., Roysamb, E., Nes, R. B. & Vittersø, J. (2019). When Life Happens: Investigating Short and Long-Term Effects of Life Stressors on Life Satisfaction in a Large Sample of Norwegian Mothers. *Journal of Happiness Studies*, 20(6), 1689-1715. 10.1007/s10902-018-0024-x
- Elstad, J. I. (2005). *Sosioøkonomiske ulikheter i helse. Teorier og forklaringer*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/318/Sosiookonomiske-ulikheter-i-helse-teorier-og-forklaringer-IS-1282.pdf>

- Elstad, J. I. & Pedersen, A. W. (2012). The Impact of Relative Poverty on Norwegian Adolescents' Subjective Health: A Causal Analysis with Propensity Score Matching. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(12), 4715-4731. 10.3390/ijerph9124715
- Fichera, E. & Gathergood, J. (2016). Do wealth shocks affect health? New evidence from the housing boom. *Health Economics*, 25, 57-69. 10.1002/hec.3431
- Fløtten, T., Kavli, H., Torp, S., Nielsen, R., Syse, J., Grønningsæter, A. B. & Gustavsen, K. (2008). *Kreframmedes levekår. Om arbeid, økonomi, rehabilitering og sosial støtte. Fafo-rapport 2008: 47*. Oslo: Fafo. Hentet fra https://www.fafo.no/media/com_netsukii/20089.pdf
- Forget, E. L. (2011). The Town with No Poverty: The Health Effects of a Canadian Guaranteed Annual Income Field Experiment. *Canadian Public Policy-Analyse De Politiques*, 37(3), 283-305. 10.3138/cpp.37.3.283
- Galama, T. J., Lleras-Muney, A. & Kippersluis, H. V. (2018). *The Effect of Education on Health and Mortality: A Review of Experimental and Quasi-Experimental Evidence*. NBER Working Paper No. 24225: NBER. Hentet fra <https://www.nber.org/papers/w24225.pdf>
- Garcia-Gomez, P. & Gielen, A. C. (2018). Mortality effects of containing moral hazard: Evidence from disability insurance reform. *Health Economics*, 27(3), 606-621. 10.1002/hec.3617
- Gardner, J. & Oswald, A. J. (2007). Money and mental wellbeing: A longitudinal study of medium-sized lottery wins. *Journal of Health Economics*, 26(1), 49-60. 10.1016/j.jhealeco.2006.08.004
- Ghaderi, S., Engeland, A., Gunnes, M. W., Moster, D., Ruud, E., Syse, A., . . . Bjørge, T. (2016). Educational attainment among long-term survivors of cancer in childhood and adolescence: a Norwegian population-based cohort study. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(1), 87-95. 10.1007/s11764-015-0453-z
- Giordano, G. N. & Lindstrom, M. (2016). Trust and health: testing the reverse causality hypothesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(1), 10-16. 10.1136/jech-2015-205822
- Gravseth, H. M., Bjerkedal, T., Irgens, L. M., Aalen, O. O., Selmer, R. & Kristensen, P. (2007). Life course determinants for early disability pension: a follow-up of Norwegian men and women born 1967-1976. *European Journal of Epidemiology*, 22(8), 533-543. 10.1007/s10654-007-9139-9
- Gunasekara, F. I., Carter, K. N., Crampton, P. & Blakely, T. (2013). Income and individual deprivation as predictors of health over time. *International Journal of Public Health*, 58(4), 501-511. 10.1007/s00038-013-0450-9
- Haushofer, J. & Fehr, E. (2014). On the psychology of poverty. *Science*, 344(6186), 862-867. 10.1126/science.1232491
- Headey, B. & Yong, J. (2018). Happiness and Longevity: Unhappy People Die Young, Otherwise Happiness Probably Makes No Difference. *Social Indicators Research*. 10.1007/s11205-018-1923-2
- Hellevik, O. (2011). Inntekt og subjektiv livskvalitet: Easterlins paradoks. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 14(3), 181-203.
- Holseter, C., Dalen, J. D., Krokstad, S. & Eikemo, T. A. (2015). Self-rated health and mortality in different occupational classes and income groups in Nord-Trøndelag County, Norway. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 135(5), 434-438. 10.4045/tidsskr.13.0788

