



Humanitære behov i Norge

Status 2022

TALL

SOM FORTELLER

RAPPORTER / REPORTS

2022/33

Roger Hammersland og Anders Barstad

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

© Statistisk sentralbyrå

Publisert: 16. august 2022

ISBN 978-82-587-1572-3 (trykt)

ISBN 978-82-587-1573-0 (elektronisk)

ISSN 0806-2056

Standardtegn i tabeller	Symbol
Ikke mulig å oppgi tall Tall finnes ikke på dette tidspunktet fordi kategorien ikke var i bruk da tallene ble samlet inn.	.
Tallgrunnlag mangler Tall er ikke kommet inn i våre databaser eller er for usikre til å publiseres.	..
Vises ikke av konfidensialitetshensyn Tall publiseres ikke for å unngå å identifisere personer eller virksomheter.	:
Desimaltegn	,

Forord

Denne rapporten er skrevet av SSB på oppdrag for Norges Røde Kors. Den er en oppfølging av en lignende rapport som ble skrevet på oppdrag for Norges Røde Kors i 2017. Rapporten ble den gang bare utgitt av Røde Kors. Den foreliggende rapporten legger vekt på å beskrive hvilke endringer som har skjedd i 5-årsperioden siden forrige rapport, og konsekvensene som koronapandemien har hatt for de humanitære behovene i Norge. Rapporten er i hovedsak basert på foreliggende statistikk og forskning, men presenterer i tillegg noen tall fra Livskvalitetsundersøkelsen 2021.

Statistisk sentralbyrå, 26.6 2022

Linda Nøstbakken

Sammendrag

Denne rapporten drøfter utbredelsen av humanitære behov i Norge, og hvilke grupper i befolkningen som er mest utsatt. Humanitære behov innebærer at mennesker har lav livskvalitet, eller står under risiko for å få det, og trenger hjelp for å få et bedre liv. Sagt på en annen måte handler humanitære behov om å avhjelpe nød og lidelse i befolkningen.

Innledningsvis presenterer rapporten noen hovedtrekk i drivkrefter og trender som kan bidra til å forklare utviklingen av de humanitære behovene i Norge. De viktigste demografiske trendene er den sterke veksten i innvandring, at det blir flere i de eldste aldersgruppene og at andelen som er enslige og aleneboende har økt. Blant sosiale og økonomiske trender finner vi utviklingstrekk som økt økonomisk ulikhet og større vekt på utdanning og kvalifikasjonskrav i yrkeslivet. Koronapandemien som startet i begynnelsen av 2020 har påvirket de humanitære behovene og danner et viktig bakteppe for analysene i rapporten. Blant annet steg den registrerte arbeidsledigheten kraftig i begynnelsen av pandemien, før den stabiliserte seg på et lavere nivå.

Rapporten tar for seg seks former for nød og lidelse, delvis basert på arbeidet til den amerikanske sosiologen Ronald Anderson: Lav overlevelse (død før normaltid), fattigdom og fysisk nød, fysisk lidelse, psykiske plager og lidelser, mellommenneskelig lidelse, for eksempel ensomhet eller vold, og sosial lidelse, slik som arbeidsledighet og diskriminering. De forskjellige formene gjennomgås i egne kapitler, basert på foreliggende statistikk om norske forhold og data fra Livskvalitetsundersøkelsen 2021. I tillegg er det satt av to kapitler til å gjennomgå situasjonen for grupper som i liten grad dekkes av SSBs generelle spørreundersøkelser om levekår og livskvalitet. Det gjelder barn og unge, og det gjelder forskjellige minoritetsgrupper og andre som ikke er med i spørreundersøkelsene, blant annet fordi de er bosatt på institusjoner (for eksempel fengsel og sykehjem).

Rapporten gir en oversikt over gruppene med de største humanitære behovene, de som er særlig sårbare, på grunnlag av gjennomgangen i de empiriske kapitlene. I et eget kapittel drøftes også et mulig sett av kriterier for å avgjøre hvilke grupper som bør trekkes fram. De følgende ti gruppene blir framhevet: Personer som har alvorlige rusproblemer, barn som utsettes for mishandling, vold, mobbing og omsorgssvikt, asylsøkere og irregulære migranter, eldre med demens, personer med alvorlige psykiske lidelser, sosialhjelpsmottakere, fattige barnefamilier, innsatte i fengsler, seksuelle minoriteter og kjønnsminoriteter, samt personer med nedsatt helse og dårlig økonomi.

Avslutningsvis oppsummerer rapporten utviklingen siden forrige rapport, i 2017, og hvilke konsekvenser koronapandemien har hatt for de humanitære behovene i Norge. Det konkluderes med at utviklingen har vært sammensatt. På noen områder har det vært små endringer, det har for eksempel ikke vært noen økning av fattigdommen i Norge under pandemien. De klareste negative endringene gjelder psykisk helse og forskjellige mellommenneskelige problemer, ikke minst utbredelsen av ensomhet. Pandemien har forsterket eksisterende sosiale og økonomiske ulikheter. For eksempel har lavinntektsgruppene i samfunnet både blitt mer rammet av covidsmitte enn andre, og vært mer utsatt for å bli permittert eller miste jobben på grunn av smitteverntiltakene. Barn og unge har vært særlig utsatt. Koronapandemien ser ut til å ha forsterket den langsiktige tendensen til at unge personers livskvalitet har sakkert akterut sammenlignet med middelaldrende og eldre. Særlig kvinner i alderen 18-24 år oppgir i større grad enn befolkningsgjennomsnittet at koronapandemien har hatt negative konsekvenser for deres psykiske helse. At tjenestetilbudene har vært redusert i perioder på grunn av pandemien, har vært uheldig for flere av de sårbare gruppene, blant annet rusavhengige, personer med demens og beboere på sykehjem.

Abstract

This report discusses the extent of humanitarian needs in Norway, and which population groups that are the most vulnerable. Humanitarian needs exist when human beings are experiencing a low quality of life, or risk experiencing this, and need help in achieving a better life. Formulated differently, humanitarian needs concern how misery and suffering in the population can be remedied.

In the introduction, the report presents some main drivers and trends that can contribute to explaining humanitarian needs in Norway. The most important demographic trends are the strong inflow of immigrants during the last decades, an increase in the number of elderly persons and that the share of the population that is single and living alone have increased. Among the social and economic trends, we find increased economic inequality and a stronger emphasis on education and qualifications in working life. The corona pandemic that started in the first months of 2020 has also affected humanitarian needs in Norway and forms an important backdrop to all analyses in the report. For example, the corona measures led to a strong increase in registered unemployment in the beginning of the pandemic, before unemployment stabilized on a lower level.

The report investigates six forms of misery and suffering, partly based on the work of the American sociologist Ronald Anderson: low survival (premature death), poverty and physical hardship, physical suffering, psychological issues and suffering, interpersonal suffering, such as loneliness and violence, and social suffering, like unemployment and discrimination. The forms are presented in separate chapters, based on available statistics for Norway, and data from the Quality of Life survey 2021. Additionally, two chapters discuss the situation for groups that are not, or only to a limited degree, covered by surveys on living conditions and quality of life done in Statistics Norway. These comprise children and young people, and different minority groups and others who do not participate in surveys, some because they live in institutions (e.g. prisons, nursing homes).

The report gives an overview of the groups with the strongest humanitarian needs, those that are particularly vulnerable, based on the discussion in the empirical chapters. A separate chapter discusses a possible set of criteria for deciding which groups should be prioritized. The following ten groups are chosen: Persons with serious alcohol and drug addiction problems, children exposed to abuse, violence, bullying or care failure, asylum seekers and irregular immigrants, elderly with dementia, persons with serious mental disorders, social assistance recipients, families with children living in poverty, inmates in prisons, sexual minorities and gender minorities, and finally persons with impaired health and poor economy.

The final chapter of the report summarizes the trends since the last report, published in 2017, and the consequences of the corona pandemic for humanitarian needs in Norway. Developments have been mixed. In some areas, changes have been small or nonexistent, e.g. poverty has in general not increased in Norway during the pandemic. The most pronounced negative changes are found for mental health and various interpersonal problems, particularly concerning the extent of loneliness in society. The pandemic has amplified existing social and economic inequalities. As an example, low income groups have been sick more often than others due to covid infections, and they have had a higher risk of becoming temporarily laid off or losing their job because of the infection control measures. Children and the young have also been particularly affected. The corona pandemic seems to have strengthened the long term trend of young people experiencing a decrease in their quality of life, compared to the middle aged and the elderly. Young women aged 18-24, report to a particularly high degree that the corona pandemic has had negative consequences for their mental health. That some public service offerings have, periodically, been reduced during the pandemic, have been unfortunate for several of the most vulnerable groups, including drug addicts, persons with dementia and residents in nursing homes.

Innhold

Forord	3
Sammendrag	4
Abstract	5
1. Innledning	7
1.1. Hva er humanitære behov?	7
1.2. Tidligere rapporter om humanitære behov i Norge	10
2. Drivkrefter og trender	13
2.1. Demografi	13
2.2. Pandemi	16
2.3. Sosiale og økonomiske trender	18
3. Framgangsmåte og datakilder	21
4. Gjennomgang av humanitære behov	23
4.1. Lav overlevelse	23
4.2. Fattigdom og fysisk nød.....	25
4.3. Dårlig helse og fysisk lidelse.....	32
4.4. Psykiske plager og lidelser.....	36
4.5. Mellommenneskelig lidelse	41
4.6. Sosial lidelse	48
4.7. Opphopning av nød og lidelse	52
5. Humanitære behov i grupper som er mangelfullt dekket i levekårsundersøkelsene	56
5.1. Innsatte i fengsler	56
5.2. Personer med alvorlige rusproblemer	57
5.3. Seksuelle minoriteter og kjønnsminoriteter (LHBTIQ)	59
5.4. Personer med psykiske lidelser og andre med nedsatt funksjonsevne	61
5.5. Pleie- og omsorgstrengende eldre	63
5.6. Asylsøkere og irregulære innvandrere	65
6. Nærmere om barn og unge	69
6.1. Barn av foreldre med psykiske lidelser og rusmisbruk	69
6.2. Barn i familier som er asylsøkere	70
6.3. Enslige mindreårige asylsøkere	70
6.4. Barn av irregulære migranter	71
6.5. Barn med tiltak fra barnevernet	72
7. Kriterier for å vurdere størrelsen på behovene, og hvordan de skal prioriteres	74
8. Hvilke grupper er mest sårbare?	77
9. Samlet om utviklingen etter 2017 og konsekvenser av koronapandemien	83
Referanser	86
Vedlegg A: Vedleggstabeller	99
Vedlegg B: Innbyrdes rangering av ti sårbare grupper. Hvilke bør prioriteres?	100
Figurregister	108
Tabellregister	109

1. Innledning

Med begrepet humanitære behov vil nok de fleste tenke på naturkatastrofer og krig som rammer mange mennesker på en gang, og som utløser akutte behov for matforsyning, helsetjenester og annen nødhjelp. Men finnes det også humanitære behov i det rike Norge, i det som ofte betegnes som «verdens beste land å bo i»? Ja, også i Norge finnes nød og lidelse som bør påkalle samfunnets oppmerksomhet, selv om den ikke rammer det store flertallet. I motsetning til nøden som springer en i øynene i fattige land, er den ofte mer skjult og mindre katastrofepreget. Det kan være redde barn som utsettes for vedvarende mishandling eller mobbing. Det kan være eldre på sykehjem som dør med unødvendig store smerter. Det kan være bostedsløse rusavhengige eller tiggere som lever et hardt liv på gata. De er ikke nødvendigvis så tallrike, målt som andel av befolkningen, men i absolutte tall kan de likevel være mange nok, som vi skal se.

Denne rapporten er skrevet på oppdrag av Røde Kors, og er en oppdatering av en lignende rapport skrevet i 2017 (Barstad, 2017). Oppdraget fra Røde Kors har, ved siden av å oppdatere tallgrunnlaget, vært å vurdere om nye humanitære behov har vokst fram siden 2017. Oppdraget er også å se nærmere på hvilke konsekvenser covid-19-pandemien har hatt for omfanget og typen av humanitære behov i Norge. Endelig skal rapporten gi en oversikt over de mest sårbare gruppene, inntil 10, men uten å rangere dem.¹

I det følgende skal vi først gå nærmere inn på hva et humanitært behov er, og som i forrige rapport blant annet se nærmere på behovsbegrepet. Dernest skal vi si litt om noen tidligere bidrag til kartleggingen av humanitære behov i Norge. I neste kapittel gis det en kort drøfting av noen overordnede samfunnstrender som kan forklare utviklingen av behovene. Her er naturlig nok pandemien et viktig tema. I neste del følger den empiriske kartleggingen, basert på en gjennomgang av foreliggende statistikk og forskning. I den avsluttende delen drøftes hvilke humanitære behov som peker seg ut som særlig store, og hvilke grupper som er mest sårbare. Siste kapittel gir en samlet vurdering av utviklingen etter 2017, og av pandemiens virkninger.

1.1. Hva er humanitære behov?

Humanitære behov innebærer at mennesker har behov for hjelp, støtte og omsorg, enten det er fra familien, bekjentskaps- og vennekretsen, frivillige organisasjoner eller offentlige organer. Hjelpen kan ta mange former og ha ulik intensitet, alt fra gode råd og pengegaver til døgnkontinuerlig institusjonsomsorg.

Vårt utgangspunkt i denne rapporten er at slike hjelpebehov oppstår når enkeltindivider og grupper enten har lav livskvalitet, eller risikerer å få det. Sagt på en annen og mindre teknisk måte, handler humanitære behov om å **avhjelpe nød og lidelse**. Lav livskvalitet er en situasjon som kan være midlertidig og gå over av seg selv, eller som den enkelte velger å håndtere alene, men innebærer i mange tilfeller behov for hjelp, både for å få det bedre her og nå, og for å forebygge en ytterligere forverring.

Det finnes forskjellige teoretiske tilnærminger til hvordan livskvalitet eller velferd kan defineres (Barstad, 2014; Barstad et al., 2016). Ifølge en av hovedretningene er livskvalitet ensbetydende med tilstedeværelse av behagelige, positive følelser og fravær av ubehagelige, negative følelser eller sanseintrykk (hedonismeteor). En beslektet tilnærming, livstilfredshetsteori, vektlegger de kognitive vurderingene: høy livskvalitet er kjennetegnet av at vi har en positiv vurdering av, og

¹ Som et tilleggsoppdrag fikk SSB seinere likevel i oppdrag å lage en innbyrdes rangering av de ti gruppene. Denne rangeringen er drøftet og vist i appendix B.

holdning til, våre liv. Ut fra disse tilnærmingene innebærer lidelse at en eller flere personer har sterke negative følelsesmessige erfaringer og opplever mye smerte, eller gjør en svært negativ vurdering av eget liv. En annen hovedtilnærming tar utgangspunkt i preferanseoppfyllelse. Dette tilsier at livskvalitet er å få det man ønsker seg i livet. Det humanitære behovet kan da defineres som at enkeltindivider eller grupper ikke får realisert sine viktigste målsettinger i livet. En fjerde tilnærming tar som utgangspunkt at livskvalitet handler om å realisere størst mulig frihet for den enkelte samfunnsborger. Den indiske økonomen Amartya Sen har utarbeidet det han har kalt kapabilitetstilnærmingen (*the capability approach*) til forståelsen av velferd. Sen hevder at livskvalitet bør vurderes og måles gjennom å undersøke mulighetene en person har til å realisere verdifulle aktiviteter eller tilstander for seg selv. Frihet er et middel til å realisere slike verdifulle tilstander, men er også et mål i seg selv. Humanitære behov kan ut fra dette defineres som ufrihet, en mangel på muligheter til å realisere verdifulle aktiviteter eller tilstander.

Så kan en spørre hva denne mangelen konkret består i; hva er de viktigste formene for frihet? Filosofen Martha Nussbaum har utformet sin egen variant av kapabilitetstilnærmingen, og laget en liste over hvilke friheter som alle mennesker bør ha, hvis de skal kunne sies å leve et menneskeverdig liv (Barstad 2014: 37-39). Her inngår for eksempel «Liv» («Å kunne leve et liv av normallengde...»), «Kroppslig helse» («Å kunne være av god helse...få næringsriktig mat; ha tak over hodet») og «Lek» («Å kunne le, leke og nyte godt av fritidsaktiviteter»). Listen har likhetspunkter med internasjonale konvensjoner om menneskerettigheter, der for eksempel retten til helse inngår (Strand & Larsen, 2015).

En femte og siste tilnærming er teorier om behov. Behov kan oppfattes som grunnleggende biologiske drifter og motivasjoner, slik som behovet for sex eller søvn. Behov kan også defineres med utgangspunkt i oppfatninger om hva som må til for å realisere gitte utfall. Alle behovsutsagn har strukturen «A har behov for X for å oppnå Y» (Gough, 1998). Vi kan for eksempel si at nære relasjoner til andre mennesker er nødvendig for å oppleve tilhørighet og unngå ensomhet.

En berømt behovsteori er hierarkimodellen til den amerikanske psykologen Abraham Maslow. Opprinnelig beskrev han en hierarkisk modell med fem universelle behov. Nederst var de grunnleggende fysiologiske behovene, som behovet for mat og vann, på de neste nivåene kom behovene for trygghet, kjærlighet, anerkjennelse og respekt (*esteem*), og på det høyeste nivået, behovet for selvrealisering. Denne modellen har hatt stor innflytelse, men også fått mye kritikk. En rekke andre behovsteorier har blitt lansert. *Self-Determination Theory* (SDT) ser ut til å være den empirisk sett best underbygde behovsteorien i moderne psykologi, utarbeidet av de amerikanske psykologene John Deci og Richard Ryan (2000). Ifølge teorien finnes det tre grunnleggende psykologiske behov: *Autonomi*, som er behovet for å styre seg selv og velge i tråd med egne verdier, *kompetanse*, som er behovet for å beherske og mestre omgivelsene, samt *relasjoner*, som er behovet for å knytte seg til andre mennesker, elske og å bli elsket. En mer sosiologisk orientert behovsteori er utarbeidet av Len Doyal og Ian Gough (Doyal & Gough, 1991). Deres utgangspunkt er at det finnes en universell Y, et mål som det er i alles interesse å oppnå, nemlig et minstemål av evne til å delta i samfunnet. Ifølge teorien er det to universelle forutsetninger for sosial deltaking: Fysisk helse og autonomi. Den syke vil naturligvis ha langt større vansker med å utføre handlinger og oppfylle sine forpliktelser enn den friske. Autonomi («autonomy of agency») blir definert som evnen til å gjøre informerte valg. Ifølge Doyal og Gough er det tre forutsetninger for autonome handlinger: mental helse, kognitive ferdigheter og muligheter for å delta i sosialt meningsfulle aktiviteter. For eksempel vil dårlig mental helse undergrave selvtillit og kompetanse for deltaking. Teorien spesifiserer også en rekke «mellomliggende» behov. Å tilfredsstille disse er essensielt for å beskytte og ta vare på fysisk helse og evnen til å gjøre informerte valg, blant annet tilstrekkelige helsetjenester, trygghet i barndommen, tilgang til primære relasjoner og fysisk trygghet.

Ut fra ulike varianter av behovsteori, kan humanitære behov dermed defineres som en manglende evne til å tilfredsstillende fundamentale behov, av fysisk, psykisk eller sosial art.

De fem tilnærmingene eller teoritradisjonene er overlappende og langt fra gjensidig utelukkende. Sett i lys av kapabilitetstilnærmingen, kan for eksempel behovsteoriene forstås som argumenter for hvilke friheter som det er særlig viktig å realisere. Behovs- og frihetstilnærmingene framstår snarere som kompletterende enn som vesensforskjellige (Barstad 2014). Noen behovsteorier understreker i tillegg at frihet er et behov i seg selv. Behovstilnærmingen kan også bidra til å forklare den subjektive opplevelsen av smerte og lidelse. Lidelsen oppstår når mennesker ikke har tilgang på det de trenger for å tilfredsstillende fundamentale behov. I sin tur kan lidelsen, for eksempel i form av angst og depresjon, påvirke evnen til å tilfredsstillende behov og realisere frihet. Et minstemål av god mental helse er en forutsetning for utøvelse av autonomi, slik Doyal og Gough peker på.

Hva skal vi så, helt konkret, velge som utgangspunkt for vår måling av humanitære behov? For det første er den fysiske behovsdekningen av grunnleggende betydning. Selv om fysisk nød langt på vei er utryddet i Norge, finnes det likevel «lommer» av slik nød blant mindre grupper i befolkningen. Vi har fremdeles bostedsløse, eller personer som ikke har råd til fisk eller kjøtt til middag minst annenhver dag, som vi skal se. Noen grupper i samfunnet har betydelig kortere liv enn andre. Som andre har påpekt (Markussen & Røed, 2017), er det å være i live den mest fundamentale av alle indikatorer på livskvalitet. Martha Nussbaum hevder at et menneskeverdig liv forutsetter friheten til å kunne leve et liv av normal lengde. Høy dødelighet i visse grupper framstår derfor som et viktig kriterium på humanitære behov. Som utgangspunkt for å definere slike behov vil vi også vektlegge betydningen av fysisk og psykisk lidelse, altså av smerter, tristhet, angst, opplevelse av meningsløshet osv.

I tillegg til dette vil vi også trekke fram grunnleggende former for ressursmangel og ufrihet, selv om disse ikke har resultert i målbare former for fysisk eller psykisk lidelse. En viktig årsak til dette er at mennesker har en evne til å tilpasse seg vanskelige omstendigheter. Forskning har vist at selv alvorlige former for funksjonshemming ikke nødvendigvis innebærer mer opplevd lidelse enn det som er vanlig i normalbefolkningen. En alvorlig funksjonshemming innebærer likevel vesentlig mindre valgfrihet i livet. Når personer med funksjonshemming blir bedt om å angi hvor mye de ville ofre, av penger eller livslengde, for å bli funksjonsfriske, viser det seg at de har et sterkt ønske om å bli kvitt funksjonshemmingen (Ubel & Loewenstein, 2008). Ut fra et frihets- og preferanseperspektiv representerer funksjonshemmingen derfor et humanitært behov, selv om den ikke innebærer psykisk lidelse utover det normale. Andre former for ressursmangel som kan skape ufrihet er mangel på utdanning og kunnskaper (eksempelvis på grunn av dysleksi som ikke har blitt fulgt opp i skolesystemet), fattigdom og svak tilknytning til arbeidslivet.

I tabell 1.1 har vi konkretisert ulike typer nød og lidelse, delvis basert på arbeidene til den amerikanske sosiologen Ronald Anderson (2014, 2015). Denne typologien vil danne utgangspunktet for vår oppsummering av foreliggende statistikk og forskning.

Tabell 1.1. Ulike former for nød og lidelse

Typer	Eksempler
1. Lav overlevelse	Høy dødelighet, død før normaltid
2. Fattigdom og fysisk nød	Ikke råd til mat eller andre grunnleggende materielle goder. Bostedsløshet
3. Fysisk lidelse	Smerter, funksjonshemming
4. Psykiske plager og lidelser	Depresjon, angst, utrygghet, meningsløshet, rusproblemer
5. Mellommenneskelig lidelse	Ensomhet, isolasjon, konflikter, vold og mobbing
6. Sosial lidelse	Arbeidsledighet, utestengning, diskriminering, stigmatisering

«Sosial lidelse» er av Anderson definert som lidelse som skyldes sosiale institusjoner og deres virkemåte. Her legges det særlig vekt på diskriminering og stigmatisering av forskjellige grupper, men arbeidsledighet, fattigdom og funksjonshemming nevnes også som eksempler. I typologien i tabell 1 har vi valgt å inkludere fattigdom som del av beskrivelsen av «fysisk nød», og funksjonshemming inngår som ledd i omtalen av fysisk lidelse. Sosial lidelse kan være vanskelig å studere rent statistisk, siden den i mange tilfeller er knyttet til normer som oppmuntrer til diskriminering eller annen skade rettet mot stigmatiserte grupper i samfunnet. Mer kvalitative og etnografiske metoder er ofte brukt for å studere denne formen for lidelse (Anderson, 2015). Det kan diskuteres om det strengt tatt gir mening å skille ut en egen kategori for sosiale lidelser, siden det er åpenbart at alle former for nød og lidelse kan ha sosiale årsaker, helt eller delvis. Det kan likevel ha betydning å synliggjøre noen av de sosiale årsakene gjennom en egen kategori. Vi vil omtale arbeidsledighet og utestengning fra arbeidslivet under denne rubrikken, samt si litt om diskriminering på arbeids- og boligmarkedet i Norge.

1.2. Tidligere rapporter om humanitære behov i Norge

Røde Kors bestilte i 1993 en rapport fra Fafo, kalt «Sosial puls», som skulle «ta Velferds-Norge på pulsen». I tillegg til en generell gjennomgang av levekårsutviklingen på 1980-tallet, ble det valgt å fokusere på ungdom og eldre som to av velferdsstatens viktigste behovsgrupper (Lødemel & Flaa, 1993). Rapporten pekte på at nøden i det norske samfunnet var blitt betydelig mindre, og bare eksisterte i lommer av velferdssamfunnet (Lødemel & Flaa, 1993, s. 15). Samtidig går mottakerne av velferdsordningene mer inn og ut av ordningene. Konsekvensene er at velferdsstaten har blitt mindre treffsikker, fordi blinkene har blitt mindre og mer bevegelige.

Fafo fikk et nytt oppdrag fra Røde Kors i 2009, der de ble bedt om å liste opp de ti største humanitære utfordringene i Norge (Fløtten, Hansen & Kavli, 2009). Humanitære utfordringer ble oppfattet som samfunnsproblemer som kan true grunnlaget for et godt samfunn. Det er «..problemer som utfordrer det norske velferdssamfunnet – ved at de utfordrer grunnlaget for frihet, likhet og solidaritet» (Fløtten et al., 2009). Listen over utfordringene ble ikke rangert, og var de følgende ti:

1. Utestengning fra utdanning og arbeidsliv. Å delta i utdanning eller arbeidsliv er viktig for gode levekår. Noen grupper i befolkningen faller utenfor disse samfunnsarenaene; det danner grunnlag for ulikhet på andre områder av livet. Det er en bekymringsfull utvikling med unge som dropper ut av videregående utdanning. Noen grupper sliter på arbeidsmarkedet: etniske minoriteter, personer med nedsatt funksjonsevne, unge med lav utdanning og de som har rusproblemer.

2. Huller i velferdsstatens sikkerhetsnett. Noen grupper mangler tjenester og vern mot sosial nød, og ender med levekår som ikke er akseptable i det norske velferdssamfunnet. Grupper med risiko for manglende tjenester og støtte er de følgende åtte: Bostedsløse, rusmiddelmissbrukere, personer med psykiske lidelser, langtidsmottakere av sosialhjelp, innsatte i fengsler og i overgang mellom fengsel og frihet, migranter med uklare rettigheter, barn og unge som er asylsøkere og barn i inntektsfattige familier. Dette er delvis overlappende grupper: 60 prosent av innsatte i fengsler og av de bostedsløse har rusproblemer.
3. Sosial ulikhet. Det har blitt større forskjell på fattig og rik. De ti prosent fattigste har fått en mindre andel av de totale inntektene i samfunnet.
4. Marginaliseringsspiraler. Noen er inne i marginaliseringsspiraler; mange som har flere levekårsproblemer opplever at de er vedvarende og hopper seg opp. Det er en betydelig reproduksjon av ulikhet på noen områder. Blant langtidsmottakere av sosialhjelp har for eksempel mange hatt problemer i oppveksten og vært utsatt for mobbing.
5. Vold i ungdomsmiljøer. Barn og unge har særlige krav på samfunnets beskyttelse mot vold og overgrep. Vold svekker folks tillit til hverandre. Flere unge utsettes for vold enn før, og flere siktes for voldsforbrytelser.
6. Nye trusler mot likestillingsidealet. Likestillingsidealet gjelder for grupper definert på grunnlag av både kjønn, etnisk bakgrunn, seksuell legning og funksjonsevne. Det er problemer med å oppfylle disse idealene. Nær halvparten av alle innvandrere har opplevd diskriminering, og under halvparten av funksjonshemmede er i jobb.
7. Ensomhet. Det har ikke vært noen økning av ensomheten, men noen grupper er mer utsatt enn andre, slik som sosialhjelpsmottakere, innvandrere og eldre aleneboende. En høy andel barn med pakistansk og somalisk bakgrunn treffer sjelden venner på fritiden.
8. Unges psykiske helse. Det har vært en urovekkende utvikling av ungdoms psykiske helse, blant annet en økning av andelen unge som uføretrygdes på grunn av psykiske lidelser. Hvis unge med psykiske problemer ikke får hjelp innebærer det en fare for framtidig utenforskap.
9. Narkotika og rusmiddelbruk. Samfunnet må måles på hvordan de ivaretar de svakeste. Rusmiddelbruken skaper ringvirkninger og lidelse for den enkelte og for familier og nærmiljø. Antall overdoser er høyt i Norge.
10. Sosial kapital på gyngende grunn. Sosial kapital er en betegnelse på tilliten i samfunnet. Ulikhet, utenforskap og vold kan true den sosiale tilliten i det norske samfunnet og dermed velferdssamfunnet på sikt.

I 2017 fikk Statistisk sentralbyrå et oppdrag fra Røde Kors om å beskrive de viktigste humanitære behovene i Norge. Inntil 8 grupper skulle listes opp og rangordnes. Dette var listen (Barstad, 2017):

1. Personer som inntar narkotika med sprøyte eller har andre alvorlige rusproblemer
2. Barn som utsettes for mishandling, vold, mobbing og omsorgssvikt
3. Asylsøkere, særlig barn og de som har fått avslag
4. Eldre med og uten demens, i sykehjem
5. Personer med alvorlige psykiske lidelser
6. Langtids sosialhjelpsmottakere
7. Fattige barnefamilier
8. Unge utenfor eller i randsonen av arbeidsliv og utdanning.

Listen var forsøkt rangordnet slik at gruppene som ble antatt å ha de mest akutte behovene kom først (som narkomane og barn som blir mishandlet eller utsatt for mobbing), mens de som kom lenger ned var mer å regne som sårbare grupper under risiko for å utvikle mer alvorlige problemer, for eksempel unge utenfor arbeid og utdanning.

En annen forskningsrapport, også utarbeidet på oppdrag fra Røde Kors, handler om fire utsatte målgrupper: barn og unge, migranter, eldre og personer med kriminalitets- og rusproblemer. Undergrupper innenfor disse med udekkede behov ble trukket fram, blant annet basert på lokalstudier der representanter for frivillig og offentlig sektor ble intervjuet. Gruppene som ble spesielt trukket fram var barn som lever i fattigdom, unge med psykiske problemer, mindreårige migranter, migranter med begrensede sosiale rettigheter, ensomme eldre, eldre med psykisk uhelse, personer i skjæringspunktet mellom rus og psykiatri, samt eldre rusmisbrukere. Samtidig ble det understreket at de udekkede behovene for disse gruppene varierte betydelig fra sted til sted, og at tiltakene for behovsdekning må være sensitive for lokale variasjoner (Haug & Tolgensbakk, 2019).

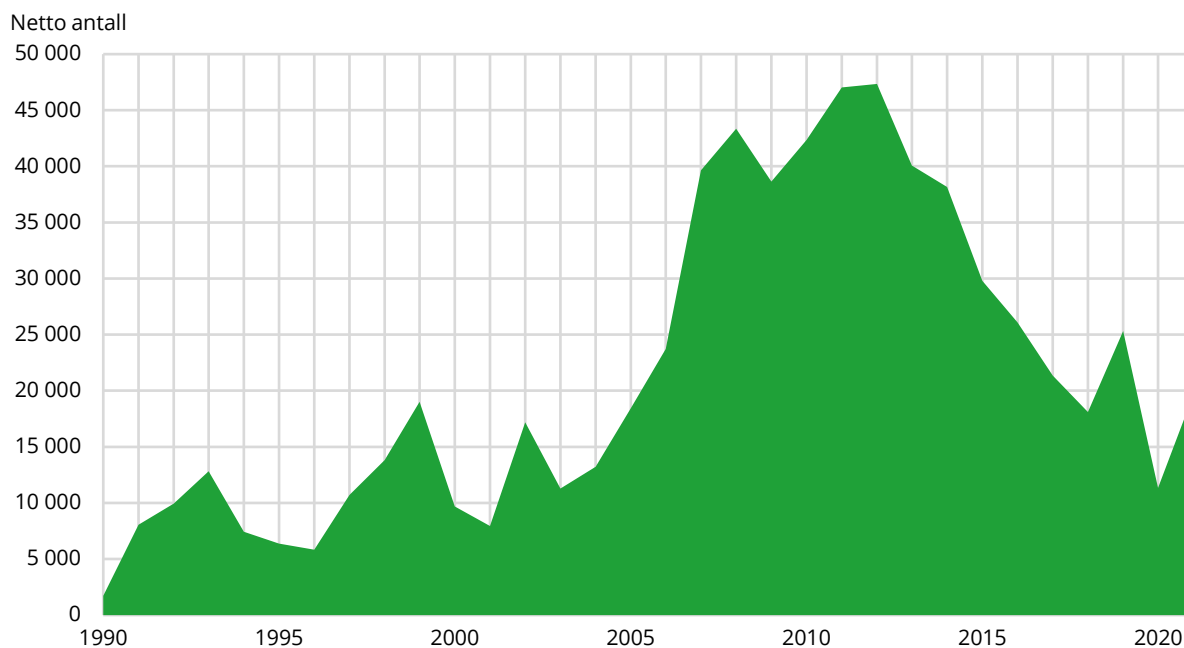
2. Drivkrefter og trender

En rekke demografiske og sosioøkonomiske utviklingstrekk påvirker velferden og omfanget av hjelpebehov i samfunnet. Høy økonomisk vekst kombinert med en storstilt utbygging av velferdsstaten har bidratt til å redusere de humanitære behovene i etterkrigstidens Norge. Det er likevel ikke gitt at denne utviklingen vil fortsette, og som en tidligere referert Fafo-rapport har pekt på, er det flere trender som kan gi grunn til bekymring, ikke minst økt ulikhet. Noen trekk ved den demografiske utviklingen peker også på utfordringer, ikke minst at stadig flere oppnår en svært høy alder, med store hjelpebehov i livets siste fase. I det siste har også den pågående koronapandemien bidratt til å øke de humanitære behovene, spesielt blant utsatte grupper som eldre, folk med underliggende sykdommer og innvandrere. Den pågående krigen i Ukraina har dessuten ført til en ny og sterk økning i antall flyktninger, som vil kreve ressurser om den ikke skal ha uønskede konsekvenser relatert til kriminalitet, utstøting og fattigdom. Sistnevnte gjelder for så vidt også de økte strømprisene, som nå truer med å skape nye grupper med mennesker som har behov for ulike typer understøttelser, ikke bare økonomiske men også av mer helsemessig art. Ringvirkningene av fremtidige klimaendringer i andre land og regioner kan også på sikt tenkes å få store konsekvenser for antallet flyktninger som kommer til Norge, med potensielt store følger for norsk asyl- og sikkerhetspolitikk. Lokalt skaper klimaendringene dessuten behov for styrket beredskap som følge av utsikter til hyppigere og kraftigere ekstremvær, og i den forbindelse muligheten for flom- og erosjonskatastrofer.