- Israel, S. (2016). More than Cash: Societal Influences on the Risk of Material Deprivation. *Social Indicators Research*, 129(2), 619-637. 10.1007/s11205-015-1138-8
- Kahneman, D. & Deaton, A. (2010). High income improves evaluation of life but not emotional well-being. *Proceedings of the national academy of sciences*, 107(38), 16489-16493. Hentet fra <http://www.pnas.org/content/107/38/16489.full.pdf>
- Katikireddi, S. V., Molaodi, O. R., Gibson, M., Dundas, R. & Craig, P. (2018). Effects of restrictions to Income Support on health of lone mothers in the UK: a natural experiment study. *The Lancet. Public health*, 3(7), e333-e340. 10.1016/S2468-2667(18)30109-9
- Kawachi, I., Adler, N. E. & Dow, W. H. (2010). Money, schooling, and health: Mechanisms and causal evidence. I N. E. Adler & J. Stewart (Red.), *Biology of Disadvantage: Socioeconomic Status and Health* (Annals of the New York Academy of Sciences, bd. 1186, s. 56-68).
- Kiernan, F. M. (2019). Income Loss and the Mental Health of Young Mothers: Evidence from the Recession in Ireland. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 22(4), 131-149.
- Kinge, J. M., Modalsli, J. H., Øverland, S., Gjessing, H. K., Tollånes, M. C., Knudsen, A. K., . . . Vollset, S. E. (2019). Association of Household Income With Life Expectancy and Cause-Specific Mortality in Norway, 2005-2015. *JAMA*, 321(19), 1916-1925. 10.1001/jama.2019.4329
- Kivimaki, M. & Steptoe, A. (2018). Effects of stress on the development and progression of cardiovascular disease. *Nature Reviews Cardiology*, 15(4), 215-229. 10.1038/nrcardio.2017.189
- Koltai, J., Bierman, A. & Schieman, S. (2018). Financial circumstances, mastery, and mental health: Taking unobserved time-stable influences into account. *Social Science & Medicine*, 202, 108-116. 10.1016/j.socscimed.2018.01.019
- Krause, N. & Hayward, R. D. (2015). Assessing Whether Trust in God Offsets the Effects of Financial Strain on Health and Well-Being. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 25(4), 307-322. 10.1080/10508619.2014.952588
- Krause, N., Newsom, J. T. & Rook, K. S. (2008). Financial strain, negative social interaction, and self-rated health: evidence from two United States nationwide longitudinal surveys. *Ageing and Society*, 28(7), 1001-1023. 10.1017/S0144686X0800740X
- Kuypers, S. & Marx, I. (2018). The Truly Vulnerable: Integrating Wealth into the Measurement of Poverty and Social Policy Effectiveness. *Social Indicators Research*. 10.1007/s11205-018-1911-6
- Layte, R. & Whelan, C. T. (2009). Explaining Social Class Inequalities in Smoking: The Role of Education, Self-Efficacy, and Deprivation. *European Sociological Review*, 25(4), 399-410. 10.1093/esr/jcn022
- Leigh, J. P., Leigh, W. A. & Du, J. (2019). Minimum wages and public health: A literature review. *Preventive Medicine*, 118, 122-134. 10.1016/j.ypmed.2018.10.005
- Lindahl, M. (2005). Estimating the effect of income on health and mortality using lottery prizes as an exogenous source of variation in income. *Journal of Human Resources*, 40(1), 144-168. 10.3368/jhr.XL.1.144