2.1. Demografi

La oss starte med de demografiske trendene. Den største demografiske endringen de siste ti-årene er utvilsomt den sterke veksten i innvandringen. I tiårsperioden fra 2000 ble det registrert en nettoinnvandring på vel 22 000 per år, og etter 2010 og fram til 2012 nesten 41 000 per år (Justisdepartementet, 2017, s. 59). Fra og med 2012 falt imidlertid antall nye innvandrere hvert år fram til 2020. Selv om nettoinnvandringen tok til å øke igjen i 2021 -med snaut 20 000 personer sammenlignet med året før – ligger nettoinnvandringen fortsatt en god del lavere enn tidligere år, spesielt lavere enn toppårene for om lag 10 år siden (figur 2.1). Den siste tids økning i antall innvandrere tyder på at denne tendensen er i ferd med å snu, etter et spesielt år preget av strenge innreiserestriksjoner både i Norge og utlandet. Dette underbygges også av flyktningestrømmen som nå er antatt å treffe Norge som følge av blant annet konflikten i Syria, Talibans overtagelse av Afghanistan og, ikke minst, krigen i Ukraina. Disse begivenhetene er av Beregningsutvalget for utlendingsforvaltningen antatt å lede til en flyktningestrøm til Norge på til sammen ca. 35 000 personer i 2022, hvorav 30 000 er antatt å komme fra Ukraina.²

² <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/udi-med-forelopig-scenario-for-ankomster-av-ukrainske-flyktninger/id2904233/>

Figur 2.1. Årlig nettoinnvandring til Norge. 1990-2021

Kilde: Statistisk sentralbyrå, [Statistikkbanktabell 06913](#)

At nettoinnvandringen nå er tilbake på et nivå som ligner det vi hadde før pandemien, gjør at antallet innvandrere i Norge fremdeles øker. Innvandrerne utgjorde ved årsskiftet 2021 nesten 820 000 personer, altså om lag 15,1 prosent av befolkningen. Inkluderer vi norskfødte med innvandrerforeldre, passerte innvandrere og deres barn over en million i Norge i 2021, som representerer mer enn en fordobling av antallet sammenlignet med for 20 år siden.³

Den sterke økningen i perioden 2000-2010 skyldtes blant annet en sterk økning i innvandringen fra de nye EU-landene i Øst-Europa etter medlemsutvidelsene i 2004. Tallene for 2021 tyder på at den samme trenden nå igjen er i ferd med å gjøre seg gjeldende da antall nye innvandrere fra land som Polen, Litauen, Latvia og Romania nærmest doblet seg fra 2020 til 2021. For Polen er tallet på antall innvandrere i 2021 også det høyeste som er målt siden 2015 (figur 2.2).

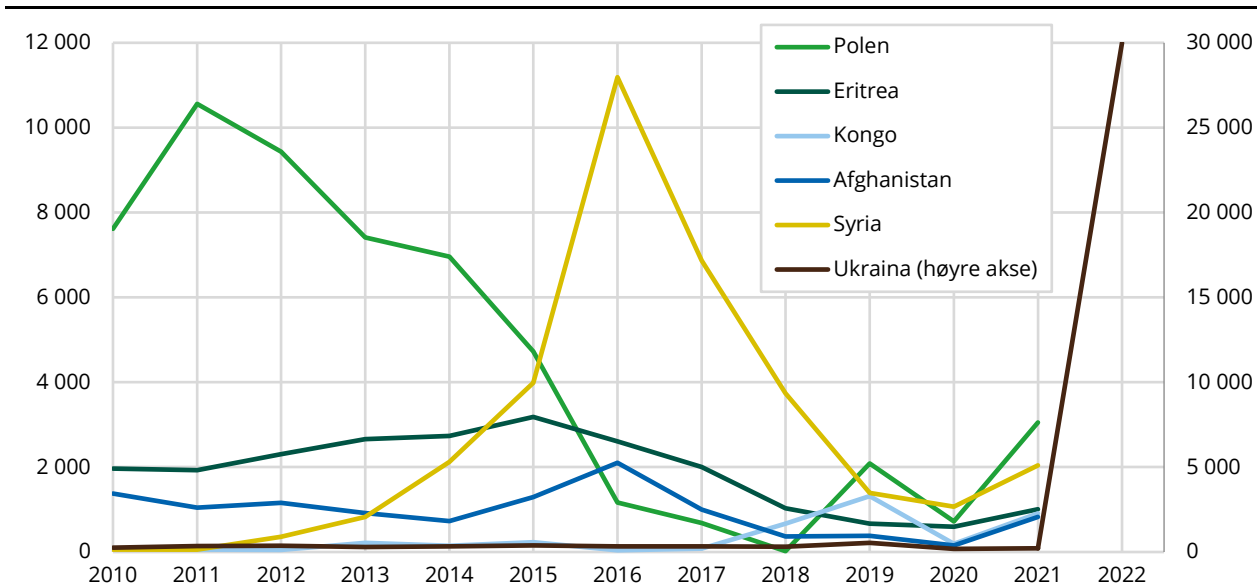
Antallet personer som er registrert bosatt i Norge og som har flukt som innvandringsgrunn har vært rekordlavt de siste fire årene, og utgjør i absolutte tall en mindre gruppe enn de som har innvandret på grunn av arbeid eller familie. Faktisk var da også Norge det landet i Europa som opplevde den største prosentvise nedgangen i antallet asylsøkere fra 2015 til 2016, på om lag 90 prosent.⁴ Det skjedde blant annet som følge av politiske beslutninger om å redusere inntaket av flyktninger.⁵ I 2019 var det kun 2300 personer som søkte beskyttelse (asylsøkere) i Norge. Over halvparten av dem som kom til Norge i 2019 var kvinner og barn. Den største gruppen asylsøkere kom fra Syria, etterfulgt av tyrkere, eritreere, afghanere og russere. Innvandringen, framfor alt tilstrømningen av asylsøkere og flyktninger, representerer betydelige humanitære utfordringer, som vi skal se flere eksempler på seinere. Spesielt utsatt i så måte er gruppen med irregulære migranter, særlig de som livnærer seg gjennom ulovlig arbeid og de som lever av ulike former for kriminalitet eller prostitusjon.

³ <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/nokkeltall/innvandring-og-innvandrere>
https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/okonomiske-analyser/okonomiske-analyser-1-2022/_attachment/inline/3628d7e9-f7c5-4508-adbc-32db442cd815:301f425574559d143b016810f653147811371155/OA2022-1-utsyn.pdf, lest 28.03. 2021.

⁴ <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7921609/3-16032017-BP-EN.pdf/e5fa98bb-5d9d-4297-9168-d07c67d1c9e1>

⁵ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-30-20152016/id2499847/sec1?q=Integrering>

Figur 2.2. Nettoinnvandring til Norge i perioden 2010-2021 av statsborgere fra Ukraina og land med høyest nettoinnvandring i 2021 (tallet for Ukraina i 2022 er en prognose)



Linjene i figuren refererer seg til forskjellig målestokk. Mens tallene for Polen, Eritrea, Kongo, Afghanistan og Syria refererer seg til målestokken langs venstre akse, refererer tallene for Ukraina seg til målestokken langs høyre akse.

Kilde: Statistisk Sentralbyrå, <https://www.ssb.no/statbank/table/11327>

Innvandrere har i gjennomsnitt lavere utdanning enn den øvrige befolkningen. Mange trenger økonomisk støtte, hjelp til språkopplæring og annen utdanning, finne en passende bolig og etablere seg i arbeidslivet. En del av dem må håndtere negative holdninger og diskriminering. Uten en god integrering i arbeidslivet kan et økt antall innvandrere med flyktningbakgrunn ha en rekke uheldige sosiale og sosioøkonomiske konsekvenser, som igjen kan føre til økt kriminalitet og utenforskap etc.⁶

Alder er et annet demografisk kjennetegn med stor betydning for hjelpebehovene i samfunnet. Barn er helt avhengige av de voksnes omsorg. De eldste aldersgruppene representerer også humanitære utfordringer – helsetilstanden svekkes med årene, og blant de aller eldste er det mange som bor alene og dermed ikke kan få støtte fra en partner. Storforbrukerne av offentlige helse- og omsorgstjenester er stort sett de som er 80 år og eldre. I 2021 ble det registrert nesten 3900 flere personer i denne kategorien eldre i Norge enn året før.

I de siste tiårene har det vært en jevn økning av antallet og andelen som er svært gamle, aldersgruppen 90+, mens det har blitt relativt sett færre barn. Etter en lang periode med en stabil andel eldre over 67 år, har det imidlertid også i denne gruppen vært en betydelig økning de siste årene. Bare fra 2015 til 2022 økte gruppens andel av befolkningen med to prosentpoeng, fra 14 til 16 prosent.⁷ Fra 2020 til 2021 var det en økning i denne kategorien eldre på i overkant av 21 300 personer og vi vil komme til å se sterk vekst i denne aldersgruppen også framover, både på grunn av den økende levealderen, og fordi de tallrike etterkrigskullene nå blir blant de eldste.⁸ At befolkningen blir eldre, fører til økte helseutfordringer, selv om antallet friske leveår har økt kraftigere enn antallet år med sykdom.

En annen viktig demografisk endring berører familier og husholdninger. I flere tiår har utviklingen gått i retning av mindre bohusholdninger, og det har blitt et større innslag av enslige og

⁶ Brochmann II-utvalget (NOU 2017:2).

⁷ <https://www.ssb.no/statbank/table/07459/>, lest 04.04. 2022

⁸ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/befolkningen/>

aleneboende. Én av fire i den voksne befolkningen bor alene, rundt årtusenskiftet var andelen én av fem.⁹ Det har blitt flere som til enhver tid ikke lever i samliv. Denne utviklingen har flere årsaker, men ser ikke minst ut til å ha sammenheng med hyppigheten av samlivsoppløsninger.

Omskifteligheten i parforholdene har blitt større. Andelen som ved 35-årsalder har flere samliv bak seg, er betydelig høyere i yngre enn i eldre fødselskohorter (Dommermuth, Hart, Lappegård, Rønsen & Wiik, 2015, s. 45). Imidlertid ser vi at i gruppen med flest aleneboende og enslige: eldre kvinner 67+, har det vært en reduksjon av andelen enslige.¹⁰

Som vi skal se, kjennetegnes mange av gruppene med humanitære behov av at de er enslige eller bor alene. Dette kan være en konsekvens av problemene de opplever, for eksempel dårlig helse eller en vanskelig økonomisk situasjon. Helseproblemer øker risikoen for skilsmisse, ifølge norsk forskning, gjengitt i Dommermuth et al. (2015, s. 59). Men det er også grunn til å tro at samlivsoppløsning kan forsterke psykiske eller sosiale vansker, og bidra til dårlig økonomi, høyt sykefravær og generelt lav livskvalitet. Norske undersøkelser tyder videre på en sammenheng mellom samlivsbrudd og forskjellige psykiske og atferdsmessige problemer blant barna som rammes, men det er uklart i hvilken grad dette kan forstås som en årsakssammenheng (Dommermuth et al., 2015, s. 62-64). De fleste aleneboende greier seg utmerket, men er mer sårbare når negative livshendelser inntreffer, som arbeidsledighet eller sykdom.

En stadig eldre befolkning, lavere befolkningsvekst samt flere og eldre innvandrere vil være noen av trendene som vil prege befolkningsutviklingen i Norge de neste ti-årene. Ifølge befolkningsframskrivningene vil det i 2030 for første gang være flere eldre enn barn her i landet, og i 2060 vil hver femte person være over 70 år, mot dagens én av åtte. Det forventes også en kraftig økning av innvandrere i de eldre aldersgruppene. Hver fjerde innvandrere i Norge i 2060 vil være 70 år eller mer. Den generelle befolkningsveksten vil først og fremst komme i sentrale strøk, mens det for en del kommuner i usentrale strøk nordpå forventes en befolkningsnedgang.¹¹

2.2. Pandemi

Koronapandemien kom til Norge første gang den 26. februar 2020 og har siden spredd seg til alle deler av landet. Foruten Oslo, har de mest berørte fylkene vært Viken, Agder, Rogaland og Vestfold, men også de andre fylkene har opplevd betydelig smitte. Pandemien har også ført til et relativt stort antall døde, ved utgangen av april i år registrert til noe i overkant av 2900 personer totalt. Av de som er døde så langt befinner ca. 60 prosent seg i aldersgruppen over 80 år, men også i aldersintervallet 60-80 år har dødeligheten vært relativt høy, spesielt blant innvandrere og mennesker med såkalte komorbiditeter, eller tilleggssykdommer. I det siste har vi også observert en signifikant økning i antall døde som følge av en ny Ba.2 variant av omikronviruset og det ser ut til at dødsfallene nå hovedsakelig forekommer blant den uvaksinerte delen av befolkningen over 75 år.¹² Den siste tids utvikling har medført at antallet Covid-19 relaterte dødsfall totalt i Norge gikk fra å være lavere til å være høyere enn i en gjennomsnittlig influensasesonng fra og med november i fjor (se figur 2.3). Tallene er imidlertid fortsatt betydelig lavere enn i de fleste andre europeiske land. Med samme antall dødsfall per million innbyggere som Storbritannia, ville Norge hatt rundt 14 000 dødsfall med covid-19.¹³

⁹ <https://www.ssb.no/statbank/table/04306>, lest 03.05. 2022

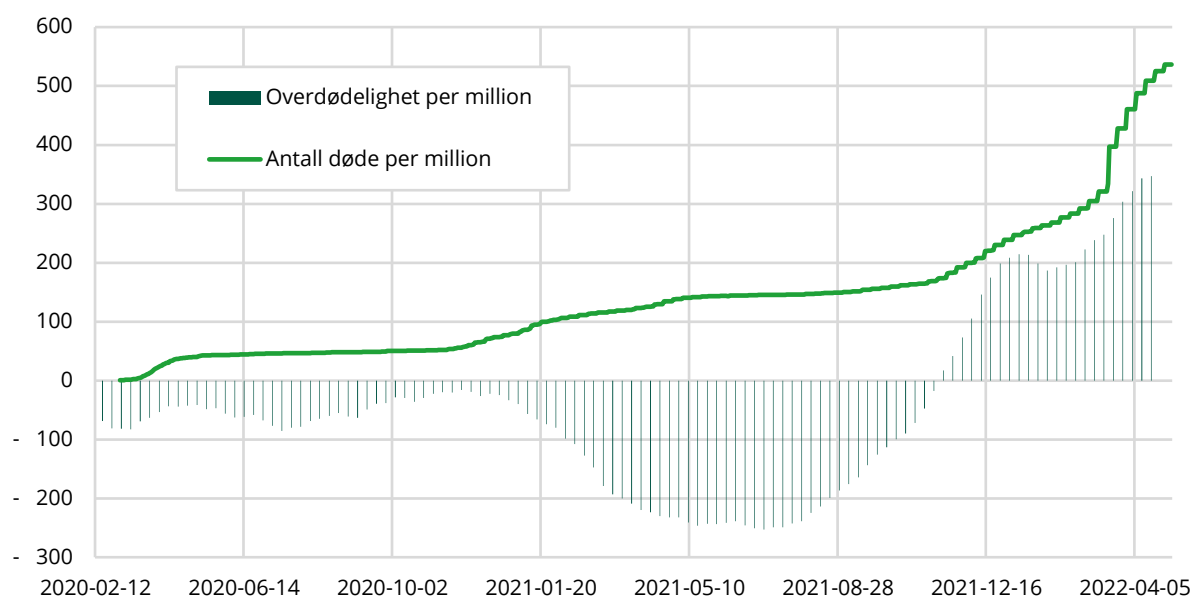
¹⁰ <https://www.ssb.no/statbank/table/04306>, lest 03.05. 2022

¹¹ <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/et-historisk-skifte-flere-eldre-enn>, lest 04.04. 2022

¹² Kilde: FHI (BeredtC19, MSIS, SYSVAK).

¹³ <https://www.worldometers.info/coronavirus/>, <https://ourworldindata.org/coronavirus>

Figur 2.3. Totalt antall døde og antall dødsfall som overstiger dødeligheten i et normalår per million innbyggere av Covid-19 i Norge



Kilder: Our World in Data og John Hopkins University CSSE Covid-19 Data. Human Mortality Database (2021) og World Mortality Dataset (2021)

Covid-19 gir risiko for følgetilstander, særlig for de som har vært innlagt på sykehus, intensivavdeling og fått respiratorbehandling. Mange mennesker som har hatt COVID rapporterer også om følelsen av såkalt «hjernetåke», dvs. tretthet og problemer med konsentrasjon og hukommelse lenge etter at de første symptomene har forsvunnet. Disse symptomene, som er relativt vanlige, refereres ofte til som "langsiktig COVID", og kan vare i opptil flere måneder selv etter mild infeksjon. En ny britisk studie er i den forbindelse urovekkende. Den viser at selv milde infeksjoner kan ha en degenererende effekt på hjernen tilsvarende en aldring på mellom ett til seks år.¹⁴

Til tross for at antall sykehusinnleggelseser nå igjen ser ut til å være i nedgang, og store deler av den norske befolkningen er vaksinert, indikerer dette at vi inntil videre bør være på vakt, ikke bare med hensyn til det framtidige pandemiforløpet, men også med hensyn til avtrykket pandemien vil kunne skape i etterkant langs andre dimensjoner. En ny bølge med smitte truer dessuten nå en rekke asiatiske og afrikanske land, og faren er stor for at det i prosessen skal utvikles en ny variant av koronaviruset som er resistent mot den grunnleggende immuniteten som har blitt opparbeidet i etterkant av vaksinasjon og/eller smitte. I India er det sågar oppdaget en ny Ba.2.12-variant som ikke bare er mer smittsom, men som også sies å kunne forårsake et sykdomsforløp som potensielt er mer alvorlig enn et normalt Ba.2 omikronforløp. I Sør-Afrika er i tillegg en ny bølge med smitte fra to nye koronavirusvarianter (Ba.4 og Ba.5) i full gang med å spre seg, også til andre land inkludert Europa, skjønt antall tilfeller så langt er lavt utenfor det afrikanske kontinentet.¹⁵

Men pandemien har ikke bare ledet til fysisk sykdom og død. Som dokumentert i en rekke forskningsartikler på norske forhold, har de strenge smittevernstiltakene også hatt en rekke psykososiale konsekvenser, ikke bare blant barn og unge, men også blant sårbare grupper i den voksne befolkningen, se nærmere omtale seinere i denne rapporten. Pandemien rammet innvandrere særlig hardt. Spesielt ille har det antakelig vært for gruppen bestående av irregulære immigranter, der koronasituasjonen har medført en rekke nye psykososiale utfordringer og behov relatert til psykisk så vel som fysisk helse (Røde Kors, 2021). Nesten halvparten av alle

¹⁴ <https://www.nature.com/articles/s41586-022-04569-5>

¹⁵ <https://thefederal.com/covid-19/ba-12-variant-detected-in-bihar-said-to-cause-10-times-worse-covid/>,
<https://www.theguardian.com/world/2022/may/02/covid-cases-south-africa-omicron-ba4-ba5-uk>

arbeidssøkende som nå står helt uten jobb er innvandrere ifølge NAV. Dette kommer for tiden også til uttrykk ved køene til fattighuset i Oslo der brorparten av de som står i kø kommer fra andre land enn Norge.¹⁶ Alt dette skal vi se nærmere på i andre kapitler av rapporten.

2.3. Sosiale og økonomiske trender

Sosioøkonomisk sett har det også skjedd store endringer i det norske samfunnet i løpet av de siste tiårene. Mens innvandringen har blitt trukket fram som den mest markante demografiske forandringen, er det særlig to faktorer som har endret Norge sosialt sett: Framveksten av det som løselig betegnes som et utdannings- eller kunnskapssamfunn, samt kvinners frigjøring og inntog på arbeidsmarkedet. På 1960-tallet var ennå ni av ti norske kvinner husmødre, uten egen inntekt, og nesten like mange hadde grunnskole som høyeste utdanning. Husmorssamfunnet var også et industrisamfunn, de fleste menn arbeidet i manuelle yrker (Birkelund & Petersen, 2016). I 2020 har mer enn fire ganger så mange nordmenn universitets- og høgskoleutdanning som i 1980. Og flere kvinner enn menn har høyere utdanning.¹⁷ Industrisysselsettingen kulminerte på 1970-tallet. I 2020 arbeidet nesten åtte av ti i de tjenesteytende næringene. De største enkeltsektorene i dag er den kommunale og statlige forvaltningen. En av de store vekstnæringene er helse- og omsorgssektoren; her er sysselsettingen nærmest seksdoblet siden 1970.¹⁸

Så hvordan har disse utviklingstrekkene påvirket de humanitære behovene? En av konsekvensene er at arbeidsmarkedet stiller andre krav enn tidligere. Kvalifikasjonskravene har økt. Lav utdanning kan dermed innebære en større sosial risiko. De som ikke fullfører videregående skole har langt høyere risiko for å bli uføretrygdet enn de som fullfører, og denne forskjellen ser ut til å være økende over tid (Grødem, Nielsen & Strand, 2014). Markussen og Røed (2017) finner at den økonomiske og sosiale ulikheten har blitt større, og knytter dette blant annet til utviklingen av kunnskapssamfunnet. At de økonomiske ulikhetene har økt blir også understøttet av offisiell SSB-statistikk som viser at en mye brukt indeks for inntektsulikhet - den såkalte Gini-koeffisienten - har økt fra 0,236 i 2010 til 0,252 i 2020.^{19,20} Alternative kalkulasjoner som forsøker å ta hensyn til såkalte skjulte kapitalinntekter som ikke tas ut som utbytte, tyder dessuten på at inntektsulikheten kan tenkes å ligge betydelig over dette, i 2018 stipulert til om lag 37 prosent høyere (Aaberge, Mogstad, Vestad & Vestre, 2021). Hovedårsaken til økningen i ulikhet skyldes ifølge de samme forfatterne at en større andel av inntektene går til de rikeste. Men også innvandring fra fattige land og et skatte- og kontantoverføringssystem som har blitt mindre omfordelende, spiller en rolle for utviklingen. Personer født inn i de laveste økonomiske klassene (definert på grunnlag av foreldrenes arbeidsinntekt) har dessuten sakkert akterut de siste tiårene. Det er særlig menn fra de laveste økonomiske klassene som har tapt, absolutt eller relativt, i forhold til menn fra en mer fordelaktig bakgrunn, med hensyn til en rekke indikatorer på livskvalitet: sysselsetting, uførepensjon, dødelighet og ekteskapssjanser. I en situasjon der utdanning har blitt en stadig viktigere ressurs på arbeidsmarkedet, får støtte og oppmuntring fra familien, som kan stimulere til å ta høyere utdanning, også større betydning. Markussen og Røed (2017) viser til forskning som tyder på at personer som kommer fra de laveste inntektsklassene får mindre utdanningsfremmende støtte og oppmuntring enn de som kommer fra høyere klasser.

Det moderne arbeidslivets krav til sosial/emosjonell kompetanse og omstillingsevne er et utviklingstrekk som har blitt pekt på som uheldig for sysselsettingsmulighetene til dem som sliter med psykiske lidelser. Det kan være at psykiske lidelser, i tillegg til tyngre og lettere former for

¹⁶ <https://klassekampen.no/utgave/2022-03-18/sju-av-ti-i-koen-er-utenlandske>, lest 27.06. 2022

¹⁷ <https://www.ssb.no/utdanning/utdanningsniva/statistikk/befolkningens-utdanningsniva>

¹⁸ <https://www.ssb.no/statbank/table/09174/tableViewLayout1/>, lest 29.03.2022

¹⁹ Gini-koeffisienten (eller bare Gini) oppgis som et tall mellom 0 og 1. Hvis Gini-tallet er lik 0, har alle sammen like mye. Hvis Gini-tallet er 1, får én alt, mens de andre ikke får noe. Jo større tall, jo større er ulikheten. Gini kan også skrives som et tall mellom 0 og 100.

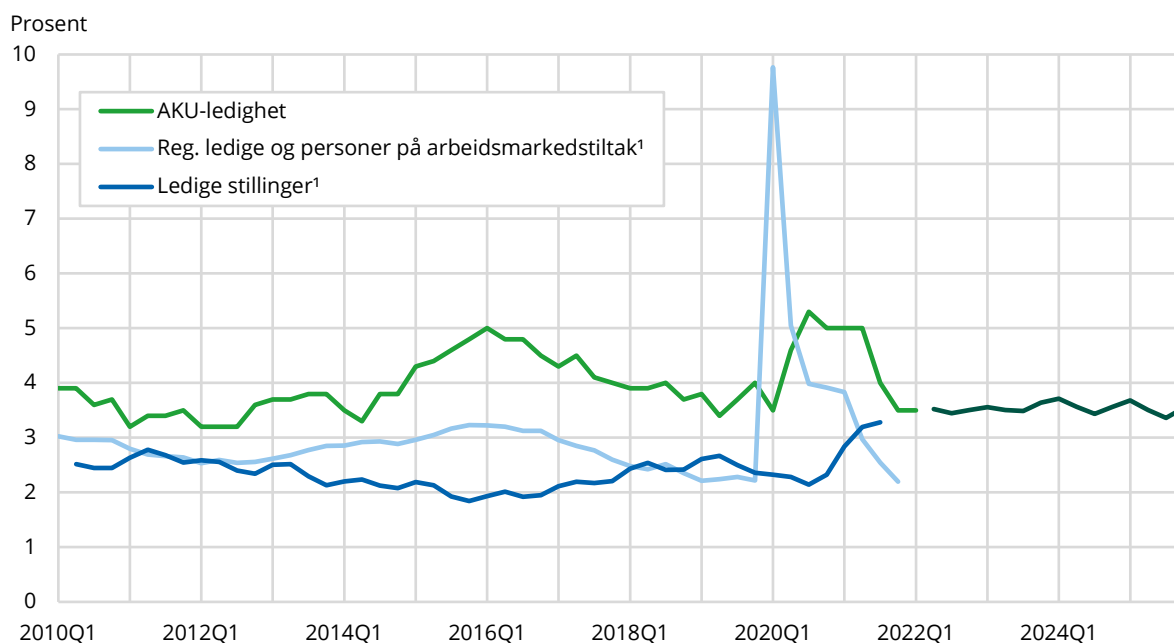
²⁰ <https://www.ssb.no/statbank/table/09114/>

psykisk utviklingshemming, i begrenset grad lar seg forene med slike krav. Økningen av uførepensjoneringen blant ungdom har blitt sett i lys av dette, uten at det har vært mulig å trekke noen entydige konklusjoner (Berg & Thorbjørnsrud, 2009).

De demografiske endringene vi har pekt på, påvirker også arbeidsmarkedet og andre sosioøkonomiske faktorer. For eksempel kan sterkere konkurranse på arbeidsmarkedet som følge av arbeidsinnvandringen, ha bidratt til at det har blitt vanskeligere å få jobb for noen utsatte grupper og i visse næringer. Ifølge Bratsberg og Raaum (2013) fører 10 flere svenske innvandrere i jobb til at 3-4 færre norske ungdommer er sysselsatt. Generelt er utviklingen på arbeidsmarkedet viktig for å forstå de humanitære behovene. Som vi skal se har de fleste av de utsatte gruppene en marginal posisjon i, eller står helt utenfor, arbeidslivet. Høy arbeidsledighet skaper et sterkere press på velferdsordningene og familiene som de arbeidsledige er en del av, og bidrar til sosiale og økonomiske problemer for noen av de ledige. Økende arbeidsledighet skaper også utrygghet og frykt for å miste jobben blant dem som fremdeles er i jobb.

Etter å ha steget kraftig under pandemien har arbeidsledigheten i Norge falt tilbake til i underkant av nivåene som gjaldt i forkant av pandemien. Ved utgangen av 2021 lå den på 3,3 prosent, et svært lavt nivå i internasjonal målestokk. I prosent av arbeidsstyrken har imidlertid ledigheten fluktuert mye over det siste ti-året. Fra et bunn-nivå i mars 2012, da 3,1 prosent var ledige, steg den først til en topp på 5,1 prosent i januar 2016, for deretter å falle tilbake til en ny bunn på 3,3 i april 2019.²¹ Pandemien førte så til at ledigheten steg til en topp på 5,3 prosent i august 2020, før den relativt raskt falt tilbake til nivået den lå på før pandemien, ved utgangen av desember 2021. I sine siste prognoser regner SSB med at arbeidsledigheten vil fluktuere rundt litt i overkant av 3,5 prosent de kommende årene (figur 2.4).²²

Figur 2.4. Arbeidsledige personer og ledige stillinger. Prosent av arbeidsstyrken og av summen av besatte og ledige stillinger, sesongjustert og glattet. Prognose for AKU-ledighet fra 2.kvartal 2022



Kilde: Arbeids- og velferdsetaten og Statistisk sentralbyrå

¹ På grunn av brudd i statistikken er tallene ikke sammenlignbare før/etter januar 2013

²¹ Månedstallene for arbeidsledighetsratene refererer seg til den gjennomsnittlige arbeidsledigheten i tremånedersperioden med den angitte måneden som midtobservasjonen.

²² https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/okonomiske-analyser/okonomiske-analyser-1-2022/_attachment/inline/3628d7e9-f7c5-4508-adbc-32db442cd815:301f425574559d143b016810f653147811371155/OA2022-1-utsyn.pdf. Lest 29.03.2022.

I løpet av det siste året har strømprisene steget markant og i enkelte tider på dagen i Sørøst-Norge sågar oversteget 6 kroner per kilowatt time. Da dette er en nødvendighetsvare det i Norge er vanskelig å substituere seg bort fra, har det hatt store negative konsekvenser for husholdninger som fra før slet med å få endene til å møtes, ikke bare økonomiske men også av mer psykisk og fysisk karakter. En slik sammenheng blir da også støttet av en nylig publisert artikkel som finner at det er en nær sammenheng mellom såkalt «brenselsfattigdom» og et sett med velværeindikatorer som livstilfredshet, selvrapporterte helsemål og mer objektivt målte biomarkørdata.²³

Klimaendringene er en annen faktor som kan skape nye typer av sårbarhet og økte humanitære behov, og således behov for økt beredskap i tiden som kommer. Her skulle det være nok å vise til leirskredet i Gjerdrum kommune der ti personer døde totalt, og flere familier ble husløse som følge av erosjon utløst av mye nedbør høsten 2020. Framover vil vi trolig få høyere temperaturer og mer nedbør, og således flere regnflommer og mer skred. Men også ringvirkningene av fremtidige klimaendringer i andre land og regioner kan komme til å ha store konsekvenser for den norske økonomien og det norske samfunnet i tiden som kommer, ikke minst som følge av økt innvandring og økende behov for bistand og nødhjelp i forbindelse med stadig hyppigere og kraftigere ekstremvær, slik som flom, tørke og vannmangel. Det er påvist en tydelig sammenheng mellom slike klimaeffekter, fattigdomsutvikling og humanitære kriser blant mennesker som bor i utsatte områder.²⁴ De samme drivkreftene vil også kunne virke destabiliserende, og drive millioner av mennesker på flukt. Som nevnt i Prytz, Nordbø, Higham og Thornam (2018), kan dette i verste fall lede til nye voldelige konflikter og omfattende flyktningkriser, med potensielt stor påvirkning på norsk asyl- og sikkerhetspolitikk.

²³ Se <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140988321006319?via%3Dihub>

²⁴ <https://www.miljodirektoratet.no/globalassets/publikasjoner/m932/m932.pdf>

3. Framgangsmåte og datakilder

Denne rapporten er i hovedsak basert på foreliggende statistikk og analyser av velferd og livskvalitet i Norge. En sentral kilde for slike analyser er levekårsundersøkelsene som Statistisk sentralbyrå har gjennomført i en årrekke. Disse undersøkelsene, som nå gjøres årlig, er et viktig redskap for å kunne si noe om helheten i velferdsutviklingen – på tvers av ulike temaområder. I tillegg har vi også fått to årganger av Livskvalitetsundersøkelsene, gjennomført av Statistisk sentralbyrå i 2020 og 2021. Både livskvalitets- og levekårsundersøkelsene har imidlertid en del begrensninger. Dels har de et betydelig frafall; noen av gruppene med de største problemene vil i begrenset grad delta i slike undersøkelser. Det gjelder blant annet relativt nyankomne innvandrere som ikke behersker norsk, og personer med alvorlige psykiske lidelser eller rusproblemer. For det andre er utvalgsstørrelsen begrenset, som gjør det vanskelig å si noe sikkert om «lommene av nød» (jf. Fløtten, Hansen og Kavli (2009)), altså om levekårene i mindre grupper og geografiske områder. Registerstatistikk gir bedre mulighet til å si noe om smågruppene, og vil bli hyppig brukt i denne framstillingen, for eksempel registerdata som gir opplysninger om inntektsforhold og dødelighet. Det er likevel bare en begrenset del av det vi er interessert i her som kan belyses uten å spørre folk om hvordan de har det. En tredje begrensning ved levekårsundersøkelsene er at det er befolkningen 16 år og eldre som er spurt (i livskvalitetsundersøkelsene 18+ år), og at de som er bosatt på institusjoner ikke inngår. Dermed faller viktige grupper ut: Alle barn, i tillegg til bosatte på sykehjem, i fengsler mv. Noe kan likevel sies om barns levekår, siden mange foreldre deltar. På grunnlag av levekårsundersøkelsene vet vi for eksempel en del om økonomiske problemer, sysselsetting, boforhold ol. i husholdninger med barn. Men barn har i liten grad selv blitt spurt om hvordan de har det på forskjellige områder av livet.

Et annet problem er at mye av rapporteringen av resultater fra levekårsundersøkelsene og andre surveydata, ikke er spesielt rettet inn mot å analysere utbredelsen av nød og lidelse i særlig utsatte grupper. Et delvis unntak fra dette er SSB-publikasjonen *Økonomi og levekår for ulike lavinnteksgrupper* (Omholt, 2019). Denne publikasjonen er nettopp rettet inn mot å beskrive situasjonen på et forholdsvis bredt sett av sosiale indikatorer, for grupper som tradisjonelt har vært overrepresentert nederst i inntektsfordelingen, for eksempel aleneboende, innvandrere, sosialhjelpsmottakere, arbeidsledige og uførepensjonister. Denne publikasjonen vil være en viktig kilde i framstillingen. Den bygger både på levekårsundersøkelsene og på registerstatistikk over befolkningens inntekter.

Vi har i tillegg til litteraturstudien valgt å gjøre en beskrivende analyse av noen utvalgte indikatorer hentet fra Livskvalitetsundersøkelsen 2021. I denne undersøkelsen kartlegges mange av de ulike formene for nød og lidelse som ble listet opp i tabell 1: Fysiske smerter, mentale problemer, mangel på sosial kontakt og deltaking, ensomhet mm. I valget av grupper som indikatorene skal fordeles på, har vi forsøkt å få med noen av de samme som i publikasjonen *Økonomi og levekår for ulike lavinnteksgrupper*, for å få et mest mulig helhetlig bilde av velferden i disse gruppene.

For å kunne si noe om de humanitære behovene blant gruppene som er mangelfullt dekket i levekår- og livskvalitetsundersøkelsene, har vi basert oss på det som finnes av foreliggende data, spørreundersøkelser og registerstatistikk. I tillegg til barn og unge og alle som er fast bosatt på institusjon, omfatter dette asylsøkere og de som ikke har fast bopel (bostedsløse, tiggere), samt grupper som sannsynligvis har et stort frafall i levekårsundersøkelsene, for eksempel innvandrere med dårlige norskkunnskaper og personer som er rusavhengige. I noen grad har SSB gjennomført undersøkelser av, og publisert statistikk om, levekår og livskvalitet blant grupper som faller utenfor de vanlige levekårsundersøkelsene, blant annet fangebefolkningen (Revol, 2015) og innvandrere.

Fot å få oversikt over analyse og forskning som er relevant for å beskrive de humanitære behovene i Norge, har det blitt gjennomført flere litteratursøk. Det har ikke vært anledning til å gjennomføre

omfattende søk i mange litteraturlerbaser. I hovedsak har litteratursøket blitt gjennomført ved å søke på aktuelle stikkord i *Oria* og *Web of Science*. I tillegg til dette har vi gjort en gjennomgang av rapporter som har blitt publisert av sentrale forsknings- og analysemiljøer på velferdsfeltet, hovedsakelig det som har blitt utgitt siden forrige rapport i 2017. Hovedvekten har blitt lagt på statistikk og analyser utgitt av SSB. I tillegg har vi saumfart nyere publikasjoner utgitt av Folkehelseinstituttet, Fafo, Institutt for samfunnsforskning og OsloMet. Vi har også i noen grad sett på rapporter og statistikk utgitt av offentlige organer: Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), Helsedirektoratet, Riksrevisjonen, UDI og IMDI.