- Lindqvist, E., Östling, R. & Cesarini, D. (2018). *Long-run effects of lottery wealth on psychological well-being*. Working Paper 24667 (NBER Working Paper Series). Cambridge, Massachusetts: NBER. Hentet fra <http://www.nber.org/papers/w24667.pdf>
- Litwin, H. & Sapir, E. V. (2009). Perceived Income Adequacy Among Older Adults in 12 Countries: Findings From the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe. *Gerontologist*, 49(3), 397-406. 10.1093/geront/gnp036
- Ljungqvist, I., Topor, A., Forssell, H., Svensson, I. & Davidson, L. (2016). Money and Mental Illness: A Study of the Relationship Between Poverty and Serious Psychological Problems. *Community Mental Health Journal*, 52(7), 842-850. 10.1007/s10597-015-9950-9
- Lleras-Muney, A. (2018). Mind the Gap: A Review of The Health Gap: The Challenge of an Unequal World by Sir Michael Marmot. *Journal of Economic Literature*, 56(3), 1080-1101. 10.1257/jel.20171383
- Lunde, E. S., Otnes, B. & Ramm, J. (2017). *Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester. En kartlegging. Rapport 2017/16*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/312917?ts=15de5f0f480>
- Lyubomirsky, S., King, L. & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855. 10.1037/0033-2909.131.6.803
- Markussen, S., Mykletun, A. & Røed, K. (2012). The case for presenteeism — Evidence from Norway's sickness insurance program. *Journal of Public Economics*, 96(11), 959-972. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2012.08.008>
- Marum, G., Clench-Aas, J., Nes, R. B. & Raanaas, R. K. (2014). The relationship between negative life events, psychological distress and life satisfaction: a population-based study. *Quality of Life Research*, 23(2), 601-611. 10.1007/s11136-013-0512-8
- Miething, A. & Yngwe, M. A. (2014). Stability and variability in income position over time: exploring their role in self-rated health in Swedish survey data. *Bmc Public Health*, 14. 10.1186/1471-2458-14-1300
- Mood, C. (2010). Logistic Regression: Why We Cannot Do What We Think We Can Do, and What We Can Do About It. *European Sociological Review*, 26(1), 67-82. 10.1093/esr/jcp006
- Mood, C. & Jonsson, J. O. (2016). The Social Consequences of Poverty: An Empirical Test on Longitudinal Data. *Social Indicators Research*, 127(2), 633-652. 10.1007/s11205-015-0983-9
- Naper, S. O. (2009). All-cause and cause-specific mortality of social assistance recipients in Norway: A register-based follow-up study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(8), 820-825. 10.1177/1403494809347023
- Naper, S. O. & Dahl, E. (2009). Sosialhjelpsmottakeres dødelighet: I hvilken grad kan overdødeligheten tilskrives deres sosiale status? *Norsk Epidemiologi*, 17(1). 10.5324/nje.v17i1.166
- Nes, R. B. & Tambs, K. (2011). Helse og livskvalitet. I S. Næss, T. Moum & J. Eriksen (Red.), *Livskvalitet. Forskning om det gode liv* (s. 120-127). Oslo: Fagbokforlaget.
- Nes, R. B. & Ørstavik, R. E. (2016). Psykisk helse. I I. Frønes & L. Kjølørød (Red.), *Det norske samfunn. Bind 3*. (s. 159-183). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- O'Donnell, O., Van Doorslaer, E. & Van Ourti, T. (2015). Health and inequality. I *Handbook of income distribution* (bd. 2, s. 1419-1533): Elsevier. Hentet fra http://scholar.google.no/scholar_url?url=https%3A%2F%2Fwww.econstor.eu%2Fbitstream%2F10419%2F87382%2F1%2F13-170.pdf&hl=no&sa=T&oi=gga&ct=gga&cd=11&d=3630878262985026229&ei=ElfNXe3fK5C-mAH3rK3oAQ&scisig=AAGBfm2xbdgzTlxNzbp0GpYOnxiKWaNuCA&nossl=1&ws=1920x1060&at=Health%20and%20inequality
- OECD. (2017). *Preventing Ageing Unequally*. Paris: OECD. 10.1787/9789264279087-en
- OECD. (2019). *Health for everyone? Social inequalities in health and health systems. OECD Health Policy Studies*. Paris: OECD. 10.1787/3c8385d0-en
- Ostergren, O., Martikainen, P., Tarkiainen, L., Elstad, J. I. & Bronnum-Hansen, H. (2019). Contribution of smoking and alcohol consumption to income differences in life expectancy: evidence using Danish, Finnish, Norwegian and Swedish register data. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 73(4), 334-339. 10.1136/jech-2018-211640
- Pearlin, L. I., Menaghan, E. G., Lieberman, M. A. & Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 337-356. 10.2307/2136676
- Pedersen, A. W. (2013). *Inntekt og helse. Underlagsrapport til Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt*. Unpublished.
- Pfoertner, T.-K., Andress, H.-J. & Janssen, C. (2011). Income or living standard and health in Germany: different ways of measurement of relative poverty with regard to self-rated health. *International Journal of Public Health*, 56(4), 373-384. 10.1007/s00038-010-0154-3
- Pressman, S. D., Jenkins, B. N. & Moskowitz, J. T. (2019). Positive Affect and Health: What Do We Know and Where Next Should We Go? I S. T. Fiske (Red.), *Annual Review of Psychology* (Annual Review of Psychology, bd. 70, s. 627-650).
- Raschke, C. (2019). Unexpected windfalls, education, and mental health: evidence from lottery winners in Germany. *Applied Economics*, 51(2), 207-218. 10.1080/00036846.2018.1494813
- Reche, E., Konig, H. H. & Hajek, A. (2019a). Income, Self-Rated Health, and Morbidity. A Systematic Review of Longitudinal Studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(16). 10.3390/ijerph16162884
- Reche, E., Konig, H. H. & Hajek, A. (2019b). Income, Self-Rated Health, and Morbidity. A Systematic Review of Longitudinal Studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(16), 16. 10.3390/ijerph16162884
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge. Rapport 2018*. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Rognerud, M., Strand, B. H. & Næss, Ø. (2007). *Sosial ulikhet i helse : en faktarapport* (Rapport 2007:1). Oslo: Folkehelseinstituttet.

- Sandvik, L. & Holseter, C. (2018). *Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017. Tema: Friluftsliv, organisasjonsaktivitet, politisk deltakelse og sosialt nettverk. Notater 2018/7*. Oslo-Kongsvinger. Hentet fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/attachment/339726?ts=161758d25c0>
- Schnittker, J. & Bacak, V. (2014). The Increasing Predictive Validity of Self-Rated Health. *Plos One*, 9(1), 11. 10.1371/journal.pone.0084933
- Schwandt, H. (2018). Wealth Shocks and Health Outcomes: Evidence from Stock Market Fluctuations. *American Economic Journal-Applied Economics*, 10(4), 349-377. 10.1257/app.20140499
- Skagen, K. & Collins, A. M. (2016). The consequences of sickness presenteeism on health and wellbeing over time: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 161, 169-177. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.06.005>
- Skog, O.-J. (2004). *Å forklare sosiale fenomener. En regresjonsbasert tilnærming. Revidert og utvidet utgave*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Smith, D. M., Langa, K. M., Kabeto, M. U. & Ubel, P. A. (2005). Health, wealth, and happiness: financial resources buffer subjective well-being after the onset of a disability. *Psychol Sci*, 16(9), 663-666. 10.1111/j.1467-9280.2005.01592.x
- Stiglitz, J. E., Sen, A. & Fitoussi, J.-P. (2009). *Report by the commission on the measurement of economic performance and social progress*. Hentet fra <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2550927/stiglitz-rapport-anglais.pdf>
- Svendsen, B., Grytten, N., Bo, L., Aarseth, H., Smedal, T. & Myhr, K. M. (2018). The economic impact of multiple sclerosis to the patients and their families in Norway. *European Journal of Health Economics*, 19(9), 1243-1257. 10.1007/s10198-018-0971-5
- Syse, A. & Tonnessen, M. (2012). Cancer's unequal impact on incomes in Norway. *Acta Oncologica*, 51(4), 480-489. 10.3109/0284186x.2011.640710
- Tay, L., Zyphur, M. & Batz, C. L. (2018). Income and subjective well-being: review, synthesis, and future research. I E. Diener, S. Oishi & L. Tay (Red.), *Handbook of well-being*. Salt Lake City: DEF Publishers.
- Thoits, P. A. (2010). Stress and Health: Major Findings and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1_suppl), S41-S53. doi:10.1177/0022146510383499
- Toge, A. G. & Bell, R. (2016). Material deprivation and health: a longitudinal study. *Bmc Public Health*, 16, 8. 10.1186/s12889-016-3327-z
- Toge, A. G. & Blekesaune, M. (2015). Unemployment transitions and self-rated health in Europe: A longitudinal analysis of EU-SILC from 2008 to 2011. *Social Science & Medicine*, 143, 171-178. 10.1016/j.socscimed.2015.08.040
- Vaalavuo, M. (2016). Deterioration in health: What is the role of unemployment and poverty? *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(4), 347-353. 10.1177/1403494815623654
- Van Oyen, H., Bogaert, P., Yokota, R. T. C. & Berger, N. (2018). Measuring disability: a systematic review of the validity and reliability of the Global Activity Limitations Indicator (GALI). *Archives of Public Health*, 76(1), 25. 10.1186/s13690-018-0270-8