Det er viktig å være klar over begrensningene i det som blir presentert her. Begrensningene er dels av tids- og ressursmessig art; det har ikke vært anledning til å gjøre særlig dyptgående litteratursøk om de valgte indikatorene på humanitære behov. Men begrensningene ligger også i selve kunnskapsgrunnlaget, som allerede antydte. Det mangler representative, jevnlig oppdaterte, undersøkelser av levekårene for flere av de mest utsatte gruppene, grupper som sannsynligvis har relativt store behov. Eksempler er beboere på sykehjem og andre institusjoner, asylsøkere på mottak og personer med rusproblemer, i og utenfor behandling. I noen grupper er det også vanskelig å gjøre representative utvalgsundersøkelser, fordi populasjonen ikke så lett lar seg definere og intervjuer, blant annet tiggere og irregulære migranter. Det er som nevnt begrenset med informasjon om barns levekår og livskvalitet, særlig for yngre barn. Noe finnes imidlertid, slik som Mor-Barn-undersøkelsen (MoBa), som gjennomføres av Folkehelseinstituttet, og vi kommer også til å se nærmere på Ungdata og «Ung i Norge»-undersøkelsene.

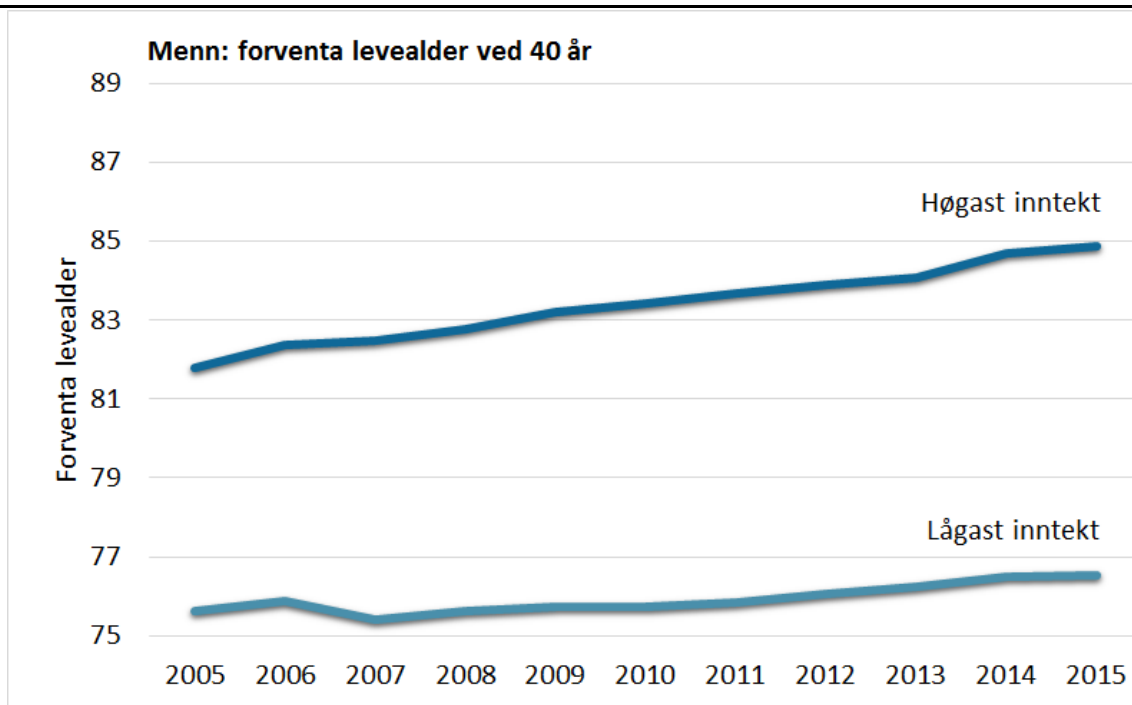
4. Gjennomgang av humanitære behov

4.1. Lav overlevelse

Høy dødelighet i visse sosiale grupper er et fundamentalt kriterium på humanitære behov. Martha Nussbaum hevder som nevnt at et menneskeverdig liv forutsetter friheten til å kunne leve et liv av normal lengde.

Hvem er det så som ikke lever et liv av normal lengde i dagens Norge, og i hvilken grad er det uttrykk for at grunnleggende behov ikke blir dekket? Generelt har livslengden i Norge steget jevnt og trutt – de siste 30 årene har den forventede levealderen ved fødselen økt med vel 7 ½ år for menn og 4 ½ år for kvinner.²⁵ Men framgangen har vært ulikt fordelt, og mindre positiv for dem som har lav inntekt og utdanning. Fattige har et kortere liv enn rike, også i dagens velstandssamfunn. 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 (Kinge et al., 2019). Inntektsforskjellene i dødelighet er økende – mellom 1970 og 1997 reduserte de rikeste mennene sin dødelighet med rundt 50 prosent, mens det nesten ikke var noen reduksjon blant personer med de laveste inntektene (Pedersen, 2013). En nyere studie viser økte levealdersforskjeller mellom de 25 prosent fattigste og rikeste fra 2005 til 2015, både for menn og kvinner (Kinge et al., 2019). Utdanningsforskjellene er også betydelige. I perioden 2007-2013 hadde menn med grunnskoleutdanning en forventet levealder som var sju år kortere enn for menn med høyskole- eller universitetsutdanning. Forskjellene blant kvinner var litt mindre, 6 år. Ulikheten mellom utdanningsgruppene blant menn har riktignok blitt mindre etter 2000, mens de har økt blant kvinner (Strand, Grøholt & Steingrimsdottir, 2016).

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: Folkehelseinstituttet²⁶

²⁵ <https://www.ssb.no/statbank/table/05375>, lest 28.03. 2022

²⁶ <https://www.fhi.no/nyheter/2019/rike-lever-mykje-lenger-enn-fattige/>, lest 28.04. 2022

En annen ulikhetsdimensjon er knyttet til familieforhold og ekteskadelig status. Ugifte, skilte og separerte har høyere dødelighet enn gjennomsnittet i befolkningen (Kravdal et al., 2015), spesielt hvis de er barnløse (Kravdal, Grundy, Lyngstad & Wiik, 2012) og har lav utdanning. Det er snakk om store forskjeller i forventet levetid når vi kombinerer opplysninger om familieforhold og utdanningsnivå., både på individ- og husholdningsnivå. Ugifte og skilte menn med grunnskoleutdanning kan forvente å leve 9,4 år kortere enn gifte menn med høy utdanning som i tillegg er gift med en annen høyt utdannet person.²⁷ Forskjellen mellom disse ekstremgruppene har økt over tid (Kravdal, 2017).

Blant gruppene som har særlig høy risiko for et kortere liv enn det som er normalt, finner vi psykiatriske pasienter, framfor alt de som har rusrelaterede lidelser. Forskjellene er store – undersøkelser fra Sverige, Finland og Danmark viser at menn og kvinner som har vært sykehusinnlagt med en psykiatrisk diagnose har henholdsvis 15 og 20 år kortere levealder enn resten av befolkningen (Nordentoft et al., 2013). Overdødeligheten gjelder alle hovedgrupper av diagnoser, inkludert hjerte/karsykdommer og kreft (Lien, Huus & Morken, 2015). Norge har ikke lenger et nasjonalt register for innleggelse i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, og var derfor ikke med i den nordiske studien. Det finnes imidlertid et register for befolkningen i Troms og Finnmark, og undersøkelser basert på dette materialet viser lignende forskjeller som i øvrige nordiske land (Hoye, Nesvag, Reichborn-Kjennerud & Jacobsen, 2016). Også psykiske problemer som ikke er så alvorlige at de fører til innleggelse, er forbundet med høyere dødelighet. Depresjon forkorter den forventede levetiden. Ifølge en norsk undersøkelse med data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) øker symptomer på depresjon dødeligheten omtrent like mye som røyking (Mykletun et al., 2009).

At rusproblemer gir risiko for en tidlig død, kommer fram i flere undersøkelser. En studie av narkotikabrukere i sju av de største byene i Norge, som ble fulgt fra 2013 til 2015, fant at kvinner og menn i dette utvalget hadde henholdsvis 26 og 11 ganger høyere dødelighet enn personer med samme kjønn og alder i befolkningen (Gjersing & Bretteville-Jensen, 2018). En annen studie undersøkte risikoen for død i perioden 2000-2008 blant personer som ble straffedømt i løpet av årene 1992-1999 (Skardhamar & Skirbekk, 2013). Menn som hadde blitt fengslet for bruk av narkotika minst to ganger hadde en relativ dødelighetsrisiko som var hele 12 ganger høyere enn i den ikke-straffedømte befolkningen. Blant kvinner var risikoen enda noe høyere. Selv fengslede personer uten noen form for narkotikarelaterte dommer, hadde langt høyere dødelighet enn ikke-straffedømte; den relative risikoen for død var tre-fire ganger så stor.

En undersøkelse av narkotikarelaterte dødsfall i periodene 2003-2004 og 2006-2009, viste at de som døde av slike årsaker gjennomgående var unge, i gjennomsnitt 38 år (Amundsen, 2015). Andre kjennetegn i fem-årsperioden før dødsfallet var lavt utdanningsnivå, liten deltaking i arbeidsstyrken, og at få var gift. Personer med uførepensjon eller som mottok sosialhjelp var også sterkt overrepresentert. Antall dødsfall på grunn av narkotikabruk har vist en svakt økende tendens de siste ti årene. I 2020 ble det registrert 324 dødsfall der den underliggende årsaken var bruk av narkotika, det høyeste tallet siden 2001. Tallet på dødsfall som kan knyttes til alkoholbruk økte også i 2020. 386 slike dødsfall ble registrert (Hansen, Tofteng & Holst, 2021).²⁸

Dødeligheten blant sosialhjelpsmottakere har vært gjenstand for egne analyser. Personer som mottok sosialhjelp i 1993 hadde i den påfølgende tiårsperioden betydelig høyere dødelighet enn de som ikke mottok sosialhjelp; overdødeligheten var særlig markert blant langtidsmottakerne og blant menn. Selv ved kontroll for at sosialhjelpsmottakere relativt ofte er ugifte eller tidligere gift, og har

²⁷ Forventet levetid ved alder 50 og opp til alder 89, for perioden 2005-2008. Forskjellen blant kvinner var 8, 5 år

²⁸ Gjelder bare dødsfall der alkohol er den underliggende årsaken. Dødsfall der alkohol er en medvirkende eller utløsende årsak er ikke med, som gjør at disse tallene ikke gir noe fullstendig bilde av dødsfall som kan knyttes til alkoholbruk. Trolig er det snakk om «toppen av isfjellet» (Skretting, Vedøy, Lund & Bye, 2016, s. 60)

lav inntekt og utdanning, er dødeligheten godt over nivået for den øvrige befolkning (Naper & Dahl, 2009). Overdødeligheten gjelder alle dødsårsaker, men er høyest for alkohol- og narkotikarelaterte årsaker (Naper, 2009). Her er det altså en parallell til dødeligheten blant domfelte og de som har sittet i fengsel.

Som forventet har uføre som gruppe høyere dødelighet enn gjennomsnittet i befolkningen (Elstad, 2010; Naper & Dahl, 2009). Det er særlig enslige (ikke-gifte) uføre som har høy risiko for en tidlig død, samt uføre med lav utdanning og familieinntekt. Den geografiske konteksten har også noe å si. Dødeligheten øker med økende avstand mellom egen inntekt og inntektsnivået blant ikke-uføretrygdede i regionen eller kommunen/bydelen (Elstad, 2010).

Som allerede vist, er det en betydelig grad av overlapp mellom gruppene med høyest dødelighet. En norsk kunnskapsoversikt over sosial ulikhet i helse hevder at hvis en er i stand til å gjøre noe for å bedre kårerne for sosialhjelpsmottakere, vil en også forbedre levekårerne for en rekke andre vanskeligstilte grupper, slik som personer med rusproblemer (Dahl, Bergli & Wel, 2014, s. 274).

I tillegg til gruppeforskjellene, er det også geografiske forskjeller i dødelighet mellom kommuner og bydeler i Norge. De tre bydelene i Oslo indre øst: Sagene, Grünerløkka og Gamle Oslo, har både mange innbyggere og en usedvanlig lav forventet levealder i norsk sammenheng. I 2006-2020 var levealderen henholdsvis 4,1 (Sagene), 3,5 (Grünerløkka) og 2,9 (Gamle Oslo) år lavere enn landsgjennomsnittet for menn. Bydeler i ytre vest, ikke minst Vestre Aker, hadde derimot en forventet levealder blant menn som var 2,8 år høyere enn landsgjennomsnittet.²⁹ Det er også levealdersforskjeller i andre storbyer i Norge, men atskillig mindre enn i Oslo. En tidligere undersøkelse viste, samlet for kvinner og menn, sju års forskjell i forventet levealder mellom bydelene som skåret høyest og lavest i Oslo. Tilsvarende forskjell i Bergen og Stavanger var under tre år, og i Trondheim mindre enn ett år (Kunnskapsdepartementet, 2020).

Det er opptil 10-12 års forskjell i forventet levealder mellom menn som bor i kommunene med høyest og lavest levealder. Blant kvinner er forskjellen 8-10 år på det meste.³⁰ 5 kommuner, alle Finnmarkskommuner, er de eneste som har en forventet levealder blant menn som ligger mer enn fem år under landsgjennomsnittet.³¹ En analyse av dødelighetsvariasjonene i norske kommuner, for aldersgruppen 60-89 år, i perioden 2000-2008, viste at mye kunne forklares av forskjeller i utdanning, inntekt, ekteskapelig status og andre sosiale og demografiske faktorer. Forskjeller i ekteskapelig status forklarte mest. På individnivå hadde både utdanningsnivå, inntekt og ekteskapelig status betydning for dødelighetsrisikoen, uavhengig av hverandre. Å bo i en kommune der en relativt høy andel er skilt/separert, har en selvstendig og negativ effekt på dødeligheten i kommunen (Kravdal et al., 2015). Utdannings- og inntektsnivået på aggregert nivå hadde også betydning i noen modellspesifikasjoner, et høyere nivå bidro som regel til å redusere dødeligheten.

4.2. Fattigdom og fysisk nød

Inntektsfattigdom

Norge er et av verdens rikeste land, og folk flest har fått stadig høyere realinntekt og mer penger mellom hendene. Men som tilfellet var for levealder, har heller ikke denne velferdsforbedringen kommet alle til gode i samme grad. Inntektsforskjellene har blitt større de siste ti-årene. Femtedelen av befolkningen med lavest inntekt hadde fra midten av 1980-tallet og fram til 2017 en klart svakere inntektsvekst enn den rikeste femtedelen (Epland, 2019). Andelen personer som tilhører en

²⁹ <https://khs.fhi.no/webview/>, lest 28.03. 2022

³⁰ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/levealder/#forskjeller-mellom-kommuner-bydeler-og-fylker>, lest 28.03. 2022

³¹ Gjelder perioden 2006-2020, se <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/levealder/#forskjeller-mellom-kommuner-bydeler-og-fylker>, lest 27.04. 2022

lavinntektshusholdning³² har de siste 30 årene gått litt opp og ned, uten å vise noen entydig tendens. Men etter 2009 økte andelen med relativ lavinntekt hvert år fram til 2017. Etter 2017 har lavinntektsandelen endret seg minimalt, også fra 2019 til 2020 (tabell 4.1). Det har i tillegg, siden 2011, blitt en større del av befolkningen som lever i husholdninger med vedvarende lavinntekt over en tre-årsperiode (Epland & Thorsen, 2019).

Hvem er så de fattige, hvis vi tar utgangspunkt i personene med inntekter som er vesentlig lavere enn det som er vanlig i samfunnet? I tabell 4.1 gjengis en liste over de største lavinntektsgruppene, rangordnet etter andelen med lavinntekt, slik at gruppene med flest «fattige» kommer øverst. I tabellen er det også vist hvor store de forskjellige gruppene er, i absolutte tall.

Tabell 4.1. Andel personer i husholdninger med årlig lavinntekt¹ i ulike grupper, 2008, 2010, 2014, 2019, 2020, og antallet personer i slike husholdninger 2020. Prosent og antall

	2008	2010	2014	2019	2020	Antall med lavinntekt 2020
Mottar supplerende stønad ²	90,5	55,6	69,5	74,6	76,2	2 000
Aleneboende minstepensjonist	75,2	64,2	71,7	75,4	76,6	64 800
Mottar sosialhjelp	56,1	49,4	64,8	69,6	69,6	116 600
Mottar kvalifiseringsstønad ³	.	45,4	73,4	75,9	76,2	10 600
Langtidsledig	48,2	39,4	51,0	55,5	47,0	30 400
Flyktningbakgrunn	38,5	35,2	43,9	45,2	43,7	143 500
Aleneboende 67+ år	36,9	29,6	26,8	25,9	25,8	75 500
Innvandrere fra Afrika, Asia, etc. ⁴	36,6	33,7	39,5	39,2	37,4	201 800
Aleneboende under 35 år ⁵	32,8	34,2	35,5	33,3	31,5	82 400
Mottakere av arbeidsavklaringspenger	28,0	25,3	31,5	33,7	35,6	42 700
Norskfødte med innvandrerforeldre fra Afrika, Asia etc. ⁵	24,9	21,6	20,8	17,8	17,1	7 800
Enslige forsørgere	20,9	20,2	26,7	30,4	30,8	88 800
Uførepensjonister	16,1	12,3	18,1	22,8	24,6	79 900
Par med barn under 18 år	6,4	6,2	8,0	8,6	8,2	158 600
Alle personer uten studenter	10,2	9,4	10,8	11,2	11,1	580 200
Alle personer inkl. studenter	12,0	11,4	12,5	13,1	13,1	701 300

¹ Husholdningsinntekt per forbruksenhet (EU-skala) under 60 prosent av medianinntekten i det enkelte år. Personer er inndelt etter hva som kjennetegner hovedinntektstaker i den husholdningen personen tilhører, ²Supplerende stønad skal sikre inntekt for personer 67+ år som har kort botid i Norge og dermed liten grad av opptjente rettigheter til alderspensjon fra Folketrygden, ³Kvalifiseringsstønad gis til deltakere på Kvalifiseringsprogrammet, ⁴Innvandrere fra land i Afrika, Asia, Latin-Amerika, Oseania unntatt Australia og New Zealand, og fra Europa utenom EU/EØS, ⁵Studenter holdt utenfor
Kilde: SSB Statistikkbanken, tabell 12599³³

I tillegg til å vise de største lavinntektsgruppene, er det også tatt med noen andre grupper med inntekt under gjennomsnittet: norskfødte med innvandrerforeldre, uførepensjonister og enslige forsørgere. Par med barn er ingen lavinntektsgruppe, men er likevel med fordi lavinntekt blant barn kan anses som særlig uheldig for barns utvikling og velferd (nærmere om det nedenfor). Gruppene overlapper i stor grad, de er altså ikke gjensidig utelukkende.

Mens i overkant av en tiendedel av befolkningen tilhørte en lavinntektshusholdning i 2020, var andelen mer enn 50 prosent i fire grupper: Aleneboende minstepensjonister, sosialhjelpsmottakere, mottakere av kvalifiseringsstønad³⁴ samt mottakere av supplerende stønad.³⁵ Av disse var sosialhjelpsmottakerne den klart største gruppen, snaut 117 000 personer. Utviklingen for disse gruppene var positiv i perioden 2008-2010; det ble mindre vanlig å ha lavinntekt. I løpet av det siste ti-året, fram til 2020, har det imidlertid vært en betydelig vekst av andelen lavinntektshusholdninger i de fire

³² Husholdningsinntekt per forbruksenhet (EU-skala) under 60 prosent av medianinntekten. Studenter er holdt utenfor

³³ <https://www.ssb.no/statbank/table/12599/tableViewLayout1/?loadedQueryId=10021624&timeType=from&timeValue=2008>

³⁴ Kvalifiseringsstønad gis til deltakere på Kvalifiseringsprogrammet. Kvalifiseringsprogrammet, innført gradvis fra 2007, tilbyr arbeidstrening og oppfølging, vanligvis med varighet ett år

³⁵ Supplerende stønad ble innført i 2006 og skal sikre inntekt for personer 67+ år som har kort botid i Norge og dermed liten grad av opptjente rettigheter til alderspensjon fra Folketrygden

gruppene. Veksten blant mottakerne av supplerende stønad kan ha sammenheng med en innstramming i denne stønaden i 2016, som førte til en sterk økning i sosialhjelpsmottak blant innvandrere i pensjonsalder.³⁶

Andre grupper som har en vesentlig, 3-4 ganger, høyere andel som lever i lavinntektshushold enn gjennomsnittet, er langtids arbeidsledige, flyktninger, innvandrere fra Afrika, Asia, Latin-Amerika etc., yngre aleneboende, personer på arbeidsavklaringspenger samt enslige forsørgere. Av disse var innvandrerne den største gruppen, nærmere 200 000 personer. Med unntak av de yngre aleneboende tyder utviklingen for disse gruppene også på en økning av fattigdommen i løpet av det siste ti-året. Dette gjelder i stor grad også for gruppen av uførepensjonister der andelen med lavinntekt har doblet seg. Vi kan legge merke til at to grupper har hatt en særlig positiv utvikling, med stadig færre lavinntektshusholdninger: Aleneboende eldre og norskfødte med innvandrerforeldre fra Afrika, Asia etc.

I tallene ovenfor er det ikke korrigert for at noen i lavinntektsgruppene kan sitte på betydelige formuesverdier. Slik korrigerer betyr lite for de fleste, men tar vi ut de som har en finansformue lik eller større enn lavinntektsgrensen, reduseres andelen med lavinntekt blant noen grupper eldre. For aleneboende minstepensjonister ble andelen med lavinntekt i 2017 redusert fra om lag 73 prosent til 44 prosent etter justeringen for formue (Epland, 2019).

På fylkesnivå er det små forskjeller i utbredelsen av lavinntekt. Oslo har imidlertid en noe høyere andel med lavinntekt enn andre fylker, 14,6 prosent i 2020, mens landsgjennomsnittet var 11,1 prosent, når studenter holdes utenfor.³⁷

Går vi over fra å studere årlig lavinntekt til å se nærmere på lavinntekt over en periode på tre år (vedvarende lavinntekt), blir både gruppeforskjellene og utviklingen over tid mye av den samme. Men den foreliggende statistikken gir ikke et like detaljert bilde av gruppeforskjellene i vedvarende lavinntekt som for den årlige fordelingen. Igjen er de aleneboende minstepensjonistene blant dem som er mest utsatt. Også innvandrere eller norskfødte med innvandrerforeldre, unge aleneboende og enslige forsørgere har relativt ofte lite å rutte med over en lengre periode, mens uførepensjonistene skiller seg lite fra gjennomsnittet på denne indikatoren (Epland & Thorsen, 2019). For uførepensjonistene ser det altså ut til at den lave inntekten er et mer forbigående fenomen.

Både blant yngre aleneboende og enslige forsørgere har det vært en økning over tid av andelen som lever i husholdninger med vedvarende lavinntekt. Det samme gjelder barnefamiliene mer generelt. 115 000 barn, mer enn ett av ti barn (11,7 prosent), vokser nå (2020) opp i familier med vedvarende lavinntekt. Andelen er nesten tredoblet siden årtusensskiftet.³⁸ Blant barn som selv hadde innvandret var andelen hele 48 prosent i perioden 2018-2020, mens bare snaut 6 prosent av barn uten innvandrerbakgrunn tilhørte en husholdning med vedvarende lavinntekt.³⁹ 6 av 10 barn i familier med vedvarende lavinntekt har innvandrerbakgrunn, særlig fra land som Irak, Afghanistan, Syria, Eritrea og Somalia.⁴⁰

Økningen skyldes imidlertid ikke bare en økt innvandrerandel i befolkningen. Andelen har også økt noe blant barn uten innvandrerbakgrunn de siste årene, fra 4,6 prosent i 2011 til 5,8 prosent i 2020.

³⁶ <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd-nr.3-2021/utviklingen-i-sosialhjelp-fra-2010-til-2020-noen-faerre-mottakere-store-endringer-i-hvem-som-mottar>, lest 28.03.2022

³⁷ <https://www.ssb.no/statbank/table/06947/tableViewLayout1/>, lest 09.03 2020

³⁸ <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/statistikk/inntekts-og-formuesstatistikk-for-husholdninger/artikler/fremdeles-115-000-barn-med-vedvarende-lavinntekt-i-2020>, lest 03.04 2022

³⁹ <https://www.ssb.no/statbank/table/12903/tableViewLayout1/>, lest 4.03 2022

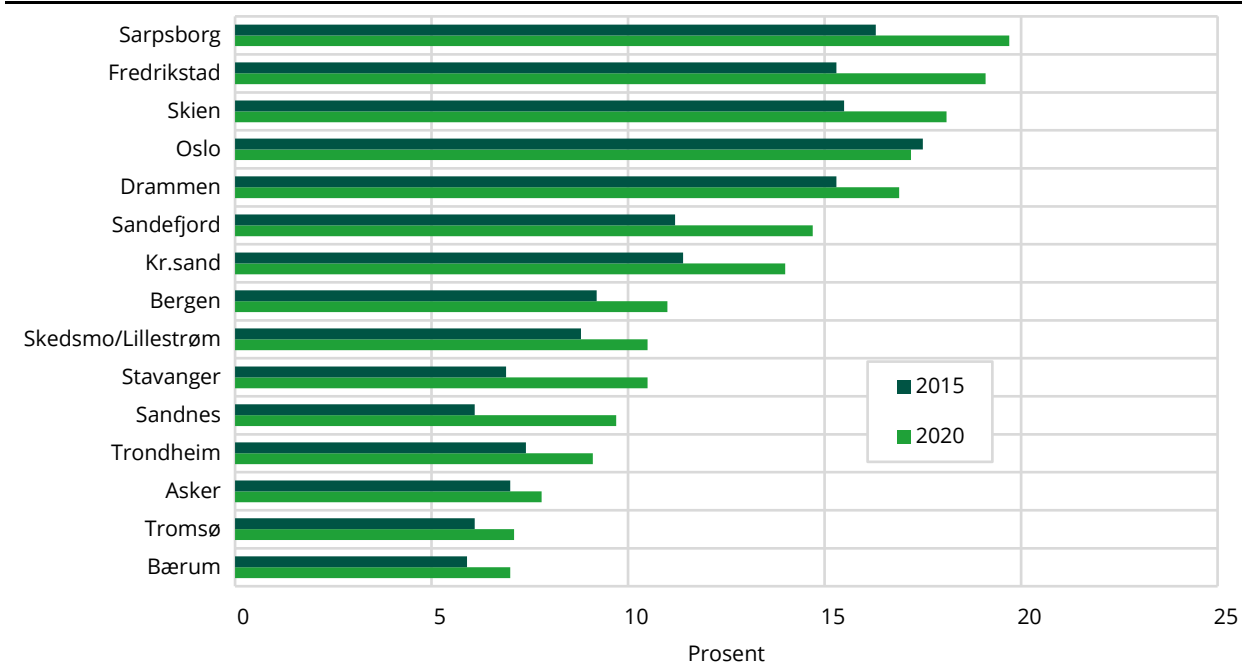
⁴⁰ <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/statistikk/inntekts-og-formuesstatistikk-for-husholdninger/artikler/fremdeles-115-000-barn-med-vedvarende-lavinntekt-i-2020>

Dette ser ut til å ha sammenheng med at flere barn i lavinntektsgruppen kun har en forsørger. Det er også tegn til at barnefamiliene nederst i inntektsfordelingen har fått redusert kjøpekraft de siste årene, fra 2013. Dermed har de sakkett akterut i både relativ og absolutt forstand. Dette snudde imidlertid i 2020; i løpet av pandemiåret fikk barnefamiliene nederst i inntektsfordelingen en viss bedring av kjøpekraften.⁴¹ Det er vanskelig å si hva dette skyldes, men en mulig delforklaring er økningen av barnetrygden for barn under 6 år i 2020. Barnetrygden for de yngste økte også i 2021.⁴²

Det er geografiske forskjeller i barnefattigdommens utbredelse. På fylkesnivå er det flest barn, 17,2 prosent, som vokser opp i husholdninger med vedvarende lavinntekt i Oslo. Det er som forventet gitt at Oslo har flest innvandrere på fylkesnivå. Også Vestfold og Telemark har en relativt høy andel barn i slike husholdninger.⁴³ På kommunenivå er det noen større kommuner som har enda flere barn i lavinntekts-husholdninger enn Oslo, nærmere bestemt Sarpsborg, Fredrikstad og Skien, se figur 4.2.⁴⁴

Oslo skiller seg ut ved en svak nedgang i utbredelsen av barnefattigdom de siste årene, som den eneste av de større kommunene i Norge. Dette står i kontrast til den klare økningen i byer som Sarpsborg, Fredrikstad, Sandefjord, Stavanger og Sandnes (figur 4.2). Samtidig må det understrekes at det er store forskjeller innad i Oslo. Den sterkeste konsentrasjonen av barnefamilier med vedvarende lavinntekt finner vi i bydelene Gamle Oslo, Søndre Nordstrand og Stovner, der rundt tre av ti familier tilhører denne kategorien.

Figur 4.2. Andel barn i husholdninger med vedvarende lavinntekt.¹ De femten største kommunene,² 2015 og 2020



¹Gjennomsnittlig inntekt etter skatt per forbruksenhet (EU-skala) i en treårsperiode under 60 prosent av mediangjennomsnittet i samme treårsperiode. ² Kommunetall basert på kommuneinndeling fra og med 2020, også for tall bakover i tid. Kilde: Inntekts- og formuesstatistikk for husholdninger, Statistisk sentralbyrå⁴⁵

⁴¹ <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/statistikk/inntekts-og-formuesstatistikk-for-husholdninger/artikler/fremdeles-115-000-barn-med-vedvarende-lavinntekt-i-2020>, lest 03.04. 2022

⁴² <https://www.faktisk.no/artikler/jxmqw/barnetrygden-har-okt-men-ikke-like-mye-for-alle>, lest 28.04. 2022

⁴³ <https://www.ssb.no/statbank/table/09571/tableViewLayout1/?loadedQueryId=10021635&timeType=from&timeValue=2006-2008>

⁴⁴ <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/115-000-barn-i-husholdninger-med-vedvarende-lavinntekt>

⁴⁵ <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/statistikk/inntekts-og-formuesstatistikk-for-husholdninger/artikler/fremdeles-115-000-barn-med-vedvarende-lavinntekt-i-2020>, lest 28.04. 2022

Det er grunn til å være særlig oppmerksom på utviklingen blant barn. Norske og nordiske studier tyder på at oppvekst i lavinntektsfamilier bidrar til å øke risikoen for negative helseutfall og mentale problemer.⁴⁶ Vedvarende fattigdom er uheldig for barns kognitive utvikling, og kan gi atferdsproblemer og mentale vansker (Bøe, 2015). En norsk panelstudie fant at endringer i inntekt predikerte endringer i slike problemer 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 tydeligst blant barn i lavinntektsfamilier som ikke gikk i barnehage. I følge kunnskapsoversikten over sosial ulikhet i helse, viser forskningen at «..fattigdom og deprivasjon er særlig uheldig for barns utvikling i de aller første leveårene og i «kritiske perioder» tidlig i livet...Det er i slike perioder at fattigdom og deprivasjon spesielt bør unngås» (Dahl et al., 2014, s. 287). En fersk SSB-analyse viser at barn som opplevde lavinntekt i ungdomstiden i gjennomsnitt oppnår lavere utdanningsnivå og svakere arbeidsmarkedstilknytning som voksne.⁴⁷

Innvandrere har som nevnt en overrepresentasjon av husholdninger med vedvarende lavinntekt. Det er likevel grunn til å understreke at det er store variasjoner internt i denne gruppen. Andelen synker sterkt med økende botid. Når det er gått minst ti år er andelen med vedvarende lavinntekt fremdeles mer enn det dobbelte av andelen i hele befolkningen. Etter 10 år + har 30 prosent eller mer vedvarende lavinntekt blant innvandrere fra Marokko, Afghanistan, Irak, Syria og Somalia. De norskfødte med innvandrerbakgrunn er i mindre grad fattige målt på denne måten, men er likevel mer utsatt enn personer i samme alder og uten innvandrerbakgrunn (Epland & Thorsen, 2019).

Fysisk nød og mangel på goder

Men hva betyr egentlig disse inntektsforskjellene for folks hverdagsliv? Selv om lavinntekts-husholdningene kan sies å være «fattige» i en relativ forstand, er det ikke dermed sagt at de lider noen nød. Inntekten sier heller ikke alt om det økonomiske velstands-nivået. Mange av dem som har lav inntekt nyter godt av subsidierte offentlige tjenester, har formue, uregistrerte inntekter eller får støtte fra familien. Beregninger viser at når en tar hensyn til verdien av offentlige tjenester på en dekkende måte, blir andelen inntektsfattige i Norge nesten halvert (Aaberge, Langørgen & Lindgren, 2017). På den annen side avhenger den økonomiske situasjonen ikke bare av de økonomiske ressursene og tilgangen på subsidierte tjenester, men også av utgiftsnivået. For eksempel har en del personer med funksjonsnedsettelse eller foreldre til barn med funksjonsnedsettelse ekstrautgifter som følge av dette (Brekke & Finnvold, 2018).

For å finne ut mer, må vi gå til levekårsundersøkelsene, der det er stilt spørsmål om økonomiske vansker av forskjellig art, og om husholdningene har råd til visse fundamentale goder. Tabell 4.2 gir en oversikt over noen utvalgte problemer for perioden 2015-2020, fordelt på mange av de samme utsatte gruppene som i tabell 4.1.⁴⁸

⁴⁶ https://www.regjeringen.no/contentassets/bb45eed3479549719fb14c78eba35bd4/strategi-mot-barnefattigdom_web.pdf, s. 201-202, lest 09.03 2022

⁴⁷ <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/artikler/barn-i-vedvarende-lavinntekt-klarar-seg-litt-darligere-i-utdanning-og-arbeid>, lest 03.04. 2022

⁴⁸ Symbolet «..» i denne og andre tabeller innebærer at oppgave mangler. Statistikken over fattigdomsproblemer viser for eksempel ikke de økonomiske problemene fordelt på innvandrergrupper i 2020

Tabell 4.2. Ulike typer økonomiske problemer i forskjellige grupper. 2015, 2017 og 2020. Prosent

	Ikke råd til kjøtt/fisk ¹			Ikke råd til en ukes ferie			Vanskelig å få pengene til å strekke til ²		
	2015	2017	2020	2015	2017	2020	2015	2017	2020
Sosialhjelpsmottakere	18	23	21	47	48	55	45	42	46
Arbeidsledige	..	16	12	..	29	38	..	28	35
Mottakere av arbeidsavklaringspenger	14 ³	8	9	24 ³	18	23	20 ³	16	15
Aleneboende minstepensjonister	12	3	10	20	15	27	14	11	16
Innvandrere fra Afrika, Asia etc. ⁴	10	18	..	22	28	..	19	25	..
Enslige forsørgere	9	10	6	17	23	26	17	19	19
Uføretrygdede	9	5	8	17	17	19	11	12	14
Yngre aleneboende	7	7	..	13	15	..	13	12	..
Par med barn 0-6 år	..	2	2	..	6	6	..	6	5
Hele befolkningen 16+ år	3	3	2	6	6	6	6	5	6

¹Ikke råd til å spise kjøtt eller fisk annenhver dag, ²Vanskelig eller svært vanskelig å få «endene til å møtes» med husholdningens samlede inntekt, ³2016, ⁴Innvandrere fra land i Afrika, Asia, Latin-Amerika, Oseania unntatt Australia og New Zealand, og fra Europa utenom EU/EØS
Kilder: Barstad 2017, Omholt 2019 og Statistikkbanken, SSB: <https://www.ssb.no/statbank/list/fattigdom/>

Tabellen følger samme prinsipp som den foregående tabellen. Gruppene er rangert fra de mest til de minst «nøddestede», og vi har tatt utgangspunkt i spørsmålet om en har råd til å spise kjøtt eller fisk til middag minst annenhver dag. Det ser ut til at overraskende mange på et gitt tidspunkt ikke har råd til dette, i alt 2 prosent av befolkningen, anslagsvis 89 000 personer⁴⁹. Denne andelen har svingt mellom 2 og 3 prosent siden 2009, uten noen tydelig trend, se With og Thorsen (2018).

Det er store forskjeller mellom de utsatte gruppene. Som for lavinntekt, kommer sosialhjelpsmottakerne dårlig ut. Vel en av fem bosatt i husholdninger som har mottatt sosialhjelp året før, oppgir at de ikke har råd til kjøtt eller fisk til middag annenhver dag. Andre grupper som er overrepresentert blant dem som ikke har råd til dette, er aleneboende minstepensjonister, arbeidsledige, mottakere av arbeidsavklaringspenger og uføretrygdede. I disse gruppene er det mellom 8 og 12 prosent som øyensynlig ikke kan ta kjøtt eller fisk til middag som noen selvfølge.