- Vikum, E., Krokstad, S. & Westin, S. (2012). Socioeconomic inequalities in health care utilisation in Norway: the population-based HUNT3 survey. *International Journal for Equity in Health*, 11(1), 48. 10.1186/1475-9276-11-48
- Vis, E. B. A., van de Rozenberg, T. M. & Scheepers, P. L. H. (2019). Chronic illness and informal social capital: Individual level mediators and country-level moderators. *Acta Sociologica*, 62(4), 372-390. 10.1177/0001699318772080
- Walsh, L. C., Boehm, J. K. & Lyubomirsky, S. (2018). Does Happiness Promote Career Success? Revisiting the Evidence. *Journal of Career Assessment*, 26(2), 199-219. 10.1177/1069072717751441
- With, M. L. (2017). Helse. Hentet fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/helse>
- With, M. L. & Thorsen, L. R. (2018). *Materielle og sosiale mangler i den norske befolkningen. Resultater fra Levekårsundersøkelsen EU-SILC. Rapporter 2018/7*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. Hentet fra <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/attachment/339727?ts=161bdb9a620>
- Zachrisson, H. D. & Dearing, E. (2015). Family Income Dynamics, Early Childhood Education and Care, and Early Child Behavior Problems in Norway. *Child Development*, 86(2), 425-440. 10.1111/cdev.12306