Andre økonomiske problemer er mer utbredt, og igjen er det sosialhjelpsmottakerne som er mest utsatt. Nesten halvparten av dem har ikke råd til en ukes ferie utenfor hjemmet, og 45 prosent synes det er vanskelig å få pengene til å strekke til i hverdagen, med den inntekten husholdningen har tilgang på. Arbeidsledige skiller seg også ut; mer enn en tredjedel har ikke råd til en ukes ferie, og opplever at det er vanskelig å få «endene til å møtes». I fire andre utsatte grupper: mottakere av arbeidsavklaringspenger, uføretrygdede, enslige forsørgere og aleneboende minstepensjonister er det mellom en av fem og en av fire som ikke har råd til ferie. Ellers kan en legge merke til at det er påfallende store forskjeller i økonomiske vansker mellom enslige forsørgere og andre barnefamilier, selv om flertallet av de enslige forsørgerne ser ut til å klare seg bra.

I Levekårsundersøkelsene EU-SILC kartlegges også en rekke andre materielle goder og betalingsproblemer. Disse viser i hovedsak de samme gruppeforskjellene som de vi har sett på her. Med utgangspunkt i de økte strømprisene, er det av spesiell interesse å se nærmere på dem som oppgir at de ikke har råd til å holde boligen passe varm. Dette er imidlertid en svært liten gruppe, bare rundt 1 prosent i 2020. Gruppen kan ha blitt større etter økningen av strømprisene i 2021. I 2020 var det også få som oppga at de hadde problemer med oppvarmingen blant dem som tilhørte forskjellige lavinntektsgrupper (vedleggstabell A1). Mest utsatt er sosialhjelpsmottakere og arbeidsledige. Et langt mer utbredt problem er å ikke ha råd til å oppsøke tannlegen. Mer enn en av fire

⁴⁹I dette anslaget er det tatt utgangspunkt i folkemengden per 1.1. 2022 for aldersgruppen 16+, som utgjorde 4 444 199 personer. Tallet er naturligvis langt fra nøyaktig, blant annet siden utvalget til levekårsundersøkelsene ikke omfatter institusjonsbefolkningen. I tillegg er det ikke tatt hensyn til de statistiske feilmargenene

sosialhjelpsmottakere og arbeidsledige oppgir dette. Vi skal se nærmere på slike problemer under avsnittet om helse.

Flesteparten av intervjuene i Levekårsundersøkelsen 2020 ble gjennomført før eller helt i starten av de strenge koronatiltakene, som gjør at en ikke kan trekke noen entydige slutninger om konsekvensene av koronapandemien. Det var en større andel som hadde minst ett betalingsproblem blant husholdningene med lav inntekt, og blant arbeidsledige og sosialhjelpsmottakere i 2020 enn i 2019. Tiltakene mot koronapandemien kan ha bidratt til disse endringene, men bildet er likevel ikke entydig.⁵⁰

Analyser gjennomført før pandemien viste en langsiktig tendens til økende forskjeller mellom grupper med lav og høy utdanning, slik vi har sett for levealder. Fra perioden 2003-2005 til 2013-2015 ble det færre som mente at det var vanskelig å få «endene til å møtes» blant personer med videregående og høyere utdanning, mens det ikke var noen slik nedgang blant dem som bare hadde grunnskole (Revoll, 2016). Også andre indikatorer på husholdningenes økonomiske situasjon tyder på økende forskjeller etter utdanning, slik som muligheten til å klare en uforutsett regning, og andelen som ikke har råd til forskjellige goder. I tillegg finner vi tendenser til økte forskjeller i bolig og boligstandard. Mens andelen som eier egen bolig har falt blant personer med grunnskoleutdanning, har den økt noe blant andre utdanningsgrupper (Revoll, 2016).

Det er små forskjeller i omfanget av økonomiske problemer og mangel på materielle goder mellom by og land i Norge. Andelen som synes det er vanskelig å få «endene til å møtes» var i 2020 svakt høyere i tettbygde strøk med over 100 000 innbyggere enn i spredtbygde strøk (7 versus 5 prosent). Det er imidlertid langt flere i de mest urbane strøkene som oppgir at de ikke har råd til bil, sammenlignet med grisgrendte strøk. Noe av forklaringen kan være at bilhold er forbundet med større ekstrautgifter i byene enn på landet, slik som utgifter til bompenger.

Bolig og bostedsløshet

Den siste tilgjengelige kartleggingen av bostedsløshet i Norge ble gjort i 2020 (Dyb & Zeiner, 2021). Den ble utført av ansatte i kommuner, helseforetak, fengsler og frivillige organisasjoner over hele landet i uke 48. Som bostedsløs regnes personer som ikke disponerer egen eid eller leid bolig, men som er henvist til andre og midlertidige botilbud, for eksempel opphold hos slektninger, venner eller kjente.

Undersøkelsen viste at 3325 personer var bostedsløse, nesten en halvering sammenlignet med 2012, da antallet var 6259. Også antallet bostedsløse barnefamilier er blitt redusert, gruppen utgjorde 112 foreldre i 2020.

De største byene er kraftig overrepresentert, slik det også har vært i tidligere kartlegginger. De dominerende inntektskildene for bostedsløse er sosialhjelp og uføretrygd. En av tre er født utenfor Norge, og 83 prosent er enslige.

Det er en nær sammenheng mellom bostedsløshet og rus, selv om andelen rusavhengige har blitt mindre over tid. Halvparten av de bostedsløse er avhengig av rusmidler, slik de ulike instansene vurderte dette, i 2020. Andelen med psykiske lidelser utgjør en av tre. Blant langvarig bostedsløse er hele 77 prosent avhengige av rusmidler, og nesten halvparten har en psykisk lidelse.

⁵⁰ <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/en-av-fem-har-det-trangt-okonomisk>, lest 10.03 2022

FNs komite for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK-komiteen) har tidligere kritisert norske myndigheters innsats for vanskeligstilte på boligmarkedet. Norsk senter for menneskerettigheter har anbefalt å stimulere til økt bygging, og ikke minst vedlikehold, av kommunale boliger. Antallet kommunale boliger på landsbasis utgjør bare om lag 4 prosent av den totale boligmassen, et lavt tall i europeisk sammenheng (Norsk senter for menneskerettigheter, 2013).

4.3. Dårlig helse og fysisk lidelse

Funksjonshemming og nedsatt helse er en viktig årsak til både fysisk og psykisk lidelse. Det gjelder ikke bare ens egen helse, men også helsetilstanden til nære familiemedlemmer og venner. Alvorlige helseproblemer hos barn kan være en stor belastning for foreldre og besteforeldre. Når ektefellen eller samboeren blir syk, rammer det også partneren.

Som for levealder, har det gjennom en årrekke blitt dokumentert betydelige sosioøkonomiske forskjeller i helsetilstand. Personer med lav utdanning er for eksempel mer utsatt enn andre for helseproblemer som begrenser aktiviteter i hverdagen (Revold, 2016). Utdanningsforskjellene i forekomsten av langvarig begrensende sykdom ble noe mindre i absolutt forstand mellom 1980 og 2005, mens muskel-skjelettlidelser ble mer ulikt fordelt (Dahl et al., 2014, s. 101-102). Norske studier har også vist at den egenvurderte helsa er bedre jo høyere inntekten og formuen er i husholdningen (Barstad, 2020). Egenvurdert helse er basert på at den intervjuede selv oppgir om helsa er god eller dårlig. Selv om dette altså er en rent subjektiv vurdering, viser annen forskning at denne egenvurderingen er korrelert med risikoen for en tidlig død; det er også vist i studier basert på norske data (Holseter, Dalen, Krokstad & Eikemo, 2015).

Koronapandemien har øyensynlig forsterket de sosioøkonomiske helseforskjellene. Tidelen av befolkningen med lavest husholdningsinntekt har hatt dobbelt så mange påviste smittetilfeller og sykehusinnleggelses per 100 000 personer som tidelen med høyest inntekt.⁵¹ Helt i starten av pandemien, i mars 2020, var det dem med relativt høy inntekt og utdanning som var mest utsatt, men dette endret seg raskt. Personer med grunnskole som høyeste utdanning er også overrepresentert. Når det kontrolleres for alder, kjønn, bostedskommune og fødeland, reduseres forskjellene mellom utdannings- og innteksgruppene noe, men fortsatt er det en sammenheng mellom sosioøkonomiske ressurser og covid-utfall.

Barn som vokser opp i fattige familier har dårligere subjektiv helse, ifølge norske undersøkelser. I tillegg er ulykker og skader mer vanlig blant barn som vokser opp i familier med lav status og dårlig råd (Dahl et al., 2014, s. 115-116; Rognerud, Strand & Næss, 2007).

Ikke overraskende er det slik at de som mottar helserelaterte ytelser, enten det er arbeidsavklaringspenger eller uførepensjon, også har dårligst helse (tabell 4.3). Da er det mer verdt å merke seg at såpass mange sliter med helseproblemer blant sosialhjelpsmottakerne. Snaut en av to har nedsatt funksjonsevne, nesten dobbelt så mange som i befolkningen som helhet, på tross av den relativt lave gjennomsnittsalderen i denne gruppa. Det er også en sterk overhyppighet i denne gruppa av personer som vurderer egen helse som dårlig eller svært dårlig.

⁵¹ <https://www.fhi.no/nyheter/2021/pandemien-har-rammet-ulikt/#:~:text=Personer%20med%20kort%20utdanning%20og,en%20ny%20rapport%20fra%20Folkehelseinstituttet>, lest 2.04.2022

Tabell 4.3. Utvalgte helseindikatorer i ulike grupper. 2021. Prosent

	Nedsatt funksjonsevne ¹	Dårlig helse ²	Smerter eller ubehag ³
Mottakere av arbeidsavklaringspenger	75	43	60
Uførepensjonister	70	38	59
Sosialhjelpsmottakere	47	29	37
Eldre 75+ år	37	16	28
Utdanning grunnskole	34	18	31
Enslige forsørgere	32	15	28
Ikke-heterofile ⁴	31	20	25
Arbeidsledige	26	21	23
Kvinner 16-24 år	20	12	15
Aleneboende 18-34 år	19	12	16
Innvandrere fra Afrika, Asia etc. ⁵	17	10	17
Par med barn 0-17 år	19	9	17
Hele befolkningen 16+ år	25	12	21

¹Har helseproblemer som medfører noen eller store begrensninger i hverdagsaktiviteter, ²Vurderer egen helse som dårlig eller svært dårlig,

³Middels, sterke eller svært sterke smerter eller ubehag, ⁴Homofile, lesbiske, bifile og personer med annen, ikke-heterofil orientering,

⁵Innvandrere fra land i Afrika, Asia, Latin-Amerika, Oseania unntatt Australia og New Zealand, og fra Europa utenom EU/EØS

Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2021

Helseproblemer gir seg flere uttrykk, ikke minst smerter. Kroniske smerter kan ha særlig negative konsekvenser for opplevd livskvalitet. Kroniske smertepasienter har høyere forekomst av angst og depresjon, og dobbelt så høy selvmordsrate som befolkningen for øvrig (Nielsen, Steingrimsdottir & Berg, 2015).

Anslagsvis 25-30 prosent av den voksne befolkningen er rammet av kroniske smerter, og smertene er mer utbredt blant personer med lav inntekt og utdanning enn ellers i befolkningen (Nielsen et al., 2015). Livskvalitetsundersøkelsen 2021 viste at 21 prosent opplevde middels, sterke eller svært sterke smerter eller ubehag. Sju prosent oppga at smertene var sterke eller svært sterke.

Det er mest vanlig å ha smerter blant uførepensjonister og mottakere av arbeidsavklaringspenger, i disse gruppene er mer enn halvparten utsatt for smerter (tabell 4.3). Det er det samme som vi fant i forrige rapport, på grunnlag av Helseundersøkelsen 2015. En analyse av Levekårsundersøkelsen 2008 ga et lignende resultat; mer enn halvparten av personer med nedsatt funksjonsevne hadde varige eller stadig tilbakevendende smerter i kroppen i løpet av en tremånedersperiode. Også personer med psykiske vansker hadde langt høyere forekomst av smerteproblemer enn andre (Ramm, 2010, s. 24).

En overhyppighet av smerteplager finner vi i tillegg blant sosialhjelpsmottakere. Dette bekrefter funn i tidligere undersøkelser. 44 prosent i et utvalg bestående av langtidsmottakere i 14 kommuner hadde kroniske smerter. De fleste av disse hadde også psykiske problemer (Loyland, 2016).

Tallene fra Livskvalitetsundersøkelsen 2021 tyder ikke på større helseproblemer blant innvandrere fra Afrika, Asia etc. enn i andre befolkningsgrupper, heller et noe lavere nivå. Det er i tråd med studier av dødelighet, som har funnet at innvandrere generelt sett har lavere dødelighet enn befolkningen for øvrig (Syse, Strand, Næss, Steingrimsdóttir & Kumar, 2016). Imidlertid gir den sist foretatte levekårsundersøkelsen blant innvandrere til Norge et annet inntrykk: innvandrere har gjennomgående noen flere helseproblemer enn befolkningen for øvrig. Helsetilstanden svekkes med alderen, men svekkelsen ser ut til å starte tidligere og gå raskere blant innvandrerne enn ellers i befolkningen. Men det er stor variasjon mellom innvandrere fra ulike land (Kjøllestad et al., 2019). Forskjellen i konklusjoner kan ha sammenheng med at frafallet blant innvandrere er særlig stort i Livskvalitetsundersøkelsen; det er først og fremst språkmektige og godt integrerte innvandrere som svarer. Levekårsundersøkelsen blant innvandrere, gjennomført i 2016, tilbød derimot intervjuer på

deltakernes morsmål, og undersøkelsen ble gjennomført som telefonintervju, som stiller mindre krav til språklig kompetanse og ferdigheter.

Koronapandemien har rammet en rekke innvandrergupper hardere enn befolkningen for øvrig. Utenlandsfødte stod for rundt 40 prosent av alle sykehusinnleggelser fra mars 2020 til februar 2021, mens de utgjør om lag 15 prosent av befolkningen. Det er særlig innvandrere fra Pakistan, Somalia, Irak, Tyrkia og Afghanistan som har blitt hardt rammet av smitte og innleggelser. Personer med bakgrunn fra Afrika og Asia skiller seg ut med økt risiko for død og respiratorbruk, særlig når det tas hensyn til alder. Innvandrere fra Afrika har hatt seks ganger, og innvandrere fra Asia 3,6 ganger så mange dødsfall i gruppen 60 år og eldre sammenlignet med ikke-innvandrere (Indseth, Elgersma, et al., 2021). Denne overrepresentasjonen har etter alt å dømme flere årsaker. Folkehelseinstituttet trekker fram bosted som en av de viktigste enkeltforklaringene. Likevel er det bare en beskjeden del som forklares av at innvandrerne har vært bosatt der det er mest smitte. Andre delforklaringer er blant annet større hyppighet av utenlandsreiser, og forsinkelser i arbeidet med testing, smittesporing og karantene, knyttet til språk og pålogging med BANK-ID.⁵² Det har også blitt trukket fram at en del innvandrergupper har en opphopning av forskjellige sårbarheter, og at denne opphopningen utgjør en vesentlig forklaring på hvorfor de ble ekstra rammet. Forskjellige typer sårbarhet kan forsterkes når de opptrer sammen. Disse sårbarhetene er knyttet til forhold som språk, helsekompetanse, digitale ferdigheter, sosioøkonomisk posisjon, økonomiske ressurser m.m. (Indseth, Telle, et al., 2021).

Det er ikke store geografiske forskjeller i helsetilstanden, når en studerer variasjonen på fylkesnivå og etter urbaniseringsgrad. Det er likevel en tendens til at både smerteplagene og problemer med funksjonsevnen er mindre utbredt i de tetttest befolkede områdene av landet. På fylkesnivå er det Oslo som har færrest innbyggere som opplever smerter eller ubehag (16 prosent), mens Innlandet og Vestfold/Telemark har flest (26 prosent). De samme fylkene skiller seg ut som dem med henholdsvis færrest og flest med nedsatt funksjonsevne. Lignende forskjeller kan en se i statistikken over uføretrygdede. Som andel av befolkningen 18-67 år har Oslo desidert færrest uføretrygdede (6 prosent), mens fylkene Innlandet og Vestfold/Telemark har mer enn dobbelt så mange, rundt 14 prosent. Ser vi spesielt på uføretrygdede i ung alder, under 45 år, skiller Oslo seg også ut som fylket med lavest andel, mens Agder, sammen med Vestfold/Telemark, Innlandet og Nordland, har flest uførepensjonerte som andel av befolkningen i de yngre aldersgruppene.⁵³

Udekkede behov?

Et viktig moment i vurderingen av humanitære behov er om forskjellige grupper får den hjelpen de trenger. Finnes det udekkede behov for hjelp fra helsetjenestene? 9 prosent av befolkningen hadde i 2019 unnlatt å ta kontakt med lege eller legespesialist, selv om de hadde behov. Bare 1 prosent oppga imidlertid at dette skyldtes at de ikke hadde råd til å ta kontakt (tabell 4.4). For tannlegetjenester forholder det seg annerledes; her er det 5 prosent som oppgir at de har latt være å ta kontakt fordi de ikke hadde råd. Denne forskjellen skyldes etter alt å dømme at mens legetjenestene er sterkt subsidierte av staten, er tannlegeutgiftene i hovedsak noe folk betaler selv, med visse unntak (Lunde & Ramm, 2021). At økonomien er viktig kommer også fram ved at nesten to av ti av dem som har vært hos tannlegen siste to år oppgir at de ikke har gjennomført eller fullført en anbefalt tannbehandling fordi det vil koste for mye.

⁵² <https://www.fhi.no/nettpub/folkehelse/rapporten-temautgave-2021/>, lest 2.04. 2022

⁵³ <https://www.ssb.no/statbank/table/11715/>, lest 28.04. 2022

Tabell 4.4. Udekkede behov for helsehjelp i ulike grupper. 2019. Prosent.

	Udekket behov for legehjelp ¹	Ikke råd som grunn til udekket behov for lege	Ikke hatt råd til å hente ut reseptmedisiner ²	Udekket behov tannlegehjelp ³	Ikke råd som grunn til udekket tannlegebehov
Psykiske plager ⁴	29	6	15	22	15
Svekket helse ⁵	19	4	12	22	15
Uføør	17	4	18	17	11
Lav inntekt, under 250 000 kr. ⁶	14	4	10	16	11
Arbeidsledig	13	5	11	18	13
Landbakgrunn utenfor Norge	12	2	6	12	7
Lav utdanning	10	2	7	11	7
Høy inntekt, over 500 000 kr. ⁶	8	0	1	4	1
Hele befolkningen 16+ år	9	1	4	8	5

¹Hatt behov for legetime uten å ta kontakt siste 12 måneder, ²Har noen gang unnlatt å hente ut reseptmedisiner på apotek fordi de ikke hadde råd, ³Hatt behov for å gå til tannlege uten å ta kontakt siste 12 måneder, ⁴Personer som scorer over gitt grenseverdi på indeks for psykiske symptomer (HSCL-5), ⁵Personer som skårer over gitt grenseverdi for indeks over egenvurdert helse og egenvurdert tannhelse, ⁶Husholdningsinntekt per forbruksenhet

Kilde: Helseundersøkelsen 2019 (Lunde og Ramm 2021)

Økonomien har likevel en viss betydning også for somatiske helsetjenester. I 2019 var det 4 prosent som oppga at de noen gang hadde unnlatt å hente ut medisiner på apotek fordi de ikke hadde råd. Blant uføre gjelder dette nesten en av fem.

De største udekkede behovene finner vi blant dem som både er fattige og syke, det vil si som både har lav husholdningsinntekt og svekket helse (Lunde & Ramm, 2021). Snaut en av fire i denne gruppa har et udekket behov for legehjelp, og like mange har i enkelte tilfeller ikke hatt råd til å hente ut reseptbelagte medisiner på apoteket. Enda flere, om lag en av tre, har et udekket behov for tannlege. Et lignende mønster framtrer hvis vi tar for oss dem som både har lav inntekt og psykiske plager. I den motsatte enden av fordelingen, blant de rike og friske (god helse og høy inntekt), er udekkede behov svært uvanlig, det er for eksempel bare tre prosent i denne gruppa som har et udekket behov for tannlegetjenester.

Andelen av befolkningen som har unnlatt å oppsøke en tannlege fordi de har dårlig råd har økt noe fra 2015 til 2019, fra 3 til 5 prosent, ifølge helseundersøkelsene gjennomført av Statistisk sentralbyrå. Det ser også ut til at færre i 2019 har vært hos tannlegen og litt flere har et udekket behov for tannlege i de laveste inntektsgruppene sammenlignet med situasjonen fire år tidligere. EU-SILC-undersøkelsene, som gjennomføres årlig, tyder på at andelen som har et udekket tannlegebehov av økonomiske grunner har holdt seg nokså konstant, på rundt 5 prosent av den voksne befolkningen, siden 2006 (Lunde & Ramm, 2021).

Relativt mange av dem som har helseproblemer opplever at helseutgiftene er tyngende, som i sin tur kan bidra til at hjelpen blir mindre enn behovet tilsier. Økonomiske problemer som følge av sykdom kan også skape stress og føre til psykiske plager og i verste fall en forverring av helsetilstanden. I Levekårsundersøkelsen EU-SILC ble det i 2017 spurt om tre typer helseutgifter. De tre kildene var utgifter til lege eller medisinsk behandling, til tannlege og til medisiner. Andelen som svarte at minst en av disse utgiftene var «svært tyngende» for økonomien var i alt 7 prosent av alle voksne. Men blant dem som vurderte egen helse som dårlig eller som hadde sterkt nedsatt funksjonsevne var det langt flere som vurderte utgiftene som tyngende, henholdsvis 20 og 29 prosent. Hvis vi avgrensner til dem som både har dårlig helse definert på denne måten og få

økonomiske ressurser, er det nærmere 1 av 2 (47 prosent) som oppgir at helseutgiftene er tyngende (Barstad, 2020).⁵⁴ Det er utgiftene til tannbehandling som tynger klart mest.

Andre undersøkelser har satt spørsmålsteget ved om helsehjelpen og smertelindringen i livets siste fase fungerer godt nok på sykehjemmene i Norge. En undersøkelse på 47 sykehjem, fordelt på 35 kommuner i Norge, tyder på at en høy andel av dem som dør på sykehjem er plaget av smerter ved livets slutt. Ifølge undersøkelsen hadde så mange som 46 prosent smerter på dødsdagen, 53 prosent pusteproblemer og 31 prosent angst⁵⁵. For mange, heter det, opplevde uakseptabelt høye nivåer av smerter og andre plager i de siste dagene av sine liv (Sandvik, Selbaek, Bergh, Aarsland & Husebo, 2016, s. 6).

En litteraturoversikt over forskning på sosial ulikhet i bruken av helsetjenester i Norge, konkluderer med at det er ulikheter i bruken av private spesialister og til en viss grad av sykehusenes poliklinikker, i favør av personer med høy inntekt og utdanning. Noen undersøkelser finner også at ventetidene på sykehusbehandling er kortere for de bedrestilte pasientene (Dahl et al., 2014).

4.4. Psykiske plager og lidelser

For mange vil opplevelsen av å ha det vondt, være selve kvintessensen av hva lidelse innebærer (Mayerfeld, 2002). Erfaringen av å ha det vondt innebærer intense negative følelser, opplevelser av frykt, utrygghet, tristhet, skam, ydmykelse, meningsløshet og ensomhet, for å ta noen av de mest fundamentale.

Når de negative følelsesmessige opplevelsene har en viss hyppighet og intensitet, og varer ved over tid, kan de oppfattes som tegn på et psykisk helseproblem, eller en mental lidelse. Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelser 1998, 2005, 2008 og 2012 viste at 9-11 prosent av den voksne befolkningen i Norge hadde et betydelig nivå av angst- og depresjonslignende psykiske plager. «Det innebærer at om lag 450 000 nordmenn over 20 år til enhver tid har tyngende psykiske problemer» (Nes & Ørstavik, 2016, s. 164). Sannsynligvis er tallet enda høyere, på grunn av frafallet i disse undersøkelsene.

Psykisk helse under korona

Hva har så skjedd med de psykiske plagene etter at koronapandemien slo inn over befolkningen, fra mars 2020? Livskvalitetsundersøkelsene som ble gjennomført i mars 2020 og mars 2021 tyder på en kraftig økning av andelen i befolkningen med angst- og depresjonslignende plager. Bruken av et lignende måleinstrument som i de tidligere levekårsundersøkelsene tyder på en fordobling sammenlignet med de tidligere kartleggingene. En av fem voksne personer hadde i mars 2021 slike plager. De psykiske belastningene kommer også fram når hele 44 prosent oppgir at deres psykiske helse har blitt negativt påvirket av koronapandemien (tabell 4.5).

Det kan altså i liten grad være tvil om at befolkningen i perioder har opplevd psykiske belastninger langt utover det vanlige, og at dette slår ut i symptomer på angst og depresjon. Spørsmålet er imidlertid om disse endringene er varige, hvor situasjonsbestemte de er. Både i mars 2020 og mars 2021 var smittetallene høye, og omfattende koronarestriksjoner var innført. En FHI-undersøkelse i juni 2020 viste for eksempel et lavere nivå av psykiske plager enn før pandemien, gjennomført i en periode med mer optimisme og færre restriksjoner. I november og desember samme år tyder

⁵⁴ Denne gruppa er liten, rundt regnet 2 prosent av befolkningen. Hvis dårlig helse og få økonomiske ressurser defineres mindre strengt, slik at de utgjør 8 prosent av befolkningen, er det 27 prosent som oppgir at helseutgiftene er svært tyngende

⁵⁵ Vurderingene av smertenivå mm ble gjennomført av syke- og hjelpepleiere på sykehjemmene, kurset og veiledet av forskerne. Hvis en pasient ikke kunne svare på spørsmål, på grunn av demens eller bevisstløshet, ble vurderingen gjort av primærpleieren

derimot en annen FHI-undersøkelse på en ny økning.⁵⁶ Internasjonale studier viser lignende svingninger. Forskere fra FHI har derfor konkludert med at det samlet sett ikke har vært noen vesentlig forverring av den psykiske helsen i den generelle befolkningen under pandemien.⁵⁷ For barn og unge er det derimot større grunn til å tro at det har skjedd en slik forverring, se utdyping nedenfor. Også andre undergrupper kan ha vært utsatt for en sterkere og muligens mer kronisk nedsettelse av den psykiske helsetilstanden, som vi skal se.

En annen norsk studie tyder ikke på en økning av andelene med psykiske lidelser i 2020, etter at pandemien kom (Knudsen et al., 2021). Ovenfor har vi omtalt utviklingen for psykiske plager. Begrepet psykiske lidelser brukes først når plagene er så store og av en slik karakter at kriteriene for en klinisk diagnose, slik som angst eller depresjon, oppfylles. Forekomsten av psykiske lidelser i august og september 2020 var på samme nivå som før pandemien, mens den var betydelig lavere i den første perioden med nasjonal nedstengning i mars 2020. Derimot var det en høyere andel som opplevde et umøtt behov for hjelp i helsevesenet etter nedstengningen.⁵⁸ En svakhet med denne studien er imidlertid at undersøkelsen av psykiske lidelser baserer seg på et utvalg fra bare en by (Trondheim), med usikker representativitet for resten av landet.

Mange av dem som oppsøker allmennleger i Norge har psykiske symptomer, plager eller diagnoser av forskjellig slag. En undersøkelse basert på registerdata viser at antallet som presenterte slike symptomer, plager eller diagnoser var høyere i flere perioder av 2020 enn det var i årene 2017-2019, og at nivået var særlig høyt på slutten av året, i november-desember. Økningen var størst blant kvinner og i de fire største byene (Hvide & Johnsen, 2022).

Også annen forskning indikerer at noen grupper har vært mer rammet enn andre. Det gjelder for eksempel studentene. Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT) viser en kraftig økning av andelene med psykiske plager i denne gruppa. I 2021 skåret nesten annenhver student over grenseverdien for psykiske plager, opp fra nesten hver sjettede student i 2010 (Sivertsen, 2021).

Også hjemmeboende eldre med demens ble rammet under de første månedene med nedstengning og restriksjoner i 2020. I et utvalg av 102 dyader (hjemmeboende eldre med demens og deres omsorgsperson) ble det avdekket negative endringer i psykisk helse, særlig symptomer på depresjon og psykose (Gedde et al., 2022). Risikoen for psykose økte sterkt hvis kontakten med uformelle omsorgspersoner ble redusert. Det ser ut til at koronarestriksjonene som ble innført for å beskytte sårbare eldre fra sykdom og død fikk negative konsekvenser for deres psykiske helse. Personer med demens er antakelig mest utsatt, fordi de er spesielt sårbare for endringer i omgivelser, vaner og relasjoner.⁵⁹ Det er grunn til å tro at den samme sårbarheten finnes blant eldre med demens på sykehjem.

På spørsmål om ens egen psykiske helse har blitt påvirket av koronapandemien, svarte 44 prosent i 2021 at pandemien hadde hatt en negativ påvirkning. Blant unge kvinner var denne andelen nesten sju av ti (se tabell 4.5). Det er klare aldersforskjeller, med sterkere negative effekter blant de unge enn blant eldre. De øvrige gruppeforskjellene gjenspeiler antakelig også dette aldersmønsteret i noen grad. Både ikke-heterofile, sosialhjelpsmottakere og aleneboende under 35 år er overrepresentert blant dem som har opplevd negative virkninger, og alle disse har et relativt stort innslag av yngre mennesker.

⁵⁶ <https://www.fhi.no/nettpub/folkehelse rapporten-temautgave-2021/>, lest 28.03. 2022

⁵⁷ <https://www.fhi.no/nettpub/folkehelse rapporten-temautgave-2021/>, lest 28.03. 2022

⁵⁸ <https://www.fhi.no/nettpub/folkehelse rapporten-temautgave-2021/>, lest 28.03. 2022

⁵⁹ <https://forskersonen.no/aldring-covid19-demens/koronarestriksjonene-skulle-beskytte-de-eldre-men-forverret-deres-psykiske-helse/1964770>, lest 29.03. 2022

Tidligere undersøkelser har funnet visse geografiske forskjeller i hvor vanlig det er med psykiske plager i befolkningen. En analyse av levekårsundersøkelsen i 1998 fant at psykiske plager var mest utbredt i Oslo, mens Vestlandet hadde færrest (Dalgard, Rognerud & Strand, 2002). Det viste seg imidlertid at det ikke var noen forskjell mellom bosatte i Oslo og på Vestlandet blant personer med høy utdanning, mens det var store forskjeller i Oslos disfavør blant dem med lav utdanning. De sosiale forskjellene i psykisk helse var langt større i Oslo. Ser vi på de nyeste tallene, fra 2021, var det 24 prosent i Oslo som skåret over grenseverdien for psykiske problemer, litt høyere enn gjennomsnittet for befolkningen (se tabell 4.5). I spredtbygde strøk var andelen 18 prosent. Det er grunn til å tro at dette i vesentlig grad gjenspeiler koronasituasjonen, som har rammet Oslo og de større byene mest. Over halvparten av innbyggerne i Oslo, 55 prosent, sier at deres psykiske helse har blitt negativt påvirket av koronapandemien, mens andelen blant bosatte i spredtbygde strøk er 37 prosent, altså godt under befolkningsgjennomsnittet.

Sosiale og økonomiske forskjeller

Som for levealder og fysisk helse, er det betydelige sosioøkonomiske ulikheter i forekomsten av psykiske problemer. Lav inntekt og utdanning er forbundet med større risiko. I en analyse av Levekårsundersøkelsen 2008 ble det vist at de som hadde opplevd alvorlige økonomiske problemer siste år hadde en særlig høy risiko for dårlig psykisk helse og andre negative utfall. Andre faktorer som var forbundet med større risiko for psykiske helseproblemer var arbeidsledighet, smerter, bruk av narkotika og høyt alkoholkonsum (Nes & Clench-Aas, 2011).

Tabell 4.5 viser hvordan psykiske problemer varierer blant forskjellige utsatte og sårbare grupper, slik de er målt i Livskvalitetsundersøkelsen 2021. I fem av gruppene er andelen med psykiske problemer mer enn dobbelt så høy som i befolkningen som helhet: Sosialhjelpsmottakere, mottakere av arbeidsavklaringspenger, ikke-heterofile, arbeidsledige og unge kvinner. En viss overhyppighet finner vi også, i tråd med tidligere undersøkelser, blant uføretrygdede, unge aleneboende, innvandrere fra Afrika, Asia etc. og personer med lav utdanning. Blant de ikke-heterofile er andelen med psykiske problemer spesielt høy blant bifile: 51 prosent, altså samme andel som blant sosialhjelpsmottakerne.

Andelen med betydelige psykiske vansker er også langt høyere blant funksjonshemmede enn ellers i befolkningen. Dette skyldes neppe bare at en del er funksjonshemmede med bakgrunn i psykiske lidelser. Den høye andelen med psykiske vansker finner vi også hos funksjonshemmede med fysiske begrensninger, slik som bevegelsehemmede (Ramm, 2010).

Tabell 4.5. Indikatorer på psykisk helse og livskvalitet i ulike grupper. 2021. Prosent

	Har psykiske problemer ¹	Psykisk helse negativt påvirket av korona	Lite fornøyd med livet ²	Opplever et lite meningsfullt liv ³
Sosialhjelpsmottakere	51	55	57	57
Mottakere av arbeidsavklaringspenger	45	49	52	52
Ikke-heterofile ⁴	44	58	43	43
Kvinner 16-24 år	43	68	37	41
Arbeidsledige	42	56	53	55
Aleneboende 18-34 år	37	59	42	40
Uføretrygdede	32	47	43	42
Innvandrere fra Afrika, Asia etc. ⁵	29	50	30	25
Enslige forsørgere	28	48	37	32
Utdanning grunnskole	27	46	35	35
Par med barn 0-17 år	19	44	22	20
Eldre 75+ år	4	35	23	26
Hele befolkningen 18+ år	20	44	28	26

¹Andel som vurderes å ha symptomer på angst og depresjon på grunnlag av spørsmålsbatteriet HSCL-5, ²Oppgir verdien 5 eller lavere i vurderingen av hvor fornøyd man er med livet for tiden, på en skala fra 0 til 10, ³Oppgir verdien 5 eller lavere i vurderingen av om det en gjør i livet er meningsfullt, på en skala fra 0 til 10, ⁴Homofile, lesbiske, bifile og personer med annen, ikke-heterofil orientering, ⁵Innvandrere fra land i Afrika, Asia, Latin-Amerika, Oseania unntatt Australia og New Zealand, og fra Europa utenom EU/EØS

Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2021

Barn og unge

Hva med psykiske plager og lidelser blant barn og unge? Også her har forskning og statistikk i en årrekke dokumentert store sosiale forskjeller. Psykiske lidelser er 3-4 ganger mer vanlig blant barna med lavest foreldreinntekt sammenlignet med dem som har høyest inntekt. Selv når det tas hensyn til påvirkningsfaktorer som foreldrenes psykiske helse og andre sosiodemografiske faktorer, er det en statistisk sammenheng. Det er også en sammenheng mellom inntekt og psykiske lidelser blant adopterte, riktignok betydelig svakere enn i befolkningen som helhet. Det siste styrker en antakelse om at sammenhengen ikke bare er et resultat av bakenforliggende genetiske faktorer (Kinge et al., 2021).

Har koronapandemien hatt en negativ innvirkning på barn og unges psykiske helse? Mye tyder på det, selv om de fleste har klart å håndtere pandemiens belastninger rimelig bra, og langtids-effektene er usikre. En nylig undersøkelse basert på Ungdata finner at depressive symptomer og tid tilbrakt foran skjermer økte det første året av pandemien, mens optimismen for framtida, tilfeller av alkoholberuselse og bruk av narkotika ble redusert. Disse endringene var imidlertid nokså beskjedne. Mer bekymringsfullt er det at noen grupper ble hardere rammet enn andre. Studien trekker her fram jenter, de yngste og ungdom med få sosioøkonomiske ressurser (von Soest et al., 2022). Det var for eksempel en sterkere økning av depressive symptomer hos ungdom som opplevde at familiens økonomi var dårlig, og blant dem som ikke hadde foreldre med høyere utdanning. Også foreløpig upublisert forskning fra NKVTS dokumenterer⁶⁰ en signifikant økning i symptomer på angst og depresjon blant barn og unge som følge av pandemien og de iverksatte smitteverntiltakene. Økningen i kroppslige plager har vært minst like signifikant og sterk.

At flere har fått psykiske plager blant barn og unge gjenspeiles også i den økte etterspørselen etter tjenester fra det psykiske helsevernet. Nesten 65 000 pasienter ble behandlet i psykisk helsevern for barn og unge i 2021, en økning på 14 prosent sammenlignet med året før. For hele landet har antallet nye henvisninger til psykisk helsevern for barn og unge økt med 21 prosent. Antallet henvisninger med bakgrunn i mistanke om spiseforstyrrelser økte med hele 31 prosent.⁶¹ Andre grunner til nyhenvisninger som har blitt mer vanlige, er ADHD og depresjoner.⁶² Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) beskriver en av hovedutfordringene i det psykiske helsetilbudet som et etterslep som skyldes at pågangen har vært større enn kapasiteten over lengre tid.⁶³ Det var begrensninger i kapasiteten før pandemien, og i tillegg kommer virkningene av pandemien og det reduserte tilbudet i pandemiens første fase. At det har vært en økning også i mer alvorlige psykiske lidelser blant barn, slik behandlingsapparatet registrerer det, tyder på at pandemien på dette punktet kan få langsiktige ettervirkninger. En landsomfattende studie av alle barn bosatt i Norge har sett på bruken av helsetjenester i primær- og spesialisttjeneste for psykiske plager og lidelser under pandemien, og bekrefter at det har vært en økning, tydeligst hos 13-15-åringer og for diagnoser som ADHD, angst og depresjon (Evensen et al., 2022). En mulig forklaring kan være at foreldre har hatt mer tid med barna sine, og dermed i større grad sett barnas tilstand og hjelpebehov. Forskerne bak studien tror ikke at dette forklarer alt, blant

⁶⁰ <https://www.nkvts.no/tv/webinar-om-psykososiale-konsekvenser-av-koronapandemien/>

⁶¹ https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge%202021.pdf/_attachment/inline/835894ee-6533-4113-affe-6466c2889be6:a8894c4c0c0b0cc3479cd93aab9c4dae1c9aa71e/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge-2021.pdf, lest 29.03. 2022

⁶² <https://ukom.no/rapporter/to-ar-med-pandemi--status-for-det-psykiske-helsetilbudet-til-barn-og-unge/bakgrunn>, lest 29.03. 2022

⁶³ <https://ukom.no/rapporter/to-ar-med-pandemi--status-for-det-psykiske-helsetilbudet-til-barn-og-unge/bakgrunn>, lest 29.03. 2022

annet fordi de mest alvorlige lidelsene knyttet til sykehusinnleggelses og behandling i psykiatrien også øker.⁶⁴

Det reduserte tilbudet i pandemiens initialfase påvirket en rekke av tilbudene, også dem som ikke hadde direkte med psykisk helsevern å gjøre. Et eksempel er barnevernet. En tredjedel av ungdom som mottok hjelp fra barnevernet oppga i en undersøkelse at kontakten ble betydelig redusert under nedstengningen av skolene (Hafstad & Augusti, 2020).

Subjektiv livskvalitet

Hva med andre sider ved den subjektive livskvaliteten, slik som hvor fornøyd man alt i alt er med livet, og hvor meningsfullt det en gjør i livet er? Som tabell 4.5 viser, er det for de fleste utsatte grupper et godt samsvar mellom andelen som har psykiske problemer, og de tilsvarende andelen som er misfornøyd og synes livet er lite meningsfullt. Blant tre grupper: sosialhjelpsmottakere, mottakere av arbeidsavklaringspenger og arbeidsledige, er mer enn halvparten nokså misfornøyd med livet, nesten det dobbelte av befolkningen som helhet. Tilsvarende forskjeller ser vi for opplevelsen av meningsløshet. Også tidligere studier, gjennomført før koronapandemien og basert på Levekårsundersøkelsen EU-SILC, viser noen av de samme forskjellene (vedleggstabell A2). Her ser vi at enslige minstepensjonister også er blant gruppene med nokså mange misfornøyd og med en relativt svak opplevelse av mening, sammenlignet med befolkningen som helhet.⁶⁵

Det er likevel noen nyanser i resultatene. Unge kvinner skiller seg mindre ut på tilfredshet med livet enn det en skulle forvente, gitt hvor utbredt psykiske plager er i denne gruppa. Innvandrere fra Afrika, Asia etc. har flere psykiske plager enn gjennomsnittet, men er like tilfredse med livet og opplever like mye mening som befolkningsgjennomsnittet.

Andelen som opplever liten mening og lav tilfredshet er godt over befolkningsnittet blant de ikke-heterofile. Misnøyen er særlig høy blant bifile. Dette bekreftes i en annen større undersøkelse. Den samme undersøkelsen viser også at transpersoner har en relativt lav gjennomsnittsskåre, omtrent på nivå med bifile kvinner (Anderssen, Eggebø, Stubberud & Holmelid, 2021).

Vi ser av tabellen at unge kvinner er langt mindre fornøyd enn de som er 75 år og over. Dette aldersmønsteret, der de unge er mindre fornøyd og lykkelige enn de eldre, er forholdsvis nytt. I Norge har det vært det Hellevik og Hellevik (2021) omtaler som en «dramatisk» reduksjon av tilfredshet og lykkefølelse blant yngre personer i løpet av det siste ti-året. En økende bekymring for hva som vil skje en i framtida har bidratt mest til nedgangen. Bekymringen for framtiden henger igjen sammen med frykt for ulike negative hendelser, særlig knyttet til framtidige yrkesmuligheter og økonomi. Også økende misnøye med sosiale relasjoner og egen kropp, helse og fysisk form har bidratt.

Det er imidlertid visse forskjeller innad i gruppen av eldre, som ikke er vist i tabellen. Blant aleneboende eldre er det litt flere som opplever at livskvaliteten er lav, sammenlignet med alle eldre. 37 prosent av aleneboende eldre 80+ oppgir at livet er forholdsvis lite meningsfullt. Denne andelen er i realiteten antakelig enda høyere, på grunn av det store frafallet blant eldre i slike undersøkelser. Det er små forskjeller mellom ulike landsdeler og etter hvor sentralt man bor. Ifølge den siste Livskvalitetsundersøkelsen fra 2021, er likevel misnøyen med livet litt mer utbredt i Oslo og i de mest sentrale bostedsstrøkene enn ellers i landet. Når man spør om tilfredsheten med stedet

⁶⁴ <https://www.aftenposten.no/mening/kronikk/i/eExQXO/pandemien-foerte-til-en-oekning-i-bruk-av-psykisk-helsetjenester-hos-bar>, lest 19.04. 2022

⁶⁵ Vi ser at tallene for lav tilfredshet og meningsløshet er mye høyere i 2021 enn i gjennomsnitt for årene 2013 og 2017-2019. Det skyldes etter alt å dømme høyere misnøye og meningsløshet under koronapandemien, i tillegg til en metodeeffekt. Webundersøkelser gir større anonymitet for de som deltar enn intervju-undersøkelser, og sikrer sannsynligvis mer ærlige svar

man bor, er derimot misnøyen svakt høyere i Nord-Norge og i de minst sentrale bostedsstrøkene (Støren & Rønning, 2021).

4.5. Mellommenneskelig lidelse

Mennesker har et grunnleggende behov for sosial aksept, støtte og tilhørighet. Når behovet for dette ikke blir tilfredsstillt, og en i verste fall blir utstøtt fra fellesskapet eller utsatt for krenkelser, mobbing og vold, oppleves det som smertefullt. Resultatet er ofte mentale og fysiske helseproblemer, som vi skal se.

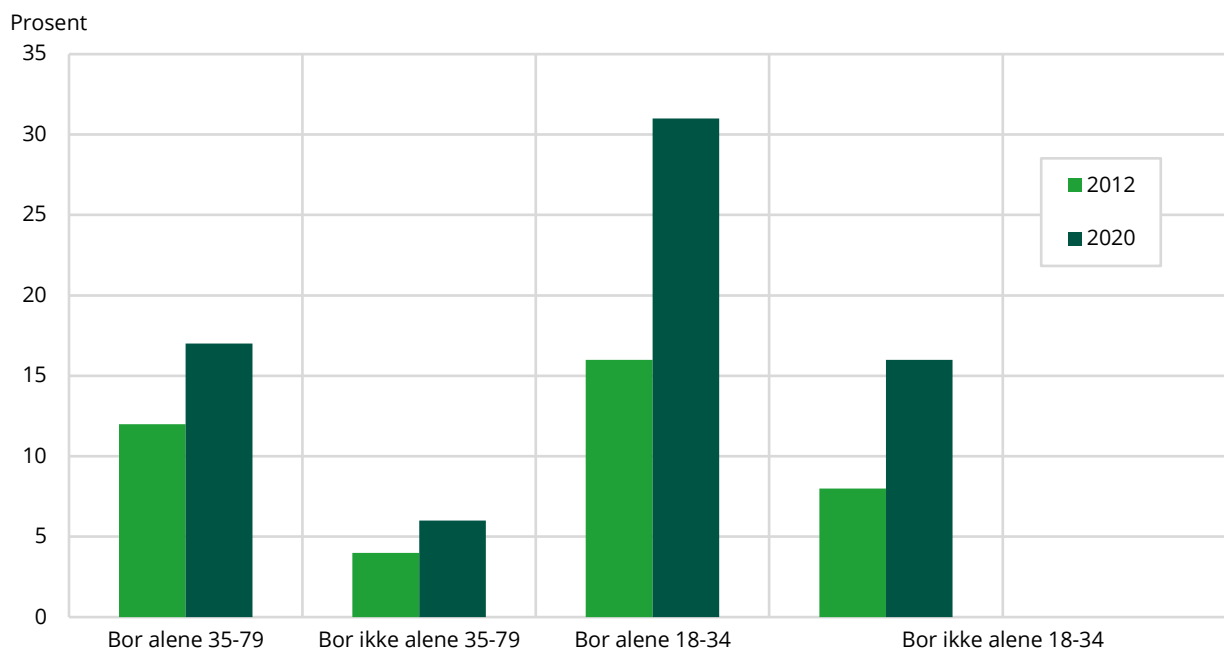
Ensomhet og mangel på hjelp og støtte

En av konsekvensene er risikoen for å føle seg ensom. Ensomhet kan defineres som en negativ, følelsesmessig opplevelse som springer ut av misforholdet mellom kvantiteten og kvaliteten på de sosiale relasjonene individet faktisk har, og de som individet ønsker å oppnå (Gierveld, Tilburg & Dykstra, 2006). Både sosial isolasjon og ensomhet er forbundet med større risiko for en tidlig død, uavhengig av andre risikofaktorer (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris & Stephenson, 2015). Det er uklart hva som betyr mest, den subjektive opplevelsen av avstand og isolasjon, eller den faktiske graden av isolasjon. En studie fant at det bare var sosial isolasjon som hadde en selvstendig betydning for dødeligheten (Steptoe, Shankar, Demakakos & Wardle, 2013), mens andre har funnet det motsatte. Det er få studier som har sett sosial isolasjon og ensomhet i sammenheng. Det ser ut til at følelsen av ensomhet kan ha en rekke uheldige fysiologiske virkninger, slik som dårligere immunforsvar, høyere blodtrykk og en forringet søvnkvalitet. Den kroniske ensomheten framskynder aldringsprosessen, og er en risikofaktor for dårlig helse som ifølge noen forskere kan sammenlignes med røyking eller overvekt (Cacioppo & Patrick, 2008). Etterhvert har det også blitt gjort laboratorieforsøk og eksperimenter med kontrollgrupper som understøtter den kausale betydningen av fellesskap og gode relasjoner for fysisk helse (Hostinar, 2015). Andre forskere har gjort funn som tyder på at medlemskap i grupper og foreninger forebygger depresjon, og at sjansen for tilbakefall blant deprimerte synker i takt med antallet grupper de blir medlem av i løpet av en oppfølgingsperiode (Cruwys et al., 2013).

Blir det mere ensomhet i samfunnet? Levekårsundersøkelser tilbake til begynnelsen av 1990-tallet og fram til 2012 tyder på at utbredelsen av ensomhet i befolkningen i hovedsak var uendret i disse årene (Svendsen, 2015, s. 53-54). I 2012 oppga 7 prosent av den voksne befolkningen at de var ganske mye eller veldig mye plaget av ensomhet, mens 21 prosent var litt plaget (Barstad & Sandvik, 2015). Under koronapandemien har imidlertid utbredelsen av ensomhet endret seg vesentlig, i hvert fall i periodene med økende smitte og strenge restriksjoner på sosial kontakt. Andelen av befolkningen som var mye plaget av ensomhet utgjorde 11 prosent i mars 2020, og 15 prosent i mars 2021, altså mer enn det dobbelte av andelen i 2012. En analyse av endringene fra 2012 til 2020 viste at den økte ensomheten var tydeligst blant aleneboende under 35 år, se figur 4.3⁶⁶ (Barstad, 2021a). Tall fra Koronaundersøkelsen i Agder og i Nordland viser imidlertid at de som var ensomme før koronaen kom, faktisk ble mindre ensomme under pandemien. Blant dem som ikke var ensomme før pandemien, var det derimot en liten økning.⁶⁷ Det kan skyldes at pandemiltakene i særlig grad rammet dem som var mest aktive, sosialt sett. De som var ensomme fra før kunne derimot oppleve at de ikke lenger skilte seg ut på samme måte. Under pandemien ble sosial isolasjon nærmest en ønskelig tilstand, et bidrag til å redusere smittespredningen og fremme folkehelsen.

⁶⁶ Det er en viss usikkerhet knyttet til denne sammenligningen over tid. Blant annet er 2020- og 2021-undersøkelsene internettbasert, mens de foregående undersøkelsene var basert på utfylling av et papirskjema. Det er vanskelig å vurdere betydningen av dette, men de internettbaserte undersøkelsene har et større frafall blant eldre 80+ år. Denne befolkningsgruppen er derfor holdt utenfor i figur 4.3

⁶⁷ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/>, lest 19.04. 2022

Figur 4.3. Andel som er mye plaget av ensomhet, etter alder og om en bor alene eller ikke. 2012 og 2020. Prosent

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse 2012 og Livskvalitetsundersøkelsen 2020

Den voksne delen av befolkningen ser altså ut til å ha opplevd negative konsekvenser av pandemien for sitt sosiale liv. Riktignok ser ikke tilliten til de man ikke kjenner fra før ut til å ha gått nevneverdig ned under pandemien, men i noen undergrupper er det flere tegn til at pandemien har gått ut over hvordan vi forholder oss til mennesker i samfunnet generelt.⁶⁸ Tall fra Livskvalitetsundersøkelsene viser at litt flere hadde liten venne- og familiekontakt i 2021 enn de hadde på samme tidspunkt i 2020. Andelen som sjelden treffer venner økte fra 20 til 25 prosent, og andelen som ikke hadde gjort frivillig arbeid gikk også opp, fra 60 til 69 prosent (Støren & Rønning, 2021).

Blant ungdom er det, i motsetning til utviklingen for hele befolkningen, tegn til en langsiktig økning av ensomhetens utbredelse, også før pandemien. Blant annet tyder Pisa-undersøkelsene i perioden 2003-2018 på at flere unge i 15-årsalderen føler seg ensomme på skolen, og oftere opplever at de blir holdt utenfor, er annerledes og ikke passer inn (Barstad, 2021a). Ifølge Ungdata-undersøkelsene, som gjennomføres på ungdomsskolene og videregående skoler, var det en jevnt økende andel unge som oppgav at de var mye plaget av ensomhet, i perioden 2011-2019. Denne andelen økte også litt i 2021, sammenlignet med gjennomsnittet for årene 2018-2020 (Bakken, 2021).⁶⁹ Undersøkelser blant studenter i Norge viser at den rapporterte ensomheten har hatt en stigende trend over flere år. Det har blitt flere ensomme, både fra 2014 til 2018, og fra 2018 til 2021. I 2021 var det 44 prosent av studentene som ofte eller svært ofte savnet noen å være sammen med (Sivertsen, 2021).

For hvem er ensomhet, og andre tegn på mellommenneskelige problemer, en utfordring? Hvilke sider ved levekårene har sterkest sammenheng med ensomhet? En analyse basert på Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2018, fant at nedsatt helse, økonomiske mangler og det å leve uten en samlivspartner ga de sterkeste utslagene på risikoen for ensomhet, selv når det ble tatt hensyn til en rekke andre påvirkningsfaktorer (Barstad, 2021b). En seinere studie bekrefter betydningen av helse og økonomiske omstendigheter (Barstad, 2021a). Om lag en av tre er mye plaget av ensomhet blant personer med store helseproblemer og en vanskelig økonomisk situasjon. De minst ensomme

⁶⁸ <https://www.nkvt.no/tv/webinar-om-psykososiale-konsekvenser-av-koronapandemien/>

⁶⁹ Det var bare andelen som var «ganske mye plaget» som økte, mens andelen som var «svært mye plaget» var uendret

er ofte gift eller samboende og tilhører husholdningene med best økonomi. I disse gruppene er det bare 5-6 prosent som har vært mye plaget av ensomhet de siste 14 dagene. Innvandrere er også noe mer plaget.

Betydningen av dårlig helse og funksjonshemming er bekreftet i flere undersøkelser (Ramm, 2010, s. 31). Dårlig helse øker ofte behovet for aksept og støtte fra andre, samtidig som helsetilstanden kan fungere som en hindring for å tilfredsstille disse behovene. Nedsatt helse er den hyppigst oppgitte årsaken til manglende deltaking i forskjellige sosiale aktiviteter, og er en særlig utbredt grunn til ikke å delta blant personer med lav inntekt og utdanning (Barstad & Sandvik, 2015, s. 50-51).

I tabell 4.6 er det listet opp en del indikatorer på mellommenneskelige problemer, med utgangspunkt i Livskvalitetsundersøkelsen 2021.

Tabell 4.6. Indikatorer på mellommenneskelige problemer i ulike grupper. 2021. Prosent

	Mye plaget av ensomhet	Samliv brutt siste 5 år ¹	Utsatt for vold eller trusler siste 5 år ²	Ingen å få hjelp av ved problemer ³	To eller færre å få hjelp av ved problemer ⁴	Ingen venner eller sjelden kontakt med venner ⁵
Sosialhjelpsmottakere	41	36	28	11	54	22
Aleneboende 18-34 år	37	38	15	5	27	9
Arbeidsledige	33	30	16	7	40	19
Ikke-heterofile ⁶	32	25	17	5	34	13
Kvinner 16-24 år	32	29	13	1	24	8
Mottakere av arbeidsavklaringspenger	31	23	13	5	36	17
Enslige forsørgere	25	46	16	5	32	10
Uføretrygdede	22	12	8	4	32	13
Innvandrere fra Afrika, Asia etc. ⁷	21	20	8	9	47	22
Utdanning grunnskole	21	17	10	4	32	11
Eldre 75+ år	10	2	1	1	26	10
Par med barn 0-17 år	10	8	6	2	21	9
Hele befolkningen 18+ år	15	14	7	3	24	9

¹ Opplevd samlivsbrudd siste 12 måneder eller for 1-5 år siden, ² Blitt utsatt for fysisk vold eller trussel om vold siste 12 måneder eller for 1-5 år siden, ³ Ingen som står en så nær at en kan regne med dem ved store personlige problemer, ⁴ Ingen eller 1-2 personer som står en så nær at en kan regne med dem ved store personlige problemer, ⁵ Har ingen gode venner eller er sammen med dem sjeldnere enn noen ganger i året, ⁶ Homofile, lesbiske, bifile og personer med annen, ikke-heterofil orientering, ⁷ Innvandrere fra land i Afrika, Asia, Latin-Amerika, Oseania unntatt Australia og New Zealand, og fra Europa utenom EU/EØS

Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2021

Vi ser at mønsteret for ensomhetens fordeling i stor grad samsvarer med det andre undersøkelser har vist. Ensomheten er mest utbredt blant sosialhjelpsmottakerne, som vi tidligere har sett er en gruppe som både har store økonomiske problemer og flere helseproblemer enn ellers i befolkningen. Dette er også bekreftet i tidligere forskning (Vrålstad, 2012, s. 122). Blant andre grupper som skårer høyt, mer enn det dobbelte av landsgjennomsnittet, finner vi unge aleneboende, unge kvinner, arbeidsledige, mottakere av arbeidsavklaringspenger og ikke-heterofile. Flere av disse gruppene har en overvekt av enslige, som bidrar til å forklare hvorfor de er utsatt. Det er framfor alt enslige uten barn, særlig menn, som er plaget av ensomhetsfølelser (Barstad & Sandvik, 2015).

Eldre, de over 75 år, er ikke mer ensomme enn flertallet i befolkningen. Det viser seg imidlertid at risikoen for ensomhet avhenger mye av bosituasjonen og helsetilstanden til de eldre. Blant aleneboende i denne aldersgruppa er det dobbelt så mange, en av fem, som er mye plaget av ensomhet. Dette er likevel godt under nivået blant de aleneboende unge. Men antakelig undervurderer Livskvalitetsundersøkelsen 2021 omfanget av problemer som ensomhet blant de eldre, siden frafallet i denne gruppa er så høyt. Undersøkelser basert på utfylling av et webskjema gir et høyere frafall blant de eldre enn det telefonintervjuer gjør. Levekårsundersøkelser har

tidligere vist at helsetilstanden blant de eldre også har mye å si for ensomhet. I en undersøkelse oppga 7 av 10 eldre 80+ med svekket helse at de var litt eller mye plaget (Normann, 2011).

Ikke-heterofile er som vist en av gruppene som er mest utsatt. Dette er også vist i andre undersøkelser. I tillegg er transpersoner i gjennomsnitt mere ensomme enn cispersoner⁷⁰ (Anderssen & Malterud, 2013).

Innvandrere er en annen gruppe der noen flere opplever ensomhet enn befolkningen som helhet. Dette er belagt i flere undersøkelser. Årsakene er sammensatte, og har både sammenheng med svekket økonomi og dårligere fysisk og psykisk helse, samt svakere norskferdigheter og utsatthet for diskriminering (Barstad, 2021b).

I tabell 4.6 er det også gjengitt en del andre indikatorer på mellommenneskelige problemer. Disse gir mye av det samme bildet som ensomhetsindikatoren. Vi ser at sosialhjelpsmottakerne har flest som etter eget utsagn ikke har noen å få hjelp av når personlige problemer dukker opp, eller som antar at to eller færre vil være der for dem i slike situasjoner. Sosialhjelpsmottakerne har også, sammen med innvandrerne, flest med liten vennekontakt. Det er likevel noen nyanser og forskjeller. Mens innvandrere fra Afrika, Asia etc. bare har marginalt høyere risiko for ensomhet, er de langt mer utsatt for andre typer problemer. Mange av dem har et lite nettverk; snaut halvparten oppgir at to eller færre vil stille opp ved personlige problemer. Mer enn en av fem innvandrere har ingen venner eller sjelden kontakt med disse. Vi ser også at mens unge kvinner i større grad opplever ensomhet enn det som er vanlig, er nettverket av personer som de regner med vil stille opp for dem like stort som for andre; det samme gjelder kontakten med venner. Andelen som har opplevd samlivsbrudd er imidlertid det dobbelte av landsgjennomsnittet; noe av forklaringen på den utbredte ensomhetsfølelsen finner vi nok her. Det samme gjelder de unge aleneboende og de enslige forsørgerne, som er de to gruppene med flest samlivsbrudd bak seg.

Det er små geografiske forskjeller i opplevelsen av ensomhet og andre mellommenneskelige problemer. Det er imidlertid en svak tendens til større ensomhet i Oslo og de mest urbaniserte bostedsstrøkene. Oslo skiller seg også ut, sammen med Troms og Finnmark, som fylker der det skjer flest samlivsoppløsninger.

Vold, trusler og overgrep

Kriminalitet, vold og trusler om vold er en kilde til utrygghet i hverdagen, og kan ha alvorlige konsekvenser for helse og livskvalitet. En nasjonal forekomststudie av vold i Norge viste at alvorlig vold og grove seksuelle overgrep hadde sammenheng med psykiske helseproblemer, og at det å bli utsatt for dette som barn var korrelert med psykiske problemer og økt risiko for å bli utsatt for vold som voksen (Thoresen & Hjemdal, 2014; Thoresen, Myhre, Wentzel-Larsen, Aakvaag & Hjemdal, 2015). Ifølge SSBs levekårsundersøkelse fra 2018 var det 4,7 prosent av den voksne befolkningen som oppga at de hadde vært utsatt for vold eller trusler i løpet av de siste 12 måneder.⁷¹ Det var en høyere andel enn den rekordlave andelen i 2015, men likevel noe under gjennomsnittet for undersøkelsene i perioden 1987-2007. Andelen som var urolig for å bli utsatt for vold eller trusler på bostedet var i 2015 lavere enn noen gang registrert, og holdt seg på omtrent samme nivå i 2018.⁷²

⁷⁰ Cispersoner er personer som identifiserer seg med det kjønn de ble tildelt ved fødselen

⁷¹ I Levekårsundersøkelsene omfatter begrepet vold to typer. Det blir spurt om en har vært utsatt for vold som førte til synlige merker eller kroppsskader, og om en har vært utsatt for vold som ikke førte til synlige merker eller kroppsskade. I tillegg kartlegges trusler, om den intervjuede har blitt utsatt for trusler som var så alvorlige at hen ble redd

⁷² <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/ytterligere-nedgang-av-ofre-for-tyveri-men-ikke-trusler-og-vold>, lest 26.04. 2022

Som for så mange andre velferdsproblemer, er heller ikke vold og uro for å bli utsatt for dette, tilfeldig fordelt i befolkningen.

Det er små kjønnsforskjeller i utsatthet for vold, men kvinner utsettes noe oftere for trusler om vold, og er langt mer urolige for å bli utsatt for vold eller trusler på bostedet enn menn. Kvinner er også mye mer utsatt for seksuelle overgrep (Thoresen & Hjemdal, 2014). Ungdom er mer utsatt enn eldre, både blant menn og kvinner. Mens unge menn er de som oftest opplever vold, er unge menn og kvinner omtrent like utsatt for trusler. I 2018 hadde 9,6 prosent av menn (16-24 år) opplevd vold eller trusler om vold i løpet av de siste 12 måneder, altså om lag det dobbelte av landsgjennomsnittet. Det var en økning fra 6,4 prosent i 2015.⁷³

Hvor utøves volden? Mye er yrkesrelatert. I 2018 fant over halvparten av de oppgitte voldstilfellene blant kvinner sted på arbeidsplassen eller lærestedet. Også blant menn var arbeidsplass eller lærested åsted for flest voldstilfeller. Men volden mot kvinner skjer oftere i privatsfæren enn for menn. Snaut tre av ti voldstilfeller blant kvinner skjedde i eller ved egen eller andres bolig, sammenlignet med under en av ti blant menn.⁷⁴

Økonomisk situasjon og utsatthet for vold henger sammen. Både de som tilhører lavinntektsgruppen (inntekt under 60 prosent av medianinntekten) og de som er sosialhjelpsmottakere, er mer utsatt for vold og trusler enn andre (se tabell 4.6). Den nasjonale forekomststudien, gjennomført i 2013, fant at alvorlig vold og voldtekt forekom oftere hos personer som opplevde at de hadde dårlig økonomi, mens det ikke var forskjell mellom utdanningsgrupper (Thoresen & Hjemdal, 2014, s. 18). I en undersøkelse av voldserfaringer blant ungdom var det tre faktorer som økte sannsynligheten for å ha opplevd grov vold fra foreldrene: innvandrerbakgrunn, dårlig familieøkonomi og hyppig beruselse hos foreldrene. Dårlig økonomi og rusproblemer var også forbundet med økt risiko for seksuell vold, mens innvandrerbakgrunn ikke hadde noe å si (Mossige, Stefansen & Smette, 2016).

I en årrekke har det vist seg at enslige rammes oftere av vold enn de som befinner seg i andre familiefaser. Enslige forsørgere har vært spesielt utsatt, og det var fortsatt tilfelle i 2018. 15 prosent av de enslige forsørgerne hadde vært utsatt for vold eller trusler i løpet av de siste 12 måneder, om lag tre ganger så mange som i befolkningen som helhet.⁷⁵ En noe høyere utsatthet blant enslige forsørgere ser vi også i tabell 4.6, hentet fra Livskvalitetsundersøkelsen 2021. Andre grupper som er omtrent like utsatt som enslige forsørgere, er ikke-heterofile, arbeidsledige og yngre aleneboende. Innvandrere fra Afrika, Asia etc. oppgir ikke at de er spesielt utsatt for vold og trusler, men det kan skyldes et selektivt frafall blant innvandrere i Livskvalitetsundersøkelsen. En egen levekårsundersøkelse blant innvandrere fra 12 utvalgte land, gjennomført i 2016, fant en noe høyere utsatthet for vold og trusler i denne gruppa (Barstad & Molstad, 2020).⁷⁶

I den nasjonale trygghetsundersøkelsen 2020 ble det spurt om vold på en mer detaljert og konkret måte enn i levekårsundersøkelsene. Folk kan ha ulike forståelser av hva som ligger i begrepet vold. Å spørre om spesifikke hendelser er derfor blitt gullstandarden i undersøkelser som kartlegger voldsutsatthet (Løvgren, Høgestøl & Kotsadam, 2022). I undersøkelsen ble det spurt om sju forskjellige voldshendelser, slik som å bli lugget eller kløpet (mest vanlig) og å bli tatt kvelertak på eller banket opp. I alt var det 8 prosent av befolkningen 16-85 år som oppga at de hadde blitt utsatt for en eller flere former for vold (trusler var ikke med). 3 prosent hadde vært utsatt for grov vold.

⁷³ <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/ytterligere-nedgang-av-ofre-for-tyveri-men-ikke-trusler-og-vold>, lest 26.04. 2022

⁷⁴ <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/ytterligere-nedgang-av-ofre-for-tyveri-men-ikke-trusler-og-vold>, lest 26.04. 2022

⁷⁵ <https://www.ssb.no/statbank/table/04624/>, lest 26.03. 2022

⁷⁶ De 12 landene var Pakistan, Somalia, Eritrea, Afghanistan, Sri Lanka, Vietnam, Bosnia, Kosovo, Polen, Iran, Irak og Tyrkia. Innvandrerne fra Iran og Afghanistan var spesielt utsatt

Andelen sank med økende utdanningsnivå, og var også noe høyere blant personer med innvandringsbakgrunn enn ellers i befolkningen.

En annen form for vold er seksuelle krenkelser og overgrep. I den nasjonale trygghetsundersøkelsen ble det spurt om sju forskjellige typer av seksuell vold. Den vanligste var beføling av kjønnsorganene, mens andre typer blant annet var samleie mot ens vilje og penetrasjon med objekt eller fingre mot ens vilje. I alt var det 1,6 prosent som hadde blitt utsatt for en eller annen form for seksuell vold i 2020. Unge kvinner er langt mer utsatt for slik vold enn andre befolkningsgrupper. Vel 6 prosent av kvinner i alderen 16-24 år ble etter eget utsagn voldtatt i 2020, og nesten en av ti (8,9 prosent) kvinner i alderen 16-19 år ble utsatt for beføling (Løvgren et al., 2022). Den seksuelle volden var noe mer utbredt blant dem med lav utdanning og med innvandringsbakgrunn. En nyere form for seksuell vold er av digital art. To prosent i befolkningen hadde blitt utsatt for dette i 2020. Blant de yngste kvinnene (16-19 år) var andelen hele 14,6 prosent. Den vanligste formen er at noen truer med å dele seksualiserte bilder eller videoer.

Andre analyser viser at både andelen som faktisk har vært utsatt for vold og trusler siste år, og som føler seg utrygge i nærmiljøet, er vesentlig høyere blant funksjonshemmede enn i befolkningen som helhet. I 2008 var andelen som hadde vært utsatt for vold eller trusler tre ganger så høy eller mer i alle gruppene av funksjonshemmede som ble stilt spørsmål om dette (Ramm, 2010).

Det er grunn til å tro at vold og seksuelle overgrep har særlig negative konsekvenser når det rammer barn. Tidligere har antallet barn som er eller har blitt utsatt for alvorlige tilfeller av vold, seksuelle overgrep og annen omsorgssvikt blitt anslått til 11 000, innenfor et usikkerhetsintervall fra 9-13 000. Dette er de alvorligste tilfellene, der det er stor sannsynlighet for at barnet eller ungdommen påføres varige konsekvenser for livet (Rasmussen & Vennemo, 2017). En landsrepresentativ undersøkelse blant avgangselever i videregående skole viste at 6 prosent av elevene hadde blitt utsatt for grov vold – slag med knyttneve, gjenstand, juling - fra en av foreldrene. Tar vi også med mildere former for vold, for eksempel lugging eller dytting, var det vel en av fem ungdommer som hadde blitt utsatt for vold fra foreldrene i løpet av oppveksten (Mossige et al., 2016). Sammenlignet med en tilsvarende undersøkelse i 2007, er det klare tegn til redusert forekomst av «mild» vold, mens den grove volden holder seg på et stabilt nivå. Også denne undersøkelsen viste at seksuell vold er utbredt, særlig blant jenter. Om lag en fjerdedel av norske ungdommer har vært utsatt for seksuell vold i løpet av oppveksten. 14 prosent av jenter i avgangsklassen på videregående, og tre prosent av guttene, har opplevd voldtekt, når en legger en vid definisjon til grunn, som inkluderer hendelser knyttet til sex i bevisstløs tilstand (Mossige et al., 2016, s. 96). Omfanget av seksuell vold endret seg lite fra 2007 til 2015.

En undersøkelse fra 2019 kartla erfaringer med vold og overgrep blant norsk ungdom i alderen 12 til 16 år (Hafstad & Augusti, 2019). Undersøkelsen viste at omkring 1 av 20 hadde opplevd alvorlig fysisk vold som å bli sparket, slått med en hard gjenstand eller banket opp. I overkant av 1 av 20 hadde også vært utsatt for seksuelle overgrep fra en voksen. Utøverne av dette var i hovedsak voksne utenfor hjemmet, mens omlag 1 av 4 av dem som opplevde overgrep oppga en forelder. Så mange som 2 av 10 ungdommer hadde opplevd seksuelle krenkelser fra noen på sin egen alder. Undersøkelsen kartla også forekomsten av psykisk vold, det vil si gjentatte tilfeller av sårende, ydmykende kommentarer, eller forsøk på å skremme eller true. Omkring 1 av 5 hadde opplevd slik vold fra foreldre, flere jenter enn gutter. Det var i all hovedsak familieøkonomi og foreldres vansker med rus, psykisk sykdom eller kriminalitet som hadde sammenheng med volds- og overgrepserfaringer i oppveksten. Denne sammenhengen bestod når det ble kontrollert for andre risikofaktorer som kjønn, innvandringsbakgrunn og brudd i familierelasjoner. I tillegg ble det funnet at barn og unge som bryter med tradisjonelle normer for kjønn, er mer utsatt for vold og overgrep. Det samme gjelder ungdom som har en funksjonsnedsettelse.