Figurregister

Figur 4.1	Utviklingen i forventet levealder for de 25 prosentene blant menn med høyest og lavest inntekt i Norge, i perioden 2005-2015. Beregningene gjelder 40-åringer.....	17
Figur 5.1	Sammenhengen mellom helse, livskvalitet og økonomi.....	25
Figur 5.2	Hypoteser om hvordan helse og livskvalitet påvirker økonomiske ressurser .	26
Figur 5.3	Hypoteser om hvordan økonomiske ressurser påvirker helse og livskvalitet .	27
Figur 7.1	Andel som vurderer egen helse som dårlig eller svært dårlig, og som verken god eller dårlig, etter inntekt etter skatt ¹ , målt i desiler. Studenthusholdninger holdt utenfor. Prosent.....	32
Figur 7.2	Andel som har nedsatt funksjonsevne i noen grad og i stor grad, etter inntekt etter skatt, målt i desiler. Studenthusholdninger holdt utenfor. Prosent	33
Figur 7.3	Vurderer egen helse som mindre god, og har nedsatt funksjonsevne, etter brutto finanskapital ¹ i desiler. Prosent. Studenthusholdninger er holdt utenfor.....	33
Figur 7.4	Vurderer egen helse som mindre god, og har nedsatt funksjonsevne, etter indeks for økonomiske ressurser. Prosent. Studenthusholdninger holdt utenfor.....	34
Figur 7.5	Median husholdningsinntekt per forbruksenhet, etter egenvurdert helse. Studenthusholdninger holdt utenfor. Kroner	35
Figur 7.6	Median husholdningsinntekt per forbruksenhet, etter nedsatt funksjonsevne. Studenthusholdninger holdt utenfor. Prosent	35
Figur 7.7	Tre indikatorer på små økonomiske ressurser, etter funksjonsevne. Studenthusholdninger holdt utenfor. Prosent.....	36
Figur 7.8	Andeler som synes det er vanskelig å få endene til å møtes, og som ville ikke klare en uforutsett utgift på kr. 10 000, etter egenvurdert helse. Studenthusholdninger holdt utenfor. Prosent.....	37
Figur 7.9	Andeler som synes det er vanskelig å få endene til å møtes, og som ville ikke klare en uforutsett utgift på kr.10 000, etter grad av nedsatt funksjonsevne. Studenthusholdninger holdt utenfor. Prosent.....	38
Figur 7.10	Andeler som mangler minst ett av seks basisgoder, og minst fire av 16 basis-, forbruks- og sosiale goder, etter egenvurdert helse. Studenthusholdninger holdt utenfor. Prosent.	39
Figur 7.11	Andeler som mangler minst ett av seks basisgoder, og minst fire av 16 basis-, forbruks- og sosiale goder, etter grad av nedsatt funksjonsevne. Studenthusholdninger holdt utenfor. Prosent.....	39
Figur 7.12	Andel som opplever boutgifter og helseutgifter som svært tyngende for husholdningens økonomi, etter grad av nedsatt funksjonsevne. Studenthusholdninger er holdt utenfor. Prosent.....	40
Figur 7.13	Hvor fornøyd med livet, og hvor meningsfullt livet oppleves, på skala fra 0 til 10, etter husholdningsinntekt i desiler. Gjennomsnitt. Studenthusholdninger holdt utenfor	42
Figur 7.14	Andel som er misfornøyd med livet (0-5 på skala 0-10), etter inntekt og etter brutto finanskapital i desiler. Studenthusholdninger er holdt utenfor.....	43
Figur 7.15	Gjennomsnittlig fornøydhet med livet, og opplevd mening, etter indeks for økonomiske ressurser. Studenthusholdninger er holdt utenfor	43
Figur 7.16	Gjennomsnittlig emosjonell livskvalitet dagen før, for tre typer følelser, etter indeks for økonomiske ressurser. Studenthusholdninger er holdt utenfor.....	44
Figur 7.17	Tre mål på lav emosjonell livskvalitet, etter husholdningsinntekt i kvintiler. Studenthusholdninger er holdt utenfor. Prosent.....	45
Figur 10.1	Eksempler på områder der man kan gjøre en innsats for å redusere sosiale helseforskjeller. Lengst til venstre står de grunnleggende faktorene som påvirker hele årsakskjeden	71