Mobbing blant elever i skolevesenet er også en form for vold, enten av fysisk eller psykisk art. Et betydelig antall barn og unge utsettes jevnlig for dette. Ifølge Folkehelseinstituttet er det om lag 63 000 skoleelever som mobbes regelmessig, 2-3 ganger i måneden eller oftere (Aarø, 2016). En rekke undersøkelser tyder på at mobbing kan ha vidtrekkende konsekvenser for helse og livskvalitet, både på nåtidspunktet og seinere i livsløpet (Breivik et al., 2017). Kunnskapsgrunnlaget er særlig solid for fire typer negative utfall av mobbing: Emosjonelle problemer, psykosomatiske problemer, lav selvtillit og selvmordstanker. For eksempel øker risikoen for å utvikle en depresjon i etterkant av mobbingen betydelig. Noen undersøkelser der en følger de samme individene over tid tyder på et gjensidig påvirkningsforhold mellom mobbing og psykiske problemer, slik at det skapes en ond sirkel (Breivik et al., 2017, s. 36). Konsekvensene av mobbingen omfatter også konsekvenser for seinere sosial inkludering. En norsk studie viste at 15-åringer som har blitt mobbet eller utsatt for vold og overgrep, har større sjanse for å falle utenfor arbeidslivet ca. 8 år seinere. Selv om det ble kontrollert for sosioøkonomisk status, var det lavere yrkesdeltakelse blant ungdommer som hadde opplevd mobbing og andre overgrep (Strom et al., 2013).

Har det blitt mer eller mindre mobbing i løpet av de siste årene? I følge Elevundersøkelsen 2021 er det 5,9 prosent av elevene som oppgir at de i en eller annen kombinasjon er mobbet av medelever, digitalt mobbet av noen på skolen eller mobbet av voksne på skolen. Denne andelen har endret seg lite i årene siden 2016. Andelen er høyest på de laveste klassetrinnene. Om lag en av ti opplever at de blir mobbet på 5.trinn, mens andelen bare er snaut 2 prosent på videregående.⁷⁷

Ungdata-undersøkelsene viser tidstrender for elever på ungdomstrinnet og på videregående. I disse undersøkelsene blir det spurt om den unge er utsatt for plaging, trusler eller utfrysing fra andre unge, på skolen eller i fritida. Andelen som svarte at de ble utsatt for dette på ungdomsskolen minst hver 14. dag eller oftere, var 7 prosent i 2021, både blant jenter og gutter. I 2018-2020 var andelen omtrent den samme, 8 prosent (Bakken, 2021).

Det er en viss sammenheng mellom sosioøkonomisk bakgrunn og utsatthet for mobbing. Andelen barn 6-15 år som er utsatt for mobbing er klart høyere blant barnefamiliene med lavest inntekt enn i andre barnefamilier (Barstad & Sandvik, 2015).

Har koronapandemien endret voldsbildet? I det store og hele ser svaret ut til å være nei. Ungdata-undersøkelsene tyder som nevnt på små endringer i mobbing. I disse undersøkelsene ble det i 2020 og 2021 også spurt om erfaringer med vold fra foreldrene. Undersøkelsen i 2020 ble gjennomført rett før nedstengingen. Forekomsten av vold fra foreldrene var helt identisk i de to årene, det samme gjelder vold fra jevnaldrende (Bakken, 2021). I Livskvalitetsundersøkelsene 2020 og 2021, gjennomført i mars måned hvert år, ble det spurt om erfaringer med vold, trusler og seksuelle overgrep i løpet av de siste 12 månedene. Forekomstene av dette var nær identiske i de to årgangene (Støren & Rønning, 2021; Støren, Rønning & Gram, 2020). Det utelukker likevel ikke at større endringer kan ha skjedd innenfor enkelte sårbare grupper. En type overgrep blant barn og unge ble mer vanlig under nedstengningens første fase, nemlig digitale seksuelle overgrep, slik som deling av bilder mot ens vilje (Augusti, Sætren & Hafstad, 2021). For mange skjedde nettovergrep for første gang under nedstengingen. Jenter var mer utsatt for dette enn gutter. Foreløpig upublisert forskning fra NKVTS⁷⁸ viser også en signifikant økning av seksuelle overgrep mot barn begått av voksne under pandemien.

⁷⁷ https://www.udir.no/contentassets/67593ef7e08a43b9a123d6088017b8e1/mobbing-og-arbeidsro-i-skolen-2021_22-1.pdf, lest 25.03. 2022

⁷⁸ <https://www.nkvts.no/tv/webinar-om-psykososiale-konsekvenser-av-koronapandemien/>

Det er overraskende små forskjeller mellom by og land i risikoen for å bli utsatt for vold eller trusler blant voksne. Men uroen for å bli utsatt for vold når en er ute og går på bostedet stiger noe med økende urbaniseringsgrad, og er høyest i de tettest befolkede strøkene av landet.⁷⁹

Blant ungdom viser tall fra Ungdata-undersøkelsene at andelen som rapporterer om mobbing er høyere desto mindre sentralt bostedet er. Forskjellen er særlig stor blant jenter.⁸⁰

Statistikken over anmeldelser for seksuelle overgrep mot barn tyder på at det er befolkningen i de minst folkerike kommunene som oftest er utsatt for denne typen seksuallovbrudd. Anmeldelsene for 2016-2019 viser at antallet ofre for voldtekt av barn er mindre jo flere innbyggere det er i kommunen.⁸¹ Om dette gjenspeiler reelle forskjeller i forekomst er imidlertid usikkert.

4.6. Sosial lidelse

I det følgende vil vi synliggjøre noen av de sosiale årsakene til at lidelse kan oppstå og opprettholdes. Vi vil først si litt om det å stå utenfor arbeidslivet og utdanningssystemet, og deretter gå nærmere inn på omfanget av forskjellige typer diskriminering i Norge, og hvilke konsekvenser dette kan ha.

Utenfor arbeidslivet

Arbeidet er den viktigste kilden til inntekt og selvforsørgelse. Et kjennetegn ved mange av de utsatte gruppene vi ser på i dette kapitlet, er at de står helt utenfor, eller har en marginal tilknytning til, arbeidslivet. Ved siden av inntekten, kan arbeidet også gi andre gevinster, slik som selvrespekt og anerkjennelse, mulighet for å utnytte og utvikle evner, samt sosial tilhørighet. En betydelig del av dem som står utenfor arbeidslivet i dag ønsker seg arbeid. Blant funksjonshemmede som står utenfor arbeidslivet er det 28 prosent som ønsker å være i arbeid.⁸²

I den siste ti-årsperioden har sysselsettingen holdt seg på omtrent samme nivå, som andel av befolkningen 20-66 år. Arbeidsledigheten, slik den er målt gjennom Arbeidskraftsundersøkelsene (AKU), har heller ikke endret seg mye, men var marginalt høyere i 2021 enn i 2010.⁸³

Samtidig er stadig flere unge under utdanning. Det beste målet på utenforskap blant unge er de som verken er i arbeid, utdanning eller opplæring, såkalte NEETs («Not in Employment, Education or Training»). I 4. kvartal 2020 var det 11,2 prosent, vel 114 000 personer, av alle i alderen 15–29 år som stod utenfor.⁸⁴ Andelen økte litt fra 2019 til 2020 (0,7 prosentpoeng), etter en sammenhengende nedgang siden 2015. Økningen skyldes blant annet færre sysselsatte og en økning av arbeidsledigheten. Disse negative endringene har vært sterkere blant unge enn ellers i befolkningen, og har sannsynligvis sammenheng med koronapandemien. Økningen av unge utenfor har vært spesielt tydelig blant innvandrerungdom. Andelen utenfor blant unge innvandrere utgjorde i overkant av 25 prosent i 2020, en økning fra året før på 2,1 prosentpoeng. Det skyldes en økning i den registrerte arbeidsledigheten i denne gruppa.

Økningen i utenforskap har ellers vært relativt sterk blant eldre ungdom, i alderen 25-29 år, og blant unge med videregående utdanning. En urovekkende utvikling har imidlertid funnet sted blant personer med grunnskoleutdanning som høyeste fullførte utdanning, i aldersgruppen 25-29 år. Denne gruppen har de siste årene opplevd en uvanlig sterk økning i arbeidsledigheten og i mottak

⁷⁹ <https://www.ssb.no/statbank/table/04622/>, lest 26.03. 2022

⁸⁰ https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/11250/2834315/Kort%20opp3_print.pdf?sequence=1&isAllowed=y, lest 22.04. 2022

⁸¹ <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/offerbilder-i-endring>, lest 26.03. 2022

⁸² <https://www.ssb.no/statbank/table/12759/>, lest 31.03. 2022

⁸³ Henholdsvis 3,3 i 2010 og 3,7 prosent i 2021, se <https://www.ssb.no/statbank/table/05111/>, lest 31.03. 2022

⁸⁴ <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/tilknytning-til-arbeid-utdanning-og-velferdsordninger/artikler/trenden-er-brutt-flere-unge-utenfor-i-2020>, lest 31.03. 2022

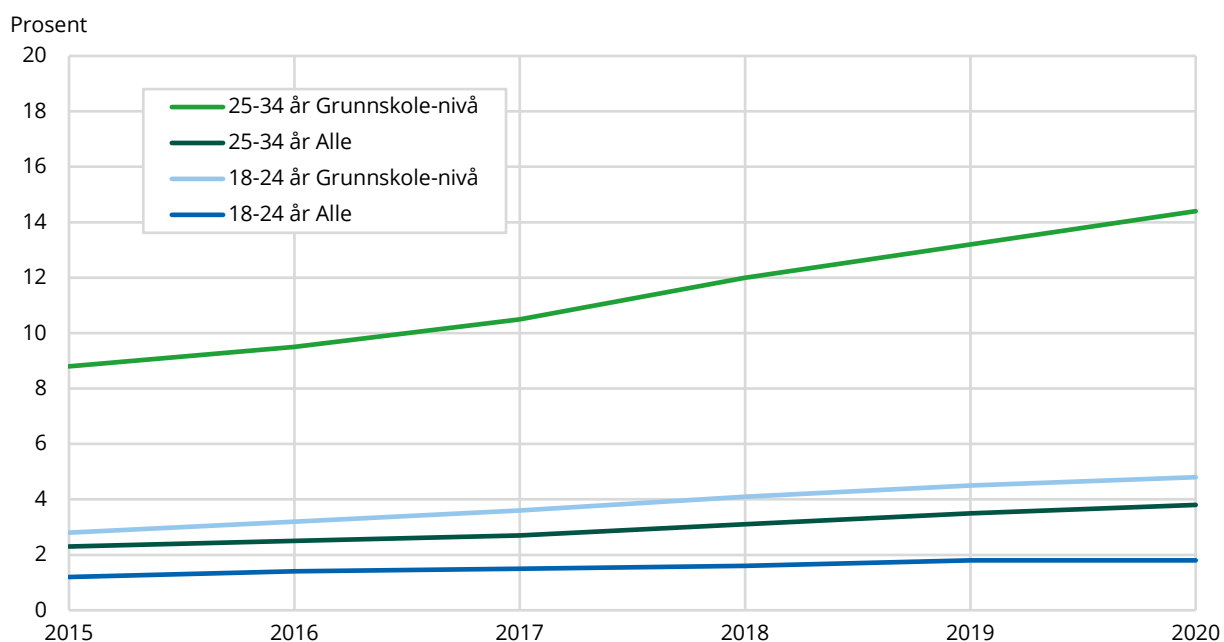
av uføretrygd. Andelen uføretrygd ble doblet i perioden 2015–2020, fra 4,7 til 9,4 prosent, det samme har skjedd blant unge 20-24 år med lav utdanning.⁸⁵

NEET-gruppen har dårligere helse enn annen ungdom. Denne overhyppigheten finner en i de fleste OECD-land (OECD, 2016). Utvalgsundersøkelser viser en klar overrepresentasjon av personer med dårlig fysisk og psykisk helse, i form av smerter, depresjon, angst og fobier, blant marginaliserte unge (Lunde 2013).

Det er visse forskjeller på fylkesnivå i NEET-andelen. I 2020 var 12,4 prosent av de under 30 år i Vestfold og Telemark utenfor arbeid, utdanning og arbeidsmarkedstiltak, mens andelen var 9,6 prosent i Møre og Romsdal. Den sterkeste økningen fra 2019 til 2020 fant imidlertid sted i Oslo (0,8 prosentpoeng), som det er grunn til å tro har sammenheng med pandemirestriksjonene som rammet Oslo og næringer der ungdom arbeidet særlig hardt.⁸⁶

En del av dem som er i NEET-gruppen får helserelaterte ytelser. Den økte uførepensjoneringen blant de unge har vakt størst bekymring, siden den impliserer at en økende andel unge på permanent basis står utenfor arbeidslivet. I 2020 var det i underkant av 37 000 mottakere av uføretrygd i alderen 18-34 år, en økning fra vel 22 000 i 2015. I absolutte tall har økningen vært desidert sterkest blant unge med lav utdanning, se figur 4.4.⁸⁷

Figur 4.4. Andelen uførepensjonerte, etter utdanningsnivå og alder. 2015-2020. Prosent



Kilde: Statistisk sentralbyrå, [Statistikkbanktabell 11714](#)

⁸⁵ <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/tilknytning-til-arbeid-utdanning-og-velferdsordninger/artikler/trenden-er-brutt-flere-unge-utenfor-i-2020>, lest 31.03. 2022

⁸⁶ <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/tilknytning-til-arbeid-utdanning-og-velferdsordninger/artikler/vestfold-og-telemark-har-den-hoyeste-andelen-unge-som-faller-utenfor>, lest 31.03. 2022

⁸⁷ <https://www.ssb.no/statbank/table/11714>, lest 31.03. 2022

Bakgrunnen for at en del ungdom verken får fotfeste i arbeidsmarked eller skole er sammensatt. De unge som sliter har ofte en historie med svake skoleresultater. Frafall i videregående skole er forbundet med økt risiko for å stå utenfor både arbeid og utdanning. Frafallet i videregående skole har igjen sammenheng med karakterene fra grunnskolen. Hvor bra barn gjør det i grunnskolen har sammenheng med forskjellige sider ved familien og levekårene, som foreldrenes utdanningsnivå, bosituasjon o.l. Internasjonal forskning tyder på at manglende fullføring av videregående opplæring er slutt punktet på en prosess som starter tidlig, og har røtter i tidlige barneår (Markussen, 2016). Intervjuer der de unge selv forteller, gir et mangfoldig bilde av bakgrunnen for frafall og marginalisering – det handler om en ustabil hjemmesituasjon, faglige og sosiale problemer på skolen samt dårlig helse, fysisk og psykisk (Hyggen, 2015). Unge med tiltak fra barnevernet i oppveksten har høyere risiko for å være utenfor. 10 år etter avsluttet grunnskole er om lag en av tre verken i arbeid eller i utdanning, nesten 3 ganger så mange som blant unge uten barnevernstiltak.⁸⁸

Funksjonshemmede er en av gruppene i arbeidsfør alder med svakest tilknytning til arbeidslivet. I 2021 var bare 37,5 prosent av personer med nedsatt funksjonsevne sysselsatt. Sysselsettingen er særlig lav blant funksjonshemmede med kun grunnskoleutdanning. Mens 24 prosent blant funksjonshemmede med grunnskole som høyeste utdanning var sysselsatt, var andelen mer enn dobbelt så høy, 54 prosent, blant funksjonshemmede med mer enn fire års utdanning på universitets- og høgskolenivå.⁸⁹ Hvor høy andel som er sysselsatt varierer også med type funksjonshemming. Funksjonshemmede med psykiske problemer er i liten grad sysselsatt, i 2021 bare vel en fjerdedel (27 prosent); sysselsettingen er høyere blant dem med nedsatt bevegelse, 40 prosent.⁹⁰ Denne statistikken er begrenset av at den er basert på selvrapportering. Det finnes også registerstatistikk, der bevegelseshemmede omfatter dem som har mottatt tekniske hjelpemidler fra NAVs hjelpemiddelsentraler. Dette fanger antakelig opp en mer alvorlig type bevegelseshemming enn de som oppgis i spørreundersøkelser som AKU, og unngår frafallsproblemer i spørreundersøkelsene. I alt var bare 18 prosent av bevegelseshemmede registrert som lønnskakere i 2020, en økning på ett prosentpoeng siden 2015.⁹¹

En annen gruppe med store sysselsettingsutfordringer er innvandrere og flyktninger. Flyktninger har lavest sysselsetting. I 4. kvartal 2020 var snaut 52 prosent av flyktninger 15-66 år sysselsatt, mens andelen i hele befolkningen var i underkant av 72 prosent. Sysselsettingen øker sterkt med botiden; de med lengst botid, 25 år og mer, har en sysselsetting på litt over 61 prosent. Som for de funksjonshemmede, er det flyktninger med lav utdanning som er mest utsatt. Siden halvparten av flyktningene bare har grunnskole, trekker det gjennomsnittet ned. Flyktninger med videregående eller høyere utdanning tatt i Norge, har en sysselsetting som bare er noen få prosentpoeng under hele befolkningen, gitt at de har samme utdanningsnivå.⁹²

Blant innvandrerne som helhet var 69 prosent sysselsatt per 4. kvartal 2021, om lag 10 prosentpoeng lavere enn for den øvrige befolkningen.⁹³ Dette gjennomsnittet skjuler imidlertid store forskjeller mellom personer etter landbakgrunn, kjønn, botid og utdanningsnivå. Noen innvandrergupper har høyere sysselsettingsrater enn det som er tilfelle for personer uten innvandringsbakgrunn, for eksempel de som kommer fra de nordiske land, mens sysselsettingen er

⁸⁸ https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Barnevern_skole/Skole_voksenliv/, lest 29.04. 2022

⁸⁹ <https://www.ssb.no/statbank/table/13493/>, lest 31.03. 2022

⁹⁰ <https://www.ssb.no/statbank/table/13493/>, lest 31.03. 2022

⁹¹ <https://www.ssb.no/helse/funksjonsevne/statistikk/levekare-hos-personer-med-funksjonsnedsettelse/artikler/18-prosent-av-bevegelseshemmede-er-i-arbeid>, lest 31.03. 2022

⁹² <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/flyktninger-i-og-utenfor-arbeidsmarkedet-2020/> /attachment/inline/06bd6738-5560-4120-8e9f-02269df3a2d6:653e2fd2e7f2bf2ab7fc8b669ddab26bac25ea02/RAPP2022-12.pdf, lest 31.03. 2022

⁹³ <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/innvregsys>, lest 27.04. 2017

langt lavere blant innvandrere fra land i Asia og Afrika. 58 prosent av de afrikanske innvandrerne var sysselsatt i siste kvartal 2021.

Diskriminering

Som vist er andelen som står utenfor arbeidslivet relativt høy blant innvandrere og flyktninger, og selv om forskjeller i utdanningsnivå ser ut til å være en viktig forklaring, er det også andre faktorer som spiller inn. En av dem er diskriminering. En oversiktsartikkel på feltet konkluderer med at etnisk diskriminering er en viktig årsak til mangelfull integrering i Norge (Midtbøen, 2015, s. 16). Dette er belagt gjennom flere typer undersøkelser, også naturlige eksperimenter. Eksperimentene har bestått i å sende inn likelydende, fiktive søknader på jobbtilbud, der bare navnene er forskjellige. Jobbsøkere med norske navn har 25 prosent større sjanse enn personer med pakistanske navn til å bli innkalt til jobbintervju, ifølge en slik undersøkelse i Oslo-området (Midtbøen, 2016).

Lignende eksperimenter tyder på at det også skjer diskriminering på leiemarkedet for boliger. Både kvinner, individer med høy jobbstatus og etniske nordmenn har større sjanse for å få positivt svar på en søknad om å få leie en leilighet. Etnisk diskriminering er den mest utbredte formen. I en undersøkelse hadde lagerarbeideren Mohammed hadde 25 prosent mindre sjanse for å få positivt svar på sin boligsøknad enn økonomen Hanne (Andersson, Jakobsson & Kotsadam, 2012). En oppsummering av tilsvarende studier fra en rekke OECD-land bekreftes disse sammenhengene. Menn fra etniske minoriteter, særlig de med arabisk/muslimsk bakgrunn, møter minst velvilje på boligmarkedet (Flage, 2018).

Diskriminering i ansettelsesprosesser, slik innvandrerne selv opplever det, er mer utbredt blant innvandrere fra muslimske enn ikke-muslimske land, og blant dem som bekjenner seg til islam som religion (Barstad & Molstad, 2020). Studier med bruk av fiktive jobbsøknader i Norge bekrefter at arbeidsgivere sjeldnere viser interesse for søkere som kommer fra muslimske land, og at denne effekten blir ytterligere forsterket hvis jobbsøkerne gir et signal i søknaden om at de er aktive muslimer (Di Stasio, Lancee, Veit & Yemane, 2019).

Bevegelsehemmede er en annen gruppe som er utsatt for diskriminering på arbeidsmarkedet. Også dette er bekreftet av studier med bruk av fiktive jobbsøknader. Rullestolbrukere blir sjeldnere kontaktet etter en jobbsøknad, selv om kvalifikasjoner og andre viktige kjennetegn er de samme (Bjørnshagen & Ugreninov, 2021). At bevegelsehemmede har svært lav sysselsettingsgrad, som vi så i forrige avsnitt, kan med andre ord ha sammenheng med slik diskriminering. Kunnskapsnivået om forskjellige støtteordninger ved ansettelse av bevegelsehemmede er også lavt blant arbeidsgiverne.

Diskriminering kan skje på andre områder enn på arbeids- og boligmarkedet, for eksempel i helsevesenet, på offentlige kontorer eller i utdanningssystemet. I en undersøkelse fra 2016 var det vel tre av ti innvandrere fra ulike land som hadde vært utsatt for minst en form for diskriminering på grunn av sin innvandrerbakgrunn de siste 12 måneder. De unge er mer utsatt enn eldre, og innvandrere fra Irak, Iran og Somalia var noe mer utsatt enn andre innvandrere (Barstad & Molstad, 2020).

I Livskvalitetsundersøkelsen 2021 ble det stilt spørsmål om de intervjuede hadde opplevd å bli dårligere behandlet enn andre i løpet av de siste 12 måneder, og forskjellige grunner til dette. Når de ulike grunnene ble summert, var det i alt snaut en av fire som hadde opplevd en eller annen form for diskriminering i løpet av det siste året. De mest vanlige formene for forskjellsbehandling var knyttet til helseproblemer (8 prosent), kjønn (7 prosent) og alder (7 prosent). Noen grupper er mer utsatt for negativ forskjellsbehandling enn andre, slik de selv opplever det. Gruppene som skiller seg mest ut, med om lag dobbelt så høye andeler som befolkningsgjennomsnittet, er sosialhjelpsmottakere, arbeidsledige, ikke-heterofile, innvandrere fra Afrika, Asia etc., mottakere av

arbeidsavklaringspenger samt unge kvinner (tabell 4.7). Blant de ikke-heterofile er diskrimineringen særlig utbredt blant bifile (54 prosent). På fylkesnivå er det flest som opplever diskriminering i Oslo, ikke minst på grunnlag av etnisitet, hudfarge eller religion/livssyn. Det er grunn til å tro at dette i stor grad har med andelen innvandrere å gjøre. Holdningene til innvandrere er mere positive og inkluderende i de største byene, samt i Oslo og Viken, enn ellers i landet (Strøm & Molstad, 2020).

Grunnlaget for forskjellsbehandlingen varierer en del mellom de mest utsatte gruppene. Unge kvinner er særlig utsatt for kjønnsdiskriminering, mens det blant innvandrere som forventet er diskriminering på grunnlag av etnisitet mm som er mest utslagsgivende. Blant sosialhjelpsmottakere og mottakere av arbeidsavklaringspenger er helseproblemer en viktig grunn, så mange som en av tre i disse gruppene har følt seg dårligere behandlet enn andre på grunn av sine helseproblemer. 13 prosent av ikke-heterofile har opplevd diskriminering på grunnlag av seksuell identitet. Men noe overraskende viser tallene fra Livskvalitetsundersøkelsen at andre grunner til diskriminering er vel så viktige i denne gruppa, ikke minst etnisk bakgrunn og helseproblemer (tabell 4.7).

Når diskriminering skjer, er det alvorlig av flere grunner. Den direkte virkningen er naturligvis at de diskriminerte gruppene får større vansker enn andre med å realisere goder som jobb og bolig. Den indirekte virkningen er konsekvensene som diskrimineringen kan ha for identitet, verdighet og helse. En rekke undersøkelser har vist en sammenheng mellom opplevd diskriminering og ulike mål på fysisk og mental helse (Pascoe & Richman, 2009). Dette er også vist i norsk sammenheng. Innvandrere som har opplevd diskriminering har dårligere psykisk helse enn de som ikke har opplevd dette de siste 12 måneder, selv ved kontroll for en rekke sosiodemografiske og psykososiale påvirkningsfaktorer (Straiton, Aambø & Johansen, 2019).

Tabell 4.7. Andel som har opplevd å bli behandlet dårligere enn andre i løpet av de siste 12 måneder. I alt og fordelt på to utvalgte grunner i forskjellige grupper. 2021. Prosent

	I alt	Etnisk bakgrunn ol. ¹	Helseproblemer, sykdom, skade
Sosialhjelpsmottakere	54	16	34
Ikke-heterofile ²	48	13	18
Arbeidsledige	48	22	18
Innvandrere fra Afrika, Asia etc. ³	46	35	9
Kvinner 18-24 år	46	10	12
Mottakere av arbeidsavklaringspenger	45	7	36
Aleneboende 18-34 år	38	9	10
Enslige forsørgere	35	9	12
Uføretrygdede	32	5	23
Utdanning grunnskole	31	8	13
Par med barn 0-17 år	24	7	7
Eldre 75+ år	10	1	3
Hele befolkningen 18+ år	23	6	8

¹Opplevd dårligere behandling enn andre på grunn av etnisk bakgrunn, hudfarge eller religion/livssyn, ²Homofile, lesbiske, bifile og personer med annen, ikke-heterofil orientering, ³Innvandrere fra land i Afrika, Asia, Latin-Amerika, Oseania unntatt Australia og New Zealand, og fra Europa utenom EU/EØS

Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2021

4.7. Opphopning av nød og lidelse

Spørsmålet er så hvilke grupper av befolkningen som er utsatt for en opphopning av de forskjellige formene for nød og lidelse, slik vi har definert det her. Wolff og de-Shalit (2007) argumenterer for at de dårligst stilte i samfunnet er de som opplever en opphopning av de viktigste velferdsproblemene, og at det er situasjonen for denne gruppen som politikken bør prioritere. Å være både fattig og syk er verre enn å være enten «bare» syk eller «bare» fattig. I tillegg til den akkumulerte byrden som disse problemene representerer, kan de også forsterke hverandre, som når fattigdom bidrar til at den syke ikke har råd til næringsriktig mat eller nødvendige helsetjenester. En annen uheldig kombinasjon er å ha dårlig økonomi og psykiske problemer. Økonomiske vansker skaper utrygghet

og kan dermed bidra til å forsterke de psykiske problemene, samtidig som disse problemene neppe gjør det lettere å håndtere økonomien på en god måte. Antakelsene om en slik gjensidig forsterkende effekt mellom fattigdom og psykiske problemer fikk støtte i en analyse av australske paneldata (Callander & Schofield, 2015), se også Williams og Cheadle (2016). Fattigdom reduserer naturlig nok også mulighetene på boligmarkedet. Personer i husholdninger med vedvarende lavinntekt er sjeldnere boligeiere, i tillegg har denne gruppen en dårligere boligstandard enn gjennomsnittet (Epland & Thorsen, 2019).

Tidligere er det gjort flere analyser av hvordan levekårsproblemer samler seg hos de samme individene, på grunnlag av levekårsundersøkelsene. Slike analyser går tilbake til 1980-tallet (Iversen, Andersen, Ellingsæter & Hansen, 1987).

Med utgangspunkt i Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2007, utarbeidet Tor Morten Normann en indeks for levekårsproblemer, basert på følgende sju indikatorer (Normann, 2009a, 2009b): 1) betalingsproblemer og subjektiv økonomi, 2) mangel på materielle goder, 3) helseøkonomi (ikke råd til å gå til lege og/eller tannlege), 4) sosial ekskludering (mangler kontakt med venner, familie eller naboer), 5) organisasjonsdeltaking, 6) kronisk sykdom, 7) boligproblemer. Ni prosent av befolkningen hadde minst fire av disse problemene, og 3 prosent hadde minst fem. Den sistnevnte gruppen ble definert som levekårsfattige. Analysen viste blant annet at bosatte i Oslo både var mest utsatt for levekårsfattigdom og inntektsfattigdom. Andre grupper som var relativt sterkt utsatt for begge typene fattigdom var sosialhjelpsmottakere, aleneboende minstepensjonister og innvandrere fra Afrika, Asia etc.

En lignende studie, basert på Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2013 (Barstad, 2016), talte opp antallet problemer innenfor de følgende levekårskomponentene: Arbeidsmarked, helse, økonomi, sosiale relasjoner, psykiske vansker, nærmiljø og bolig. Det var framfor alt fem grupper som skilte seg ut med en sterkere opphopning av levekårsproblemer enn ellers i befolkningen: Arbeidsledige, arbeidsuføre, personer med fødeland i Afrika, Asia, Latin-Amerika etc., enslige forsørgere og de som tilhørte en husholdning der noen hadde mottatt sosialhjelp året før. I alle disse gruppene hadde mer enn en fjerdedel minst tre problemer, mens landsgjennomsnittet var en av ti. Her er det verdt å merke seg at siden lav tilknytning til arbeidsmarkedet inngår i indeksen, vil arbeidsledige og uføre nærmest per definisjon komme dårlig ut. I beregningen av problemindeksen for disse to kategoriene, ble derfor arbeidsmarkedskomponenten tatt ut. Mest utsatt for opphopningen av problemer var sosialhjelpsmottakere, om lag halvparten av disse hadde minst tre problemer.

Nylig er det også kommet en analyse av hvilke grupper som hadde en opphopning av tegn på lav subjektiv livskvalitet i 2021. I denne studien inngikk i alt 12 indikatorer på subjektiv livskvalitet, slik som fornøydhet med livet, fornøydhet med ulike livsområder, opplevd mening med livet, gode relasjoner til andre og balansen mellom negative og positive følelser. Antallet indikatorer der de ulike gruppene skåret signifikant dårligere, like bra, eller bedre enn den øvrige befolkningen ble talt opp. I alt var det 6 grupper som hadde en lavere skår enn den øvrige befolkningen på samtlige 12 indikatorer: Personer med nedsatt funksjonsevne, personer med symptomer på psykiske plager, arbeidsledige, ikke-heterofile, samt dem med inntekt i laveste kvartil og med grunnskole som høyeste utdanning. Bare en gruppe skåret bedre enn den øvrige befolkningen på samtlige indikatorer: Fjerdedelen av befolkningen med høyest inntekt (Støren & Rønning, 2021). En svakhet i denne analysen er at vi bare vet at gruppen som helhet har en dårligere skår enn den øvrige befolkningen; det er ikke angitt *hvor mye* dårligere gruppen har det sammenlignet med andre. Her kan det skjule seg viktige nyanser.

Skeive eller ikke-heterofile er en forholdsvis ny gruppe i slike analyser, siden det sjelden har blitt spurt om seksuell orientering i utvalgsundersøkelser. I Livskvalitetsundersøkelsene gjennomført av Statistisk sentralbyrå er de imidlertid med. Gruppen omfatter, slik den er definert i analysen til

Engvik (2022), homofile, lesbiske, bifile og personer med annen, ikke-heterofil orientering.⁹⁴ Transpersoner og andre kjønnsminoriteter er ikke med som egne grupper, de er bare inkludert hvis deltakerne i undersøkelsen har plassert seg selv i en av de andre kategoriene. Skeive har en sterkere opphopning av levekårsproblemer enn heterofile, også når en kontrollerer for faktorer som kjønn, alder, innvandrerbakgrunn og utdanning. Dette er problemer som dårlig helse, ha en trang økonomi og å stå utenfor arbeidslivet. Bifile, særlig kvinner, og de med en annen seksuell orientering er de mest utsatte, mens homofile/lesbiske er nærmest gjennomsnittet i befolkningen (Engvik, 2022).

Flere undersøkelser bekrefter at det er en opphopning av levekårsproblemer blant noen grupper av innvandrere i Norge. I delkapittelet som omhandler drivkrefter og trender nevnte vi at brorparten av dem som nå står i kø ved fattighuset i Oslo kommer fra andre land enn Norge. Denne utviklingen stemmer godt overens med forskningen på fattigdom der det i henhold til en rapport om levekår for innvandrere, utgitt av OsloMet i 2018⁹⁵, blir konstatert at:

- Andelen med økonomiske problemer og dårlige boforhold er tre ganger så høy i innvandrerbefolkningen som i den norske
- Dobbelte så mange har ingen eller svært lav inntekt

Dette er også i samsvar med en rapport fra SSB som viser at innvandrerne oftere enn andre havner under fattigdomsgrensa, særlig folk fra land utenfor Europa og i noen grad personer fra Øst-Europa.⁹⁶ En annen rapport viser dessuten at innvandrerne tjener mindre enn den øvrige befolkningen med samme utdanningsnivå⁹⁷, noe som trolig kan forklares ved at innvandrerne oftere må ta til takke med et lavtlønnsyrke, selv om de i utgangspunktet er overkvalifisert for en slik jobb. At noen innvandrergrupper har en opphopning av forskjellige sårbarheter, har som tidligere nevnt blitt trukket fram som en vesentlig forklaring på hvorfor koronapandemien rammet disse særlig hardt (Indseth, Telle, et al., 2021).

Vi har nevnt at det å være både fattig og syk er en uheldig kombinasjon, siden disse problemene kan forsterke hverandre, som når fattigdom bidrar til at den syke ikke har råd til næringsriktig mat eller nødvendige helsetjenester. På grunnlag av Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017, finner Barstad (2020) at størrelsen på gruppa som både har nedsatt helse og dårlig økonomi varierer mellom 2 og 8 prosent av den voksne befolkningen, avhengig av hvilke kriterier som legges til grunn. Dette er, som forventet, en gruppe som opplever usedvanlig mange økonomiske vanskeligheter. Avhengig av definisjonen, varierer for eksempel andelen som synes det er forholdsvis vanskelig eller vanskelig å få «endene til å møtes» fra 47 til 64 prosent. Som tidligere vist, er det i gruppen med lav inntekt og svekket helse at vi også finner de høyeste andelen med udekkede behov for helsetjenester, for eksempel har en av tre et udekket behov for tannlege (Lunde & Ramm, 2021). Mange i denne gruppen opplever helseutgiftene som tyngende.

Både norske og internasjonale studier tyder på at dårligere helse gir et vesentlig inntektstap, og at tapet er sterkest blant personer med lav sosioøkonomisk status. Dårlig helse går oftere sammen med økonomiske vansker blant enslige menn og menn med lav utdanning (Barstad, 2020). De som har lav sosioøkonomisk status ser ut til å rammes dobbelt: Risikoen for dårlig helse er høyere, samtidig som den nedsatte helsetilstanden får større økonomiske konsekvenser. De fattige har større sannsynlighet for å bli syke, og fordi de er syke, blir de enda fattigere (O'Donnell, Van Doorslaer & Van Ourti, 2015). Disse mønstrene har blant annet sammenheng med at helse betyr

⁹⁴ Vi vet ikke hva som ligger i «annen» seksuell orientering, det er ikke nærmere spesifisert i spørreskjemaet. Personer som oppgir at de tiltrekkes av motsatt kjønn, altså er heterofile, er her tatt ut fra denne gruppen. Årsaken er usikkerhet knyttet til om kategorien «annet» på spørsmål om seksuell orientering også inkluderer svar fra personer som ikke har forstått spørsmålet eller som ikke vet hva de skal svare eller ikke vil svare (Engvik 2022).

⁹⁵ <https://www.oslomet.no/forskning/forskningsnyheter/levkarsproblemer-innvandrere>

⁹⁶ <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/innvandrere-blir-vaerende-i-fattigdom>

⁹⁷ <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/utdanning-og-lonnsniva-hos-innvandrere>

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.

I tillegg til effekten av dårlig helse på inntekt og formue, kan det også tenkes at svekkede økonomiske ressurser påvirker helsetilstanden. Forskningsgrunnlaget for den sistnevnte påvirkningen er sterkest for mental helse, og mer usikkert for fysisk helse (Barstad, 2020). Det betyr i så fall at de som både har dårlig helse og få økonomiske ressurser risikerer å havne i en negativ spiral, der helsa forverrer økonomien, og den forverrede økonomien bidrar til enda dårligere helse osv. Som nevnt tyder noen undersøkelser med bruk av paneldata, der en følger de samme personene over tid, på en slik gjensidig forsterkende effekt mellom fattigdom og psykiske problemer.

På geografisk nivå er det en opphopning av levekårsproblemer i visse byområder. Den sosioøkonomiske segregeringen har økt noe i Norge i løpet av de siste ti-årene. Det har blitt vanligere å bo enten i et lavinntektsområde eller et høyinntektsområde (Kunnskapsdepartementet, 2020). Utredningen om levekår i byer (NOU 2020: 6) analyserte levekårsutfordringer innenfor større og mellomstore byer i Norge. De fant at Oslo skiller seg ut, men at det også er flere andre byer som har områder med en opphopning av levekårsproblemer. Utredningen finner for eksempel at det har vært en utvikling i retning av at flere av områdene med den høyeste andelen unge utenfor arbeid og utdanning befinner seg i mellomstore byer på Østlandet. Utredningen er særlig bekymret for det økende antallet områder hvor mange barnefamilier har lave inntekter, og hvor det også er andre levekårsutfordringer. Andelen fattige familier beskrives som «alarmerende» høy i noen områder. I flere av områdene med over 40 prosent barn i lavinntektsfamilier, er det også en uvanlig høy andel voksne som er utenfor arbeid og utdanning, eller ungdom som ikke har fullført videregående. Det gjelder noen områder i Oslo, men også områder i for eksempel Sarpsborg, Sandefjord, Arendal og Fredrikstad. Intervjuer med ansatte i velferdstjenestene i de mest utsatte områdene tyder på at personer med og uten innvandrerbakgrunn sliter med ulike typer problemer. Personer uten innvandrerbakgrunn har oftere rusproblemer og psykiske vansker (Kunnskapsdepartementet, 2020).

5. Humanitære behov i grupper som er mangelfullt dekket i levekårsundersøkelsene

5.1. Innsatte i fengsler

På en gjennomsnittsdag i 2020 satt det 3 030 personer i norske fengsler. Etter en stigende trend fram til 2016, har antallet som sitter i fengsel blitt vesentlig redusert de siste fire årene.⁹⁸

Det er gjennom årene blitt gjennomført flere levekårsundersøkelser blant innsatte i norske fengsler, se oversikten hos Hellebust, Smith, Lundeberg og Skilbrei (2021). Den siste som Statistisk sentralbyrå har gjennomført, ble gjort høsten 2014. Lavekårene for innsatte ble her sammenlignet med referansegrupper som hadde de samme demografiske kjennetegnene i SSBs generelle levekårsundersøkelser⁹⁹ (Revol, 2015). Undersøkelsen er begrenset av at utvalgsstørrelsen var forholdsvis liten, i alt 264 personer ble intervjuet.

Undersøkelsen avdekket utbredte problemer med rus, fysisk helse og psykiske vansker i fangebefolkningen. 35 prosent hadde betydelige psykiske problemer, sammenlignet med en av ti i referansegruppen. Blant dem som hadde dommer på fem år eller mer var andelen hele 47 prosent.¹⁰⁰ Et flertall av de innsatte hadde brukt narkotika i året før de ble innsatt. Snaut fire av ti hadde smerter i kroppen, om lag dobbelt så mange som i levekårsundersøkelsen om helse 2012. 37 prosent vurderte tannhelsen som ganske dårlig eller dårlig, sammenlignet med 6 prosent i referansegruppen.

De innsatte opplevde også store mangler sosialt sett. Omtrent fire av ti manglet noen de kunne snakke med i fengslet, og en like stor andel hadde ikke hatt besøk de siste tre måneder. De innsatte var i tillegg langt mer utsatt for vold eller trusler enn det som ellers er vanlig, både før de ble fengslet og mens de var fengslet. Utdanningsnivået var meget lavt, og tre av ti hadde lese- og skrivevansker.

Alt i alt tyder undersøkelsen på en betydelig opphopning av levekårsproblemer blant innsatte i norske fengsler. Det samme ble vist i en Fafo-undersøkelse fra 2003.¹⁰¹ Det ble laget en indeks basert på følgende seks problemer: Ikke i arbeid, verken eier eller leier bolig, har kronisk sykdom som virker inn på hverdagen, lav utdanning, økonomiske problemer og mangel på sosial kontakt. Mer enn seks av ti innsatte hadde minst tre av disse problemene, en tredjedel hadde minst fire (Revol, 2015, s. 62-63). Innsatte som brukte narkotika før de ble fengslet hadde flest problemer.

Undersøkelsen tyder ellers på at problemene som de innsatte opplevde hadde startet tidlig, og hadde røtter i en vanskelig barndom. Hele 40 prosent hadde opplevd å bli mishandlet i oppveksten, og nesten like mange hadde bodd med noen som hadde rusproblemer. En del hadde også hatt lite penger eller vært blant de fattigste i nabolaget.

Det var et vesentlig udekket behov for psykiatrisk behandling, slik fangene selv opplevde det. 29 prosent av innsatte oppga at de på et tidspunkt før innsettelsen hadde behov for psykiatrisk

⁹⁸ <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/kriminalitet-og-rettsvesen/statistikk/fengslinger/artikler/faerre-sonet-i-fengsel-under-pandemien>, lest 20.04. 2022

⁹⁹ Referansegruppene ble laget ved å vekte utvalgene i levekårsundersøkelsene slik at fordelingen på kjønn og alder ble lik den som var i fengselsbefolkningen

¹⁰⁰ Et mulig problem for sammenlignbarheten her er at mens spørsmålene om psykisk helse i levekårsundersøkelsene ble stilt som del av et postalt spørreskjema som deltakerne fyller ut selv, ble spørsmålene om psykisk helse i fengselsundersøkelsen stilt som del av et personlig intervju i fengslet.

¹⁰¹ <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/sammensatte-levekaarsproblemer-blant-innsatte-i-norske-fengsler>, lest 20.03. 2022

behandling uten å få det. Lange ventelister var den vanligste grunnen til dette. 25 prosent hadde hatt behov for behandling i løpet av fengslingen uten å få det (Revol, 2015, s. 42).

En annen undersøkelse, med data fra 2013-2014, bekrefter bildet av omfattende alkohol- og narkotikaproblemer blant innsatte i norske fengsler. Noe over halvparten (55 prosent) hadde alkoholproblemer av noe slag. 2/3 av disse hadde også problemer knyttet til bruk av narkotika. Alkoholproblemene var mest utbredt blant fangene med lav utdanning, ung alder, domfellelse for vold og med tidligere dommer.¹⁰² I en omfattende undersøkelse ble 857 domfelte menn og kvinner undersøkt ved bruk av et diagnostisk intervju. Bare 8 prosent av de innsatte hadde ikke tegn til psykisk lidelse, og nesten tre av fire hadde en personlighetsforstyrrelse (Cramer, 2014).

Våren 2017 ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant kvinnelige innsatte i norske fengsler, med en svarprosent på 63, i regi av Juridisk rådgivning for kvinner (JURK). Litt over halvparten av kvinnene, 54 prosent, oppga at de hadde slitt psykisk i løpet av tiden som innsatt i fengsel. Det er unge kvinner som sliter mest (JURK, 2018). Mange av kvinnene opplevde at de ikke hadde god nok tilgang på akutt helsehjelp, og at kapasiteten i fengslet var for lav til å følge opp behovet i tilstrekkelig grad. Særlig gjaldt dette tilgang til psykolog. Noen sider ved fengselstilværelsen så ut til å forsterke de psykiske plagene, ikke minst begrensninger i mulighetene til å ha kontakt med sine nærstående.

En nyere undersøkelse tok for seg soningsforholdene for kvinner i høysikkerhetsfengsler i Norge, basert på informanter blant betjenter, innsatte og helsepersonale. Også i denne undersøkelsen var omfattende psykiske problemer og et stort behov for helsehjelp gjennomgangstema. Undersøkelsen konkluderer i tillegg med at pandemien og tiltakene i forbindelse med dette har forverret flere av de innsattes problemer: «Bruken av isolasjon har økt og kontakten med familie og pårørende har blitt enda mer begrenset. Kontakten med helsetjenesten ble også merkbart påvirket i første fase av pandemien. Samlet sett er det ingen tvil om at det for mange har vært hardere og tyngre å være fengslet under pandemien, og dette gjelder også kvinner på høysikkerhet» (Hellebust et al., 2021, s. 153).

Norsk institusjon for menneskerettigheter mener at det er betydelige menneskerettighetsutfordringer i norske fengsler. De knytter seg særlig til forholdene for psykisk utviklingshemmede og for alvorlig psykisk syke innsatte, samt isolasjon og bruk av tvangsmidler.¹⁰³ En rapport fra Sivilombudsmannen kritiserer bruken av isolasjon i norske fengsler. I følge rapporten sitter innsatte med store psykiske helseutfordringer isolert under kritikkverdige forhold i uker, måneder, og i noen tilfeller flere år.¹⁰⁴ Slik isolasjon kan åpenbart forverre den psykiske helsetilstanden.

5.2. Personer med alvorlige rusproblemer

Tallet på personer som inntar narkotika ved hjelp av sprøyter ble i 2019 anslått til 8 500 personer, innenfor et sensitivitetsintervall mellom 7 100 og 10 000 personer. I absolutt forstand har antallet vært nokså stabilt siden 2004.¹⁰⁵ Anslagsvis vel 11 000 personer brukte amfetamin en gang per uke eller mer i 2013, mens antallet høyrisiko kokainbrukere har vært anslått til ca. 5 000 (Skretting et al., 2016). Høyrisikobruk av cannabis er på sin side beregnet til 13 800 personer, innenfor et betydelig usikkerhetsintervall. Det mest vanlige rusmiddelproblemet er imidlertid knyttet til alkohol.¹⁰⁶ Eldre tall fra norske undersøkelser tyder på at om lag 8 prosent av menn og 3 prosent av kvinner har en

¹⁰² <https://krus.brage.unit.no/krus-xmli/bitstream/handle/11250/2831187/Alcohol+Problems+among+Prisoners%3B+Subgroup+Variations%2C+Concurrent+Drug+Problems%2C+and+Treatment+Needs.pdf?sequence=2>, lest 24.03. 2022

¹⁰³ <https://www.nhri.no/2021/nims-innspill-til-regjeringsforhandlingene/>, lest 25.03. 2022

¹⁰⁴ https://www.sivilombudet.no/wp-content/uploads/2019/06/SOM_S%C3%A6rskilt-melding_WEB.pdf, lest 21.04. 2022

¹⁰⁵ <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/bruk-av-narkotika/problembruk-av-narkotika/>, lest 1.04. 2022

¹⁰⁶ <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/bruk-av-narkotika/problembruk-av-narkotika/>, lest 1.04 2022

skadelig bruk eller avhengighet av alkohol over en periode på 12 måneder.¹⁰⁷ I 2021 var det 8 prosent av menn og 2 prosent av kvinner som ukentlig hadde drukket seks eller flere alkoholenheter ved en og samme anledning.¹⁰⁸ Andelen som hadde brukt cannabis de siste 12 måneder var henholdsvis 7 prosent blant menn og 2 prosent blant kvinner.¹⁰⁹ Unge menn skiller seg i de fleste undersøkelser ut med et relativt høyt konsum av alkohol og narkotika. Nesten en av fem (18 prosent) menn i alderen 16-24 hadde i 2021 brukt cannabis i løpet av de siste 12 måneder.¹¹⁰

De som inntar narkotika ved hjelp av sprøyter, og andre med alvorlige rusproblemer, er en utfordrende gruppe å studere. Det er vanskelig å trekke generelle slutninger om hvordan de har det. Men alt tyder på at dette er en gruppe i samfunnet som har et særdeles vanskelig og risikofylt liv.

Vi har tidligere (kapittel 4.1) vært inne på den høye dødeligheten i denne gruppa. En studie av narkotikabrukere i sju av de største byene i Norge, som ble fulgt fra 2013 til 2015, fant at kvinner og menn i dette utvalget hadde henholdsvis 26 og 11 ganger høyere dødelighet enn personer med samme kjønn og alder i befolkningen. Den vanligste dødsårsaken var overdoser, etterfulgt av selvmord (Gjersing & Bretteville-Jensen, 2018). I en tilsvarende undersøkelse fra 2017¹¹¹ kom det fram at nesten alle (91 prosent) oppga trygd/sosialhjelp som en inntektskilde til å finansiere stoffbruken. Bare en av ti oppga arbeidsinntekt. En av tre sa at stoffsalg var en inntektskilde. Halvparten av deltakerne var i legemiddellassistert rehabilitering (LAR) på intervjuetidspunktet. Andre undersøkelser tyder på at underernæring og et generelt mangelfullt kosthold kan bidra til dårligere helse og utgjøre en risikofaktor for dødsfall i denne gruppen. En studie fant at 70-100 prosent har lavere inntak av viktige vitaminer, og mindre selen og jern, enn anbefalt.¹¹²

Det finnes ikke nyere tall som viser dødelighetsrisikoen sammenlignet med hele befolkningen, men utviklingen i antallet dødsfall som følge av narkotika og alkoholbruk viste en urovekkende utvikling i 2020. Antallet narkotikautløste dødsfall (overdoser) var i 2020 det høyeste siden 2001: 324. FHI antar at det kan være flere årsaker til denne økningen. En av dem er en uvanlig høy styrkegrad på heroin. En annen er smitteverntiltakene i forbindelse med pandemien. Fylkene Oslo, Viken og Vestland hadde størst økning av antallet dødsfall, og Oslo, sammen med noen kommuner i Viken og Vestland, hadde særlig mange pandemirestriksjoner.¹¹³ Antallet alkoholrelaterte dødsfall økte også i 2020, etter en nedadgående trend de siste årene før pandemien.

I 2012-2015 ble det gjennomført en undersøkelse av pasienter under behandling for rusproblemer i utvalgte institusjoner (Muller, Skurtveit & Clausen, 2016). 73 prosent av pasientene hadde en kronisk sykdom, og tre av fire beskrev sin livskvalitet som «svært dårlig» eller «dårlig». Mer enn halvparten hadde kliniske symptomer på depresjon, og om lag like mange hadde symptomer på angst.

I 2016 ble det vedtatt en opptrappingsplan for rusfeltet, som var virksom fram til 2020. Målet var å styrke innsatsen på rusfeltet med 2,4 milliarder kroner. Mesteparten av pengene har gått til en økning av kommunenes frie midler (1,5 milliarder). Har denne storstilte satsingen medført forbedringer av livssituasjonen blant rusavhengige? En evalueringsrapport gir et blandet bilde (Hansen et al., 2021). Årsverksinnsatsen innenfor kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har økt, det samme gjelder kompetansen på feltet. Det konkluderes samtidig med at det fortsatt er behov

¹⁰⁷ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>, lest 25.03. 2022

¹⁰⁸ En alkoholenhet tilsvarer en liten flaske øl eller rusbrus, ett glass vin eller en drink. En flaske vin eller en sixpack med øl tilsvarer seks enheter. En halvliter øl tilsvarer 1,5 alkoholenhet

¹⁰⁹ <https://www.ssb.no/statbank/table/12392/>, lest 30.04. 2022

¹¹⁰ <https://www.ssb.no/statbank/table/12392/>, lest 30.04. 2022

¹¹¹ <https://www.fhi.no/ml/rusmidler-og-avhengighet/narkotikabruk-pa-gateplan-i-syv-norske-byer-2017/>, lest 24.03. 2022

¹¹² <http://forskning.no/alkohol-og-narkotika-helsepolitikk-kriminalitet-velferdsstat/2014/03/bedre-mattilbud-kan-redde-flere>, lest 11.04. 2017

¹¹³ <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautloste-dodsfall-2020/>, lest 24.03. 2022

for å øke kompetansen og kapasiteten på rusfeltet, særlig i mindre kommuner. En klart høyere andel av brukerne enn før oppgir at tjenestene i stor grad har vært tilpasset deres behov, og flere vurderer tjenestene som tilfredsstillende. Den tidlige innsatsen overfor barn og unge har blitt styrket, blant annet er det en økende andel kommuner som driver oppsøkende sosialt arbeid rettet mot ungdom. Fortsatt er det likevel halvparten av kommunene som ikke har slike tjenester. Selv om tjenestene har blitt bedre og mer tilgjengelige, ser det imidlertid ikke ut til at levekårene har endret seg til det bedre. Andelen av brukerne som etter tjenesteapparatets vurdering har en tilfredsstillende psykisk helse har ikke endret seg, og er svært lav (20 prosent). Om lag halvparten har en tilfredsstillende økonomi, her er det heller ingen endring, mens andelen brukere som deltar i arbeidslivet holder seg stabilt lav. En levekårsindeks for personer med rusmiddelproblemer har blitt utviklet, basert på kartlegginger gjort av forskjellige kommunale tjenesteytere. Den omfatter 8 levekårsområder, herunder blant annet bolig, økonomi, helse og sosial fungering. Utviklingen fra 2017 til 2020 tyder på en liten forverring i den samlede levekårsituasjonen. Den negative utviklingen berører framfor alt psykisk helse, som kan ha med pandemien og restriksjonene å gjøre.

Det er visse geografiske forskjeller i utbredelsen av narkotikaproblemer. På fylkesnivå var det i 2020 Agder og Oslo som hadde flest overdosedødsfall sett i forhold til folketallet, mens Trøndelag og Nordland hadde færrest.¹¹⁴ Det er likeledes noen forskjeller i bruken av alkohol og cannabis. Eldre studier tyder på at problemer knyttet til alkoholbruk er høyere i storbyene enn ellers i landet.¹¹⁵ På fylkesnivå var det i 2021 flest i Oslo og Viken som ukentlig hadde drukket seks eller flere alkoholenheter ved en og samme anledning (7 prosent), mens det var færrest i Innlandet (2 prosent). Det er også flest i Oslo og Viken som noen gang har brukt cannabis.¹¹⁶

5.3. Seksuelle minoriteter og kjønnsminoriteter (LHBTIQ)

Et samlebegrep som er vanlig å bruke om seksuelle minoriteter og kjønnsminoriteter er *LHBTIQ*. Det omfatter personer som er lesbiske (l), homofile (h), bifile (b), transpersoner (t), interkjønnpersoner/personer med variasjon i kroppslig kjønnsutvikling (i) samt queer (q).

Transpersoner er personer som har et utseende eller en identitet som uttrykker et annet kjønn enn det som ble registrert for dem ved fødselen. Noen transpersoner er såkalt «binære», de identifiserer seg ikke med det kjønn de ble tildelt ved fødselen, men har en identitet som mann eller kvinne. Ikke-binære transpersoner har derimot en kjønnsidentitet som bryter med tokjønnsmodellen og som heller definerer seg som kjønnsflytende eller uten kjønn (Anderssen et al., 2021). Å ha en transidentitet handler om noe annet enn seksuell legning. Transpersoner kan både være heterofile og ikke-heterofile. Transperson er det motsatte av å være cisperson – de som føler seg som sitt medfødte biologiske kjønn.¹¹⁷ Interkjønn er et paraplybegrep som viser til kroppslig mangfold blant personer født med atypiske kjønnskaraktistika. Queer eller «skeiv» er en samlebetegnelse for dem som ikke ønsker å bli plassert i en bestemt identitetskategori basert på hvilken seksuell orientering de har eller hvilket kjønn de tilhører.¹¹⁸ Skeiv kan også brukes som et annet ord for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LHBT).

Hvor store er disse gruppene i samfunnet? Basert på Livskvalitetsundersøkelsene 2020 og 2021 finner Engvik (2022) at homofile, lesbiske, bifile og personer med annen ikke-heterofil orientering utgjør 4,4 prosent av den voksne befolkningen, i underkant av 200 000 personer (Engvik, 2022). Transpersoner og interkjønnpersoner er ikke med som egne grupper, de er bare inkludert hvis deltakerne i undersøkelsen har plassert seg selv i en av de andre, ikke-heterofile kategoriene. Vi må

¹¹⁴ <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautlostede-dødsfall-2020/>, lest 24.03. 2022

¹¹⁵ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/#sosiooekonomiske-og-geografiske-forskjeller>, lest 30.04. 2022

¹¹⁶ <https://www.ssb.no/statbank/table/13334/>, lest 30.04. 2022

¹¹⁷ https://bufdir.no/lhbt/LHBT_ordlista/T/Transperson/, lest 21.03. 2022

¹¹⁸ https://bufdir.no/lhbt/LHBT_ordlista/#heading11870, lest 22.03. 2022

altså regne med at dette er minimumsanslag. Den største undergruppen er de bifile, 2,2 prosent, mens de homofile og lesbiske utgjorde 1,2 prosent.

Det er vanskelig å anslå antall personer med variasjon i kroppslig kjønnsutvikling, fordi det finnes forskjellige definisjoner. Når alle variasjoner er inkludert, viser studier at oppunder 2 prosent av befolkningen har en interkjønntilstand, rundt 100 000 personer.¹¹⁹ Tilsvarende usikkerheter knytter seg til transpersoner.¹²⁰ En nederlandsk befolkningsundersøkelse fant at opp mot 5 prosent av befolkningen føler ambivalens eller usikkerhet knyttet til sin kjønnsidentitet. Men bare 0,6 prosent av menn og 0,2 prosent av kvinner oppga ønske om hormonbehandling eller ga uttrykk for kjønnsdysfori. Det siste er et medisinsk uttrykk som betegner ubehag forårsaket av manglende samsvar mellom kjønnsidentiteten og det kjønnnet personen ble tillagt ved fødselen. En undersøkelse i utvalgte amerikanske delstater viste at 0,6 prosent av befolkningen definerte seg selv som transperson («transgender»), se Valfort (2017). Gitt anslagene i ulike studier, vil antallet transpersoner i Norge variere mellom 20 000 og 260 000 mennesker, avhengig av om dysfori eller ambivalens anlegges som kriterium.¹²¹

Ikke-heterofile har gjennomgående dårligere levekår enn heterofile. I en nasjonal spørreundersøkelse gjennomført våren 2020 var en av hovedkonklusjonene riktignok at lesbiske kvinner og homofile menn i stor grad har levekår på lik linje med heterofile kvinner og menn (Anderssen et al., 2021). De homofile og lesbiske var likevel noe mer utsatt for psykiske helseplager, og homofile menn hadde på noen punkter større levekårsutfordringer enn heterofile menn. Bifile menn og kvinner var mer utsatt for problemer av forskjellig slag enn både homofile, lesbiske og heterofile.

SSBs Livskvalitetsundersøkelser bekrefter at ikke-heterofile i gjennomsnitt har dårligere levekår enn heterofile (Engvik, 2022). Tilknytningen til arbeidsmarkedet er svakere. Det er færre som regner seg som yrkesaktive, og flere er arbeidsledige eller uføre. Ikke-heterofile har en lav gjennomsnittsalder, men selv når en kontrollerer for dette, er det klare forskjeller. 12 prosent av ikke-heterofile 25-29-åringer er arbeidsuføre, som er fire ganger så mange som blant heterofile. Denne forskjellen kan både ha med dårligere helse å gjøre, og et i gjennomsnitt noe lavere utdanningsnivå.

Fordi tilknytningen til arbeidsmarkedet er svakere, er det også flere blant de ikke-heterofile som opplever økonomiske problemer. Sammenlignet med befolkningsgjennomsnittet, er det for eksempel mer enn dobbelt så mange som oppgir at det er vanskelig å få pengene til å strekke til i hverdagen, og som mangler tilgang til grunnleggende goder av materiell eller sosial art. Inntektsopplysninger bekrefter dette, blant bifile er det nesten en av fem som har lav inntekt.

Alt i alt er det en klart sterkere opphopning av levekårsproblemer blant ikke-heterofile enn blant heterofile, også når en kontrollerer for faktorer som kjønn, alder, innvandringsbakgrunn, utdanning, helse og inntekt. Bifile, særlig kvinner, og de med en annen seksuell orientering, er de mest utsatte, mens homofile/lesbiske er nærmest gjennomsnittet i befolkningen (Engvik, 2022).

Andre studier basert på Livskvalitetsundersøkelsen viser at psykiske plager og lav subjektiv livskvalitet er utbredt blant forskjellige ikke-heterofile grupper. Det er også flere som oppgir at de er plaget av ensomhet, som vi allerede har sett. Bifile er mest plaget (Gram, 2021).

Hva så med levekår og livskvalitet blant transpersoner? Disse inngikk i den nasjonale spørreundersøkelsen gjengitt ovenfor, fra våren 2020 (Anderssen et al., 2021). 232 personer i dette utvalget definerte seg som transpersoner, av disse 129 binære og 103 ikke-binære. Et hovedfunn i undersøkelsen er de tydelige levekårsutfordringene som transpersoner rapporterte om på flere

¹¹⁹ https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/lhbtiq/Hvor_mange/, lest 22.03. 2022

¹²⁰ https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/lhbtiq/Hvor_mange/, lest 18.03. 2022

¹²¹ https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/lhbtiq/Hvor_mange/, lest 18.03. 2022

områder. Samtidig rapporterte de også om stolthet og støtte, og en god del var organisert i nettverk og organisasjoner.

Andelen med lønnet arbeid som hovedbeskjeftigelse var særlig lav blant ikke-binære transpersoner, sammenlignet med cispersoner (29 versus 57 prosent), men var også noe lavere blant andre (binære) transpersoner. Forskjellene var signifikante etter kontroll for alder, inntekt og utdanningslengde. Ikke-binære transpersoner har i tillegg lavere inntekt enn cispersoner og binære transpersoner. Relativt mange med lav inntekt finner en i denne undersøkelsen også blant bifile kvinner.

Undersøkelsen viser at signifikant flere hadde psykiske helseproblemer blant transpersoner enn blant cispersoner. En høy andel med slike problemer ble også påvist blant bifile kvinner. Nærmere en av tre transpersoner hadde minst en gang forsøkt å ta sitt eget liv (34 prosent av binære og 30 prosent av ikke-binære). Om lag like mange hadde erfaringer med selvmordsforsøk blant bifile kvinner, mens andelen var under en av ti i gruppen av heterofile.

Transpersoner rapporterte om til dels langt høyere utbredelse av ulike former for diskriminering, trusler og vold enn det cispersonene gjorde. Særlig mange, 46 prosent, av binære transpersoner mente at de hadde blitt diskriminert under jobbsøking, sammenlignet med bare 5 prosent blant cispersoner. Det var likeledes klare forskjeller knyttet til vold og trusler, og til seksuelle overgrep. 36-37 prosent av transpersonene oppga å ha blitt tvunget til seksuelle handlinger sammenliknet med 15 prosent av cispersonene.

Et lignende bilde av utbredte psykososiale belastninger blant transpersoner kommer fram i en stor undersøkelse av studenter (Anderssen, Sivertsen, Lønning & Malterud, 2020). For eksempel skåret over halvparten av transpersonene høyere enn grenseverdien for psykiske helseplager på måleinstrumentet HSCL-25.

Ikke-heterofile bor i større grad i sentrale strøk av landet enn heterofile. Omtrent fire ganger så mange definerer seg som homofile og lesbiske i Oslo, sammenlignet med landet forøvrig (4 versus 1 prosent). Blant bifile er det mindre geografiske forskjeller.¹²² For transpersoner ser det derimot ikke ut til å være store forskjeller i valg av bosted, heller ikke når det kontrolleres for bakgrunnsfaktorer (Anderssen et al., 2021). Forskjeller i bosted blant homofile har ganske sikkert med geografiske forskjeller i holdninger å gjøre. I 2017 mente snaut en av tre sørlendinger at sex mellom to menn er feil, i Oslo var den tilsvarende andelen bare vel en av ti.¹²³

5.4. Personer med psykiske lidelser og andre med nedsatt funksjonsevne

Funksjonsnedsettelse er som tidligere nevnt en viktig årsak til fysisk og psykisk lidelse. Dette er grupper som delvis kan beskrives gjennom de generelle levekårs- og helseundersøkelsene, men frafallet er sannsynligvis betydelig, særlig blant dem med de mest alvorlige formene for funksjonsnedsettelse.

Det finnes ingen offisiell definisjon av hva det vil si å ha nedsatt funksjonsevne. Andelen som kan karakteriseres som å ha en varig nedsatt funksjonsevne varierer fra undersøkelse til undersøkelse. I Livskvalitetsundersøkelsen 2021 oppga så mange som 25 prosent at de hadde helseproblemer som hadde vart i minst 6 måneder, og som medførte noen eller store aktivitetsbegrensninger i hverdagen. Hvis vi bare tar med dem som opplevde store aktivitetsbegrensninger, utgjorde dette 8 prosent av den voksne befolkningen. I Arbeidskraftundersøkelsene, men da begrenset til

¹²² Tall fra Livskvalitetsundersøkelsen 2020

¹²³ https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/lhbtiq/Holdninger/, lest 23.03. 2022

aldersgruppen 15-66 år, er andelen den samme, 8 prosent, om lag 288 00 personer. Disse har et helseproblem som har vart i minst 6 måneder, opplever begrensninger i hverdagen som følge av dette, og tenker på problemet som en funksjonsnedsettelse.¹²⁴ Ifølge Levekårsundersøkelsen om helse 2019 var det betydelig flere, 18 prosent av den voksne befolkningen, som hadde ulike former for funksjonsnedsettelse. 9 prosent hadde nedsatt bevegelsesevne, og 10 prosent hadde nedsatt syn, selv med bruk av briller/kontaktlinser.¹²⁵ Utbredelsen av nedsatt funksjonsevne kan også estimeres på grunnlag av registerstatistikk. For eksempel er 10 prosent av befolkningen registrert som brukere av tekniske hjelpemidler; i aldersgruppen over 67 år er det en av fire som bruker slike hjelpemidler.¹²⁶

Det er mye som tyder på at nedsatt funksjonsevne på grunn av psykiske problemer har særlig store konsekvenser for andre sider ved livet. I DFØs Innbyggerundersøkelse 2019 oppga 5 prosent av den voksne befolkningen at de hadde nedsatt funksjonsevne på grunn av psykiske vansker.¹²⁷ En tidligere analyse av «psykisk syke» levekår, basert på SSBs helse- og levekårsundersøkelser i 1998, 2002 og 2005, fant at «psykisk syke» gjennomgående har dårligere levekår enn «psykisk friske» (Myrvold, Helgesen & Berglund, 2008). Personer som sliter med psykiske problemer hadde mer somatisk sykdom, lavere utdanning og inntekt, var sjeldnere sysselsatt mm. Personer som både hadde fysiske og psykiske plager var særlig utsatt for dårlige sosioøkonomiske kår. Levekårsundersøkelsene etter 2005 har bekreftet bildet som denne analysen ga: De som har psykiske problemer sliter med vansker på mange områder av livet. Det gjelder ikke minst somatisk helse. Den generelle livskvaliteten er nedsatt, det er mer misnøye og mindre glede. Ifølge Livskvalitetsundersøkelsen 2021 var to av tre, 67 prosent, av dem med symptomer på angst eller depresjon misfornøyde med livet, blant dem med store begrensninger på sin funksjonsevne var andelen 58 prosent. Landsgjennomsnittet var 28 prosent (Støren & Rønning, 2021). Den nedsatte funksjonsevnen skaper blant annet problemer i kontakten med andre, og dermed muligheten for å tilfredsstille sosiale behov. 40 prosent av personer med funksjonsnedsettelse deltar mindre enn de ønsker i forskjellige sosiale aktiviteter på grunn av helse, funksjonshemming eller hindringer i omgivelsene (Ramm & Otnes, 2013).

Noen former for nedsatt funksjonsevne har særlig alvorlige og omfattende konsekvenser. Vi har nevnt psykiske lidelser. Et annet eksempel er nedsatt syn, som i stor grad reduserer muligheten for kontroll med omgivelsene og øker avhengigheten av andre. Synshemmede er spesielt utsatt for negative livshendelser (Brunes & Heir, 2021). Det gjelder blant annet brann eller eksplosjoner, alvorlige ulykker, seksuelle overgrep, samt livstruende sykdommer eller skader. Hele 17 prosent av synshemmede kvinner har vært utsatt for seksuelle overgrep, mens andelen for alle kvinner er 10 prosent.¹²⁸

Personer med psykiske lidelser og plager trenger gode og lett tilgjengelige behandlingstilbud. Men ikke alle får den hjelpen de trenger, som påpekt i Riksrevisjonens rapport fra 2021.¹²⁹ Mange kommuner gir ikke ungdom med samtidige psykiske plager/lidelser og rusmiddelproblemer et godt nok behandlingstilbud. Det har sammenheng med manglende kompetanse, fleksibilitet i hvordan arbeidet utføres og tid til koordinering og samarbeid. Det trekkes også fram at noen må vente lenge på hjelp, og at det er store variasjoner mellom helseforetakene i så måte. Fra 2020 til 2021 økte ventetidene, særlig for barn og unge.¹³⁰ Riksrevisjonen trekker også fram som kritikkverdig at målet

¹²⁴ <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/personer-med-nedsatt-funksjonsevne-arbeidskraftundersokelsen/artikler/108-000-personer-med-nedsatt-funksjonsevne-var-sysselstatt-i-fjor>, lest 1.04. 2022

¹²⁵ https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/nedsatt_funksjonsevne/Antall/#heading7771, lest 30.04. 2022

¹²⁶ https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/nedsatt_funksjonsevne/Antall/#heading7771, lest 30.04. 2022

¹²⁷ https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/nedsatt_funksjonsevne/Antall/#heading7771, lest 30.04. 2022

¹²⁸ <https://bmjopen.bmj.com/content/8/6/e021602.full>, lest 30.04. 2022

¹²⁹ <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2020-2021/undersokelse-av-psykiske-helsetjenester/>, lest 1.04. 2022

¹³⁰ https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ventetider-og-pasientrettigheter/Ventetider%20og%20pasientrettigheter%202021.pdf/_attachment/inline/d8555627-4e03-478c-95d4-

om den gyldne regel ikke har blitt nådd. Siden 2014 har det vært et uttalt mål for spesialisthelsetjenesten at psykisk helsevern skal prioriteres over somatikken, men dette målet har de regionale helseforetakene ikke klart å nå.

5.5. Pleie- og omsorgstrengende eldre

I 2020 var det snaut 32 000 beboere som hadde langtidsopphold på omsorgsinstitusjoner i Norge; de aller fleste på sykehjem. Vel 9 000 hadde tidsavgrenset opphold.

Vi mangler landsrepresentative tall for viktige aspekter ved hvordan livet arter seg for beboere på sykehjem. Vi vet imidlertid at demens og psykiske lidelser er svært utbredt.¹³¹ Rundt 80 prosent av beboerne på sykehjem har demens, og 70 prosent har psykiske lidelser (Norsk senter for menneskerettigheter, 2015). En studie blant beboere på 30 sykehjem i Bergen, fant at mer enn fire av ti beboere som ikke hadde demens hadde symptomer på depresjon (Drageset, Eide & Ranhoff, 2013). En annen artikkel basert på Bergens-undersøkelsen viste at mange, over halvparten, opplevde ensomhet ofte eller av og til (Drageset, Kirkevold & Espehaug, 2011).

Vi vet en del om bostandard og utviklingen av personellsituasjonen. Andelen brukertilpassede enerom med eget bad/wc har økt jevnt og trutt. Legetimer per beboer i sykehjemmene har økt noe fra 2015 til 2020, det samme har årsverk per bruker i omsorgstjenestene. Men det er også grunn til å tro at behovene har økt. Eldre på sykehjem har blitt en mer selektert gruppe; bare de sykeste og mest pleietrengende får plass. Andelen på langtidsopphold i omsorgsinstitusjonene som har «omfattende bistandsbehov» har økt det siste tiåret.¹³²

Konklusjonen i en tidligere gjennomgang av situasjonen for menneskerettighetene i norske sykehjem var dystert, nemlig at «..behandlingen i norske sykehjem neppe er i overensstemmelse med Norges menneskerettslige forpliktelser. Dette er en svært alvorlig situasjon som fordrer umiddelbare tiltak fra myndighetenes side» (Norsk senter for menneskerettigheter, 2015, s. 5). Det ble pekt på en rekke problemer, slik som mangel på systematisk oppfølging av beboernes munn- og tannhygiene, med potensielt negative konsekvenser for beboernes orale helse og en økt risiko for under- og feilernæring. Fysisk aktivitet er viktig for å fremme livsutfoldelse og helse, men mange sykehjemsbeboere mangler mulighet for dette.