Tabellregister

Tabell 7.1	Forskjellige indikatorer på økonomiske problemer, etter kombinasjoner av helse og økonomiske ressurser. «Vid» definisjon. Studenthusholdninger holdt utenfor. Prosent.....	41
Tabell 7.2	Forskjellige indikatorer på økonomiske problemer, etter kombinasjoner av helse og økonomiske ressurser. «Streng» definisjon. Studenthusholdninger holdt utenfor. Prosent.....	41
Tabell 8.1	Logaritmisk omkodet husholdningsinntekt per forbruksenhet, betinget av helse og utvalgte kontrollvariabler, for menn og kvinner 16 år og eldre. Prosentforskjeller. Studenthusholdninger holdt utenfor.....	48
Tabell 8.2	Logaritmisk omkodet husholdningsinntekt per forbruksenhet, betinget av helse, kontrollvariabler, familiesituasjon og status på arbeidsmarkedet, for menn og kvinner 16 år og eldre. Prosentforskjeller. Studenthusholdninger holdt utenfor.....	49
Tabell 8.3	Logaritmisk omkodet husholdningsinntekt per forbruksenhet, betinget av helse og utvalgte kontrollvariabler ¹ , for enslige menn og gifte/samboende menn 16 år og eldre. Prosentforskjeller. Studenthusholdninger holdt utenfor.....	50
Tabell 8.4	Logaritmisk omkodet husholdningsinntekt per forbruksenhet, betinget av helse og utvalgte kontrollvariabler, for menn med grunnskoleutdanning og menn med minst videregående utdanning, 16 år og eldre. Prosentforskjeller. Studenthusholdninger holdt utenfor.....	50
Tabell 8.5	Logaritmisk omkodet finansformue per forbruksenhet, betinget av helse og utvalgte kontrollvariabler, for menn og kvinner 16 år og eldre. Prosentforskjeller. Studenthusholdninger holdt utenfor.....	51
Tabell 8.6	Logaritmisk omkodet finansformue per forbruksenhet, betinget av helse og utvalgte kontrollvariabler, for enslige menn og gifte/samboende menn 16 år og eldre. Prosentforskjeller. Studenthusholdninger holdt utenfor.....	52
Tabell 8.7	Logaritmisk omkodet finansformue per forbruksenhet, betinget av helse og utvalgte kontrollvariabler, for menn med grunnskoleutdanning og menn med minst videregående utdanning, 16 år og eldre. Prosentforskjeller. Studenthusholdninger holdt utenfor.....	52
Tabell 8.8	Antallet goder som mangler på grunn av økonomiske forhold, betinget av helse og utvalgte kontrollvariabler, for menn og kvinner 16 år og eldre. Estimer i lineær regresjon. Studenthusholdninger holdt utenfor.....	53
Tabell 8.9	Andel som synes det er forholdsvis vanskelig, vanskelig eller svært vanskelig å få endene til å møtes, betinget av helse og utvalgte kontrollvariabler, for menn og kvinner 16 år og eldre. Estimer (odds ratio) i logistisk regresjon. Studenthusholdninger er holdt utenfor.....	54
Tabell 8.10	Andel som synes det er forholdsvis vanskelig, vanskelig eller svært vanskelig å få endene til å møtes, betinget av helse, kontrollvariabler, familiesituasjon og status på arbeidsmarkedet, for menn og kvinner 16 år og eldre. Estimer (odds ratio) i logistisk regresjon Studenthusholdninger holdt utenfor.....	55
Tabell 8.11	Andel som synes det er forholdsvis vanskelig, vanskelig eller svært vanskelig å få endene til å møtes, betinget av helse, kontrollvariabler, familiesituasjon og status på arbeidsmarkedet, for menn 16+ år. Estimer (odds ratio) i logistisk regresjon. Studenthusholdninger holdt utenfor.....	56
Tabell 8.12	Antallet goder som mangler på grunn av økonomiske forhold, betinget av helse, økonomiske ressurser og utvalgte kontrollvariabler ¹ , for menn og kvinner 16 år og eldre. Estimer i lineær regresjon. Studenthusholdninger holdt utenfor.....	58
Tabell 8.13	Antallet goder som mangler på grunn av økonomiske forhold, betinget av helse og utvalgte kontrollvariabler, blant menn, 16 år og eldre, i to grupper for inntekt og formue. Estimer i lineær regresjon. Studenthusholdninger holdt utenfor.....	58
Tabell 9.1	Indeks for helse (0-10), betinget av inntekt, formue og andre variabler. ¹ Estimer i lineær regresjon. Menn 16 år og eldre.....	62
Tabell 9.2	Indeks for helse (0-10), betinget av inntekt, formue og andre variabler. ¹ Estimer i lineær regresjon. Kvinner 16 år og eldre.....	63
Tabell 9.3	Hvor fornøyd med livet (0-10), betinget av inntekt, formue og andre variabler. ¹ Estimer i lineær regresjon. Menn 16 år og eldre. 2017.....	65
Tabell 9.4	Hvor fornøyd med livet (0-10), betinget av inntekt, formue og andre variabler. ¹ Estimer i lineær regresjon. Kvinner 16 år og eldre.....	66

© Statistisk sentralbyrå, 2020

Ved bruk av materiale fra denne publikasjonen skal Statistisk sentralbyrå oppgis som kilde.

ISBN 978-82-587-1162-6 (trykt)

ISBN 978-82-587-1163-3 (elektronisk)

ISSN 0806-2056