Det er vanskelig å vurdere hvor godt denne beskrivelsen treffer i dag. Sivilombudsmannens siste besøksrapporter fra sykehjem gir en indikasjon på at det fremdeles er betydelige kvalitetsproblemer i eldreomsorgen, som har sammenheng med mangel på tid og kapasitet hos de ansatte. Det handler for eksempel om fysiske aktiviteter tilpasset den enkelte beboer og om begrensede muligheter til å være utendørs.¹³³

Oppfølgingen av den orale helsen blant sykehjemsbeboere har imidlertid blitt bedre. Andelen sykehjemsbeboere som hadde blitt vurdert av tannhelsepersonell i løpet av de siste 12 måneder ble fordoblet fra 2009 til 2019, fra 23 til 46 prosent. Men det var en sterk reduksjon i 2020, ned til 28 prosent, sannsynligvis som konsekvens av koronapandemien.¹³⁴

[ab0e14243ad8:0ed9d28349d2333be9bdd54a0a97e51f89c58117/Ventetider%20og%20pasientrettigheter%202021.pdf](https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester), lest 1.04. 2022

¹³¹ <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester>, lest 1.04 2022

¹³² <https://www.ssb.no/statbank/table/06971>, lest 1.04. 2022

¹³³ <https://www.sivilombudet.no/wp-content/uploads/2021/05/Besoksrapport-2020-Asgardstrand-sykehjem-2.pdf>, lest 30.04. 2022 og <https://www.sivilombudet.no/wp-content/uploads/2021/05/Besoksrapport-2020-Hoyas-bo-og-rehabiliteringssenter-1.pdf>, lest 30.04. 2022

¹³⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/beboere-p%C3%A5-sykehjem-vurdert-av-tannhelsepersonell-siste-12-m%C3%A5neder>, lest 1.04. 2022

Endringene har vært mindre når det gjelder kartlegging av ernæringsstatus. 45 prosent av eldre 67+ med langtidsopphold på sykehjem hadde fått kartlagt sin ernæringsstatus i 2020, i 2016 var andelen 42 prosent.¹³⁵ Sykehjemsbeboere 67 år + som har fått en gjennomgang av legemidler har økt noe, fra 48 til 58 prosent i perioden 2016-2020.¹³⁶

Rapporten fra Norsk senter for menneskerettigheter baserte seg blant annet på spørreundersøkelser blant ansatte i sykehjem. En av disse viste at bare drøyt 40 prosent av pleierne mente at de hadde god nok tid til pasienter som var døende, som igjen førte til at mange uten pårørende døde alene. I et tidligere avsnitt gjenga vi tall fra en undersøkelse som indikerte at en høy andel av dem som dør på sykehjem er plaget av smerter, pusteproblemer og angst ved livets slutt (Sandvik et al., 2016). Nyere analyser viser en stor og økende mangel på sykepleiere i sykehjem og i hjemmesykepleien. En slik mangel er forbundet med økt risiko for kvalitetsproblemer i tjenestene, slik som forekomst av infeksjon og trykksår og utilstrekkelig ivaretagelse av psykiske problemer (Gautun, 2020).

Hvordan er så situasjonen for de eldste eldre utenfor institusjon, for dem som blir tatt hånd om av hjemmetjenestene? Generelt er det mye som tyder på at den tidlige alderdommen oppleves som god av de fleste eldre. Men den seinere alderdommen, særlig når man kommer over 80, er krevende. Da stiger andelen som er deprimert, og som er utsatt for ensomhet og andre plager, betydelig. Det har både sammenheng med tap av helse og tap av nære andre, ikke minst samlivspartner (Hansen & Daatland, 2016). Aleneboende eldre er mer ensomme enn de som bor sammen med noen, og de eldste med svekket helse er særlig ensomme (Normann, 2011).

I 2020 var det rundt 100 000 personer med demens i Norge. Antallet er anslått til å bli mer enn fordoblet fram til 2050, til 236 000.¹³⁷ Over 40 prosent av personer over 70 år som mottar hjemmetjenester har demens.¹³⁸ Fra 1. januar 2020 har kommunene en lovfestet plikt til å tilby tilrettelagt og tilpasset dagaktivitetstilbud til hjemmeboende med demens. I 2020 var det snaut 21 000 personer med demens som mottok kommunale helse- og omsorgstjenester, og av disse hadde 28,9 prosent vedtak om dagaktivitetstilbud. Det var en liten økning sammenlignet med 2016, men noen færre enn i 2019. Andelen av personer med demens som hadde støttekontakt ble mer enn halvert fra 2019 til 2020, fra 13 til 6 prosent.¹³⁹ Det er grunn til å tro at disse negative endringene har sammenheng med pandemien og tiltakene for smittevern.

Gjennom de siste tiårene har det vært en kraftig utbygging av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Mye av denne utbyggingen har imidlertid dreid seg om andre grupper enn pleietrengende eldre. Andelen blant innbyggere i alderen 80+ som bruker hjemmetjenester eller sykehjem har gått ned de siste årene. Mens bruken har gått ned blant de eldste, har den steget kraftig blant de yngre. Bare fra 2007 til 2015 økte andelen under pensjonsalder blant mottakerne av kommunale helse- og omsorgstjenester fra 33 til 39 prosent (Mørk, Beyrer, Haugstveit & Sundby, 2016). Det er etter alt å dømme flere årsaker til denne endringen. Ikke minst har de kommunale tjenestene fått flere yngre, ressurskrevende brukergrupper, som pasienter med psykiatriske diagnoser og med kroniske, alvorlige sykdommer som tidligere hadde lange sykehusopphold, men som nå behandles med dagkirurgi. Det har også utviklet seg nye idealer for hvordan varig omsorgstrengende skal tas vare på, der stikkordene er nedbygging av institusjonene, «normalisering» og «boliggjøring». I en intervju-undersøkelse blant personer i ledende stillinger i

¹³⁵ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%B8lgning-av-ern%C3%A6ring-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem>, lest 1.04. 2022

¹³⁶ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/legemiddelgjennomgang-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem>, lest 1.04. 2022

¹³⁷ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/lokaliseringsteknologi-til-hjemmeboende-personer-med-demens>, lest 1.04. 2022

¹³⁸ <https://www.fhi.no/publ/2020/tilrettelagte-tiltak-for-at-eldre-med-demens-skal-kunne-bo-lengre-hjemme/>, lest 02.05. 2022

¹³⁹ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester>, lest 1.04. 2022

fem utvalgte kommuner, ble det gitt uttrykk for at det var lettere å kutte i tilbudene til de eldre enn til de yngre, når ressursene var knappe. Det ble opplevd som vanskelig å få ressurser til aktivisering av eldre (Gautun & Grødem, 2015).

Det kan være en risiko for at de eldste eldre, særlig aleneboende med dårlig helse, får mindre hjelp enn de har behov for. Men vi vet lite om det faktisk har blitt en større andel eldre som har udekkede hjelpebehov i hverdagen.

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) registrerer behov for bistand til ulike aktiviteter blant mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester, og om behovene blir dekket. Det registreres opplysninger om mottakerne har behov for bistand til å kunne delta i arbeid eller utdanning, for hjelp til å delta i organisasjonsarbeid, fritid og kultur, og for transport i forbindelse med disse aktivitetene. Det ser ut til å være en betydelig underdekning av behovene, og dette har i liten grad endret seg de siste årene. På landsbasis var det 60,5 prosent av brukerne som fikk innfridd sine behov og ønsker om bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter i 2020. Det var omtrent samme andel som i 2009.¹⁴⁰ 8,5 prosent av brukerne fikk delvis innfridd sine behov og ønsker, mens 29 prosent av brukerne ikke fikk innfridd behovene. Når det gjelder behov for transporttjeneste i forbindelse med slike aktiviteter, var det i 2020 56,7 prosent av brukerne som fikk innfridd sine behov og ønsker, mens 7,7 prosent av brukerne bare delvis fikk innfridd slike behov. Dette var også omtrent samme andel som i 2009.¹⁴¹ På den sistnevnte indikatoren var det betydelige fylkesvariasjoner. Andelen som fikk innfridd sine transportbehov varierte fra 77 prosent i Oslo til 48 prosent i Troms og Finnmark.

Hvis det offentlige omsorgsapparatet svikter, kan det bety større belastninger på familien og den uformelle omsorgen. Familien står for om lag halvparten av eldreomsorgen i Norge (T. Hansen & Daatland, 2016, s. 62). Her tyder forskning på at det å gi pleie til foreldre som en ikke bor sammen med, er forenlig med å ha like høy livskvalitet som andre. Å bo sammen med en pleietrengende forelder eller partner ser derimot ut til å ha mer negative konsekvenser. Blant samboende eller gifte i alderen 40-84 år, er det 2-3 prosent som gir pleie til en hjelpetrengende partner. Slik pleie er forbundet med økt risiko for depresjon, ensomhet, lav opplevelse av kontroll mm., både blant menn og kvinner (Hansen & Daatland, 2016).

5.6. Asylsøkere og irregulære innvandrere

Ved utgangen av mars 2022 var det 5227 beboere i norske asylmottak. Det er all grunn til å tro at dette tallet vil stige kraftig i de nærmeste månedene.¹⁴² Asylsøkere til Norge har ofte en bakgrunn preget av krig og forskjellige traumatiske erfaringer. Om lag en tredjedel har vært fengslet, og en like stor andel har sett drap på venner eller nære familiemedlemmer. En betydelig andel har vært utsatt for, eller vitne til, tortur, her varierer andelen i ulike rapporter mellom 18-20 og 67 prosent, se referanser i Weiss (2013, s. 49). Særlig utsatte grupper blant asylsøkerne er barn, framfor alt de som kommer til Norge uten foreldre (enslige unge asylsøkere), og asylsøkere som har fått avslag på søknaden, men som ikke vil eller kan dra tilbake til hjemlandet.

Ventetiden i mottak er krevende for mange asylsøkere, og er ofte preget av stor usikkerhet. Flere flyktninger opplever at de har lite kontroll og styring over egen hverdag. Enkelte har beskrevet det som et «åpent fengsel» Meningsfulle og gode aktivitetstilbud er derfor viktige, men aktivitetstilbudene i asylmottakene varierer mye, både i kvalitet og hyppighet (Weiss, Djuve, Hamelink & Zhang, 2017). Ventetiden varierer også mye mellom ulike kategorier av asylsøkere. Dessverre venter

¹⁴⁰ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/bistand-til-%C3%A5-delta-i-organisasjonsarbeid-kultur-eller-fritidsaktiviteter>, lest 1.04. 2022

¹⁴¹ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/hjelp-til-reise-til-og-fra-organisasjonsarbeid-kultur-eller-fritidsaktiviteter>, lest 1.04. 2022

¹⁴² <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/beboere-i-asylmottak-etter-uke-2022/>, lest 1.04. 2022

asylsøkere med spesielle behov lenger enn andre på å bli bosatt. Selv om det er enighet om at personer med psykiske utfordringer lider mest under en lang ventetid, er de vanskelige å bosette (Weiss et al., 2017).

De økonomiske ytelsene til asylsøkere i Norge er lave, og få økonomiske ressurser gir utfordringer i hverdagen. En av dem er knyttet til mat. En undersøkelse fra 2017, blant beboere fra åtte asylmottak i Sørøst-Norge, fant at en høy andel opplevde «matusikkerhet». Blant annet var det 60 prosent av asylsøkerne som oppgav at de noen ganger eller ofte spiste mindre enn de burde fordi de ikke hadde penger til mat. Mange opplevde derfor også til tider å gå sultne (Henjum, Morseth, Arnold, Mauno & Terragni, 2019). Denne undersøkelsen var ikke basert på et representativt utvalg av asylmottak, som gjør det vanskelig å si noe generelt om asylsøkere i Norge. Men også levekårsundersøkelser blant enslige mindreårige asylsøkere har trukket fram at basisbeløpet ikke ser ut til å være høyt nok for å sikre et tilstrekkelig kosthold (Lidén, Eide, Wærdahl, Nilsen & Hidle, 2013). En nyere undersøkelse av forholdene for enslige mindreårige på mottak i Norge, fant en mangel på ledelse og tydelige strategier for hvordan mottakene skulle sikre at ungdommene ikke gikk sultne. Tilgangen på mat ble derfor vilkårlig og ulik (Sønsterudbråten, Tyldum & Raundalen, 2018).

Asylsøkere som har fått avslag på søknaden, men som likevel blir værende i Norge, inngår i det som gjerne omtales som irregulære innvandrere. Vi skal si litt mer om hva vi vet om denne gruppen her, mens omtalen av barn og enslige unge gjøres i et seinere avsnitt.

Det finnes en del antropologiske og kvalitative studier av irregulære innvandrere, men det er lite vi vet på grunnlag av større kvantitative undersøkelser. En beregning fra 2008, gjennomført av en forsker i SSB, anslo antallet til vel 18 000 per 1. januar 2006, hvorav vel 12 000 var tidligere asylsøkere, og snaut 6 000 var personer som aldri hadde søkt asyl (Zhang, 2008).

Statistikken over asylsøkere med avslag og utreiseplikt som bor på asylmottak, viser imidlertid at denne gruppen blir stadig mindre i Norge. Fra 2012 til 2019 ble antallet personer med utreiseplikt som bor på mottak, redusert med 85 prosent – fra 4960 til 729.¹⁴³ En oversikt fra Politiets utlendingsenhet viser at i mars 2022 var det i overkant av 1800 personer med ulovlig opphold i Norge, hvorav rundt 1650 hadde fått endelig avslag på sin asylsøknad. Politiet antar imidlertid at mange av disse har forlatt landet uten å si ifra til norske myndigheter.¹⁴⁴ I 2020 hadde Helsesenteret for papirløse migranter i Oslo 505 pasienter. Av disse var 165 nye. Helsesenteret har også hatt mellom 5 og 17 nye barn årlig som pasienter de siste årene.¹⁴⁵

I Fafo-rapporten om irregulær bistand beskrives hvem de irregulære migrantene i Norge er, via en typologi som tar utgangspunkt i de irregulære migrantenes ulike overlevelsesstrategier (Lillevik & Tyldum, 2021). Av disse er det to grupper som skiller seg ut med spesielt prekære humanitære behov: de som livnærer seg gjennom ulovlig arbeid og de som lever av ulike former for kriminalitet eller prostitusjon. I tillegg refereres det til en gruppe som sies å være «i fritt fall», i den forstand at de ennå ikke har utviklet en strategi for å klare seg etter for eksempel nylig å ha mistet sin oppholdstillatelse eller det som til inntil da hadde vært hovedkilden til midler for deres overlevelse.

Som påpekt i Lillevik og Tyldum (2021) er et av hovedproblemene i dagens system at de irregulære migrantene mangler insentiver for å rapportere om utnyttende og kriminelle arbeidsforhold. Med mindre det er mistanke om regelrett menneskehandel, finnes det nemlig ikke amnestiordninger for personer som anmelder kriminalitet. De som i dag blir utnyttet i det svarte arbeidsmarkedet, løper

¹⁴³ Haarberg, K., & Lystrup, I. (2014). Evaluering av returiltak i ordinære mottak: Deloitte: Oslo og www.udi.no. Se også Lillevik og Tyldum (2021)

¹⁴⁴ <https://www.politiet.no/om/organisasjonen/sarorganene/politiets-utlendingsenhet/hvor-mange-oppholder-seg-ulovlig-i-norge/>, lest 05.05. 2022

¹⁴⁵ https://www.rodekors.no/contentassets/803e39b6886f4c76a949be374af06499/rapport_helserettigheter-for-papirløse_sept2021.pdf, lest 05.05. 2022

derfor stor risiko ved å rapportere om dette, i det de risikerer å bli utvist eller ikke å få utbetalt utestående lønn.

På den annen side ser innrapporteringen ut til å ha få konsekvenser for arbeidsgivere som utnytter de irregulære migrantene for å få tilgang til billig arbeidskraft. Så lenge det er lønnsomt å bruke illegal arbeidskraft, vil useriøse aktører fortsette å skape et marked for irregulære migranter som kommer til Norge for å arbeide.

En studie av vel 90 irregulære innvandrere som hadde oppsøkt Helsenenteret for papirløse migranter i Oslo, gir inntrykk av usedvanlig store psykiske problemer i denne gruppen. I undersøkelsen ble det brukt et måleinstrument for psykisk helse, et spørsmålsbatteri (HSCL-25) som tidligere også har inngått i levekårsundersøkelsene. Mens om lag en av ti i den generelle befolkningen (før pandemien) skåret over grenseverdien som tilsier behov for nærmere utredning og behandling, var andelen blant de irregulære innvandrerne hele 87 prosent (Myhrvold & Småstuen, 2017). Av enkeltspørsmålene som inngikk i spørsmålsbatteriet, var det særlig mange som oppga at de var plaget av å bekymre seg for mye, ha søvnproblemer og føle seg ensomme. Personer som oppsøkte senteret for å få tilgang til psykologiske helsetjenester ble ikke tatt med i undersøkelsen. Det finnes også andre, og mer kvalitativt orienterte, undersøkelser. En av dem er basert på intervjuer med 29 irregulære immigranter som hadde fått avslag på sin asylsøknad (Øien & Sønsterudbråten, 2011). På bakgrunn av denne, naturligvis svært usikre, undersøkelsen, framstår de irregulære migrantenes levekår som høyst varierende. Noen klarer seg forbausende bra, ved hjelp av store nettverk og at de har klart å finne en jobb. Andre lever fra hånd til munn. På tross av variasjonsbredden, er gruppen alt i alt likevel blant de mest marginaliserte i det norske samfunnet, ikke minst fordi de mangler adgang til regulært arbeid. De irregulære migrantene er sikret rettigheter til akutt helsehjelp, men dårlig økonomi begrenser tilgangen, siden de ikke har rett til økonomisk støtte som dekker utgiftene ved de fleste medisinske behandlinger. En nyere undersøkelse (2021), også basert på kvalitative intervjuer, bekrefter den vanskelige livssituasjonen for gruppen, og barrierene de møter i tilgangen på helsehjelp. Hindringene for helsehjelp har sammenheng med en rekke faktorer, slik som kostnader, kunnskapsmangel, redsel, språkbarrierer, mistillit og systemforståelse. Mange er redde for at kontakt med helsepersonell vil føre til at de blir rapportert til myndighetene og så tvangsreturnert. Konsekvensen er at mange ikke får den helsehjelpen de har rett til, og trenger. I verste fall får de ikke helsehjelp før tilstanden nærmer seg livstruende.¹⁴⁶

Nå kan en innvende at disse asylsøkerne selv har et ansvar for at de er i denne situasjonen, og har mulighet for å reise tilbake til hjemlandet. Så enkelt er det likevel neppe i praksis. Mange føler seg fanget i en situasjon det ikke finnes noen vei ut av. De fleste intervjuede i undersøkelsen til Øien og Sønsterudbråten (2011), så tilbakevending som en umulighet, blant annet fordi de var redde for hva som ville skje med dem og deres familie hvis de dro hjem. Andre hadde barn som var født og oppvokst i Norge, og som hadde norsk som morsmål. Det var også de som hadde en sykdom som det ikke fantes behandling for i hjemlandet, eller en slektning med en slik sykdom.

En gruppe som har visse likhetspunkter med de irregulære innvandrerne, er de fattige tilreisende til Oslo og andre byer; de som lever av å tigge noen måneder av gangen. En intervjuundersøkelse med 438 fattige tilreisende i Oslo ble gjennomført sommeren 2014, og lignende undersøkelser ble gjort i Stockholm og København (Tyldum, 2015). Oslo skilte seg ut fra Stockholm og København ved at en spesielt stor andel fattige tilreisende fortalte om trakassering, særlig blant dem med rombakgrunn. Halvparten av de fattige tilreisende hadde blitt bedt om å flytte seg fra offentlig sted selv om de ikke

¹⁴⁶ https://www.rodekors.no/contentassets/803e39b6886f4c76a949be374af06499/rapport_helserettigheter-for-papirlose_sept2021.pdf, lest 05.05. 2022

drev med tigging. Langt flere hadde også blitt nektet adgang til å pante flasker enn i andre hovedsteder. 26 prosent hadde blitt utsatt for vold, 32 prosent av dem med rombakgrunn.

Det akutte helsetilbudet ser ut til å fungere for denne gruppen. Det er likevel grunn til å frykte et underforbruk av helsetjenester. De tilreisende er redde for å kontakte helsetjenestene fordi de vet at de vil bli bedt om å betale en egenandel, selv om disse pengene i praksis ikke blir betalt.

6. Nærmere om barn og unge

Det er flere grunner til at nød og lidelse blant barn bør få særlig oppmerksomhet, og ha høy prioritet i vurderingen av humanitære behov. En av dem er at barn ikke kan tillegges det samme ansvaret som voksne for situasjonen de er i.¹⁴⁷ Barn velger for eksempel ikke å bli født og vokse opp i familier som er fattige. Myndighetene har derfor et særlig ansvar for barn og unges levekår (Kangas, Palme & Kainu, 2016, s. 49).

Dette ansvaret er nedfelt i Grunnlovens paragraf 104, som pålegger myndighetene å «legge forholdene til rette for barnets utvikling, herunder sikre at barnet får den nødvendige økonomiske, sosiale og helsemessige trygghet, fortrinnsvis i egen familie» (Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter, 2017). Et eget utvalg, Menneskerettsutvalget, pekte på at barn er særlig sårbare, og derfor i større utstrekning enn voksne trenger myndighetenes hjelp til å beskytte sin personlige integritet. Barns rett til omsorg og særlige beskyttelse er forankret både i Grunnloven og i barnekonvensjonen, som er inkorporert i norsk lov gjennom menneskerettsloven.

Et ytterligere moment er at grunnlaget for et godt liv legges i barndommen. Som vi har sett flere eksempler på, er det et kjennetegn ved mange utsatte grupper at de har hatt en vanskelig barndom, jf. for eksempel hvor mange som har blitt utsatt for mishandling blant innsatte i norske fengsler. En betydelig andel blant langtidsmottakere av sosialhjelp har også opplevd problemer i oppveksten, både av økonomisk og sosial art (Loyland, 2016).

De fleste barn har det bra, men mange forhold varierer med foreldrenes inntekt og utdanning, slik som fysisk aktivitet, kosthold, bruk av tobakk og rusmidler (Folkehelseinstituttet, 2016). Mange barn har utrygge perioder i oppveksten. Antallet som får hjelp av barnevernet utgjorde snaut 53 000 barn i 2020.¹⁴⁸

Gjennomgående står det også bra til med norsk ungdom. I følge Ungdata-undersøkelsen fra 2021 sier 77 prosent at de har alt de ønsker seg i livet. Det er likevel mange unge som sliter med forskjellige typer helseplager i hverdagen – hodepine, kvalme, magevondt ol. 43-44 prosent av unge jenter i videregående har mange ganger eller daglig vært plaget av hodepine, og en like stor andel blant jentene har andre fysiske plager (Bakken, 2021)

Mange jenter kjenner også på ensomhet, og andelen ser ut til å være svakt økende. I tillegg er omfanget av psykiske helseplager høyt blant jentene, og har blitt større siden 2011. Snaut 3 av 10 jenter i videregående har mange psykiske plager. Blant guttene er nivået lavere, men også her har det vært en viss økning over tid (Bakken, 2021).

I et tidligere avsnitt ble det nevnt at andelen barn som lever i familier med vedvarende lavinntekt har økt over tid, og at dette er en utvikling som kan ha negative konsekvenser for barns oppvekst. Vi skal nå se nærmere på noen særlig utsatte grupper blant barn og unge.

6.1. Barn av foreldre med psykiske lidelser og rusmisbruk

Typisk er det om lag en dobling av risiko for ulike negative utfall, slik som psykiske lidelser, mishandling, seksuelle overgrep og tidlig død, blant barn som har foreldre som er psykisk syke eller som misbruker alkohol (Torvik & Rognum, 2011). Depresjon blant mødre kan for eksempel være

¹⁴⁷ Dette skillet er likevel ikke helt entydig. For eksempel kan barn i alderen 15-17 år som har begått straffbare handlinger straffes for dette. Men barn under 18 år kan aldri få strengere straff enn 15 års fengsel, se https://snl.no/kriminell_lavalder, lest 27.06. 2022

¹⁴⁸ <https://www.ssb.no/statbank/table/09050/>, lest 1.04. 2022

uheldig for barns utvikling, siden det bidrar til å gjøre mødrene mer kritiske og samtidig mindre følelsesmessig tilgjengelige (Rognerud et al., 2007).

Beregninger tyder på at alvorlige psykiske lidelser hos foreldrene rammer 10 prosent av alle barn, anslagsvis 115 000. Alvorlig alkoholmisbruk rammer færre, om lag 3 prosent av alle barn (Torvik & Rognum, 2011). Teller vi alle foreldre med en psykisk lidelse blir tallene langt høyere.

6.2. Barn i familier som er asylsøkere

Resultatene fra en studie som både er basert på en kvantitativ spørreskjemaundersøkelse og på kvalitative data, viser at barn i asylsøkerfamilier skiller seg mest fra andre barn i skolealder ved at de skårer høyt på bekymringer, stress og emosjonelle problemer (Berg & Tronstad, 2015). En grunnleggende usikkerhet følger med dem i de fleste situasjoner. Økonomiske problemer setter også sitt preg på hverdagen – det koster å delta i fritidsaktiviteter, som verken den enkelte familie eller mottaket kan prioritere. Økonomiske begrensinger bidrar i noen tilfeller til at familier utsetter å melde behov for helsetjenester eller lar være å ta reseptbelagte medisiner (Berg & Tronstad, 2015, s. 169).

Å gå i barnehage kan ha stor betydning for barns læring og utvikling, særlig i familier som har få ressurser og opplever mange belastninger. Et forsøk med gratis kjernetid i barnehagene for 4- og 5-åringer i Oslo, tyder på at dette tilbudet økte andelen med innvandrerbakgrunn i barnehagene, og hadde en positiv effekt på barnas kognitive utvikling (Drange & Telle, 2015). Barn med innvandrerbakgrunn som var bosatt i bydelene med gratistilbud gjorde det bedre på kartleggingsprøver tidlig i skoleløpet. Det er derfor viktig å sørge for at alle barn får muligheten til å gå i barnehager av god kvalitet. I asylmottak er det, ifølge Berg og Tronstad (2015), rundt 82 prosent av 4-5-åringene som går i barnehage, og 54 prosent av 2-3-åringene. At andelen er såpass lav blant de yngste barna, har sammenheng med at barnehageplassen til de yngste må dekkes av mottakenes driftsbudsjett, som mange steder er en utfordring.

6.3. Enslige mindreårige asylsøkere

Enslige mindreårige asylsøkere er en annen utsatt gruppe, både fordi de er barn og fordi de har kommet til landet uten sine foreldre. Antallet har variert sterkt de siste årene. I perioden 2013-2015 kom det mer enn 1000 hvert år, i 2015 hele 5400. I 2021 ble det bare registrert 181 asylsøknader fra enslige mindreårige.¹⁴⁹ Flest kom da fra Afghanistan, 105, nest flest fra Syria, 58.

En høy andel blant de enslige mindreårige asylsøkerne sliter med psykiske problemer. Problemene ser for mange ut til å vedvare til etter at de har fått oppholdstillatelse og er bosatt. En undersøkelse av et utvalg enslige mindreårige asylsøkere viste at mer enn halvparten av dem skåret over grenseverdien for posttraumatisk stress-syndrom, både seks måneder etter ankomst og 1,9 år seinere (Jensen, Fjermestad, Granly & Wilhelmsen, 2015; Jensen, Skårdalsmo & Fjermestad, 2014). Flere analyser viser hvordan asylprosess og lang oppholdstid på mottak og omsorgssentre påvirker dem negativt, se kunnskapsoppsummeringen fra 2018 (Svendsen, Berg, Paulsen, Garvik & Valenta, 2018).

At så mange har problemer, er ikke overraskende gitt bakgrunnen for at de har flyktet. En høy andel har opplevd alvorlige og potensielt traumatiske livshendelser, hvorav de mest vanlige er dødsfall blant nærstående, krig og vold (Jensen et al., 2015).

¹⁴⁹ <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylsoknader-enslige-mindrearige-asylsokere-2021/>, lest 1.04. 2022

Annen forskning har trukket fram denne gruppas stramme økonomiske situasjon, som kan ha uheldige konsekvenser for kosthold, helse og sosial deltakelse. En levekårsundersøkelse blant enslige mindreårige asylsøkere i mottak, trekker fram at basisbeløpet de mottar ikke ser til å være høyt nok for å sikre at denne gruppa har et tilstrekkelig næringsrikt kosthold, og får de nødvendige helsetjenester (Lidén et al., 2013, s. 238).

Et tema som det har vært mye diskusjon om, er organiseringen av omsorgstilbudet til enslige mindreårige asylsøkere mellom 15 og 18 år. Denne aldersgruppa får et bo- og omsorgstilbud på mottak som Utlendingsdirektoratet har ansvaret for. Enslige asylsøkere under 15 år får derimot hjelp i egne omsorgssentre, underlagt barnevernsloven. Det er klare forskjeller i kvaliteten på disse tilbudene. Mens for eksempel mottakene for asylsøkere mellom 15 og 18 år er bemannet med ca. 0,3-0,4 årsverk per plass, er det rundt to årsverk per plass i omsorgssentrene. Undersøkelser tyder på at denne forskjellen innebærer at de enslige mindreårige asylsøkerne over 15 år i langt mindre grad får tilfredsstilt sine omsorgsbehov (Berg & Tronstad, 2015; Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter, 2017, s. 24). Ungdom på mottak har et sterkt behov for emosjonell støtte, men opplever ofte at de ansatte ikke har tid til å snakke med dem (Berg & Tronstad, 2015, s. 172-173). Nasjonal institusjon for menneskerettigheter har på bakgrunn av dette konkludert med at myndighetene forskjellsbehandler enslige flyktningbarn over 15 år, og at denne forskjellsbehandlingen er i strid med barnekonvensjonen (Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter, 2017). Disse problemene har også blitt påpekt i andre rapporter (Lidén et al., 2013; Staver & Lidén, 2014). I 2021 ble det lovfestet at UDI skal ha omsorgsansvaret for enslige asylsøkere mellom 15 og 18 år. Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter hevder at denne lovendringen opprettholder forskjellsbehandlingen av gruppa.¹⁵⁰

I en nyere rapport om asylmottak for enslige mindreårige mellom 15 og 18 år, pekes det også på noen problemer med å ivareta trygghet og omsorgsbehov. Den bygger på kvantitative undersøkelser blant ledelse og ansatte ved alle mottak for enslige mindreårige som var i drift i desember 2017, samt mer omfattende kvalitative feltarbeid ved seks mottak (Sønsterudbråten et al., 2018).

Rapporten trekker fram at en stor del av beboerne på mottak for enslige mindreårige føler seg utrygge og har betydelige psykiske problemer. Langt fra alle som har behov for det, får oppfølging av psykolog. Tre av fire sliter med å sove. Det er imidlertid få av de ansatte på mottakene som har grunnleggende kunnskap om å motvirke søvnproblemer. Rapporten trekker også fram, som tidligere nevnt, at det mangler ledelse og tydelige strategier for hvordan mottakene skal sikre at ungdommene ikke går sultne. En annen utfordring er hvor forskjellig tilbudet om skolegang er. Det er store forskjeller mellom kommunene i hva slags undervisningstilbud de gir til ungdommer i asylmottakene.

6.4. Barn av irregulære migranter

Den vanskelige og svært usikre livssituasjonen for de irregulære migrantene skaper også problemer for barna. En del av disse barna er barn av asylsøkere, men ikke alle. En nylig undersøkelse blant helsearbeidere, inkludert helsesykepleiere på ulike skoler, viser at det går barn uten lovlig opphold på skole i Oslo og Trondheim, og at det blant disse også er barn som ikke bor på asylmottak. Alle barn som skal oppholde seg i Norge i mer enn 3 måneder, har rett og plikt til grunnskoleopplæring (Lillevik & Tyldum, 2021).

¹⁵⁰ <https://www.nhri.no/2021/nims-innspill-til-regjeringsforhandlingene/>, lest 21.04. 2022

Den tidligere refererte levekårsundersøkelsen blant barn i asylsøkerfasen, peker på to problemer for dem som har fått endelig avslag: For det første har ikke elever som har fått endelig avslag rett til videregående opplæring. De risikerer dermed å miste skoleplassen. En del skoler lar likevel elevene fortsette. Foreldre som har fått endelig avslag får også sitt basisbeløp redusert, som innebærer at familiens samlede inntekter reduseres, i en gruppe som i utgangspunktet har lite å rutte med. Dette går ut over barna – det bidrar til ytterligere «utenforskap» (Berg & Tronstad, 2015, s. 173).

En annen, mindre studie av barn i familier med endelig avslag, er basert på intervjuer med 24 voksne og 25 barn, fordelt på 16 familier (Weiss, 2013). Det som preget de intervjuede i denne undersøkelsen var den evige angsten for å bli sendt ut av landet. Siden det i utgangspunktet er snakk om mennesker med traumatiske opplevelser bak seg, er denne utryggheten antakelig svært uheldig. Trygghet og sikre rammevilkår er en viktig forutsetning for at de traumatiserte skal bli bedre (Weiss (2013, s. 55), med henvisning til Berg og Sveaass (2005)). Den dårlige økonomien gjør at barna føler seg utelukket fra sosiale arenaer som klassesaker, bursdager og fritidsaktiviteter. Barn av irregulære migranter har sterkere rettigheter til helsehjelp enn de voksne. Det er likevel noen begrensninger på tilgangen til helsehjelp for disse barna, framfor alt at barnet ikke kan stå på liste hos fastlege. Andre instanser, slik som sykehus og legevakt, mangler mandat og struktur til å følge opp pasienter slik en fastlege gjør (Lillevik & Tyldum, 2021).

6.5. Barn med tiltak fra barnevernet

Ved utgangen av 2020 var vel 10 000 barn (0 til og med 17 år) plassert utenfor hjemmet av barnevernstjenesten. De fleste av disse var plassert i fosterhjem.¹⁵¹ Vel 20 000 barn fikk hjelpetiltak i hjemmet,¹⁵² mens i overkant av 1100 barn var plassert i en barnevernsinstitusjon. Dette er for barn som trenger en mer systematisk og spesialisert oppfølging enn det man kan få i et fosterhjem.

De fleste i institusjonene er i alderen mellom 13 og 17 år, og innvandrere er overrepresentert. Flere undersøkelser viser at barn som mottar tiltak fra barnevernet har relativt dårlige levekår og er en utsatt gruppe på mange måter. Det gjelder framfor alt barn som bor i institusjon. Vel tre av fire institusjonsbarn er diagnostisert med minst en psykiatrisk lidelse. Bare vel en av ti, 11 prosent, har fullført videregående opplæring ved fylte 21 år. Blant unge uten barnevernstiltak har nesten 9 av 10 fullført videregående. Andelen som har fullført blant de unge som har bodd i fosterhjem eller fått hjelpetiltak i hjemmet ligger midt imellom disse ytterpunktene, henholdsvis 40 og 31 prosent.¹⁵³

Annen statistikk indikerer alvorlige helseproblemer blant barn og unge i institusjon, og delvis også blant dem som mottar andre barnevernstiltak. I en registerstudie ble det vist at 30 prosent av unge som bodde på barnevernsinstitusjon i perioden 2011-2015 senere mottok enten arbeidsavklaringspenger (AAP) eller uføretrygd når de var 18-20 år. Andelen som mottar slike ytelser er også betydelig høyere enn gjennomsnittet blant dem som er i fosterhjem eller får andre tiltak fra barnevernet. Ungdom i institusjon har i tillegg langt oftere enn annen ungdom blitt straffet for et lovbrudd.¹⁵⁴

Antallet barn som mottar barnevernstiltak per 1000 barn varierer noe med fylkestilhørighet. I 2020 var tallet lavest i Oslo (21,6) og høyest i Nordland (29,8) og Innlandet (29,0). Omsorgstiltak var

¹⁵¹ https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Oppsummert_status_i_tall_for_barnevernet/#heading13693, lest 2.05. 2022

¹⁵²

https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Barn_og_unge_med_tiltak_fra_barnevernet/barn_med_hjelpetiltak/, lest 02.05. 2022

¹⁵³ https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Barn_og_unge_med_tiltak_fra_barnevernet/barn_i_institusjon/, lest 2.05. 2022

¹⁵⁴ https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Barn_og_unge_med_tiltak_fra_barnevernet/barn_i_institusjon/, lest 2.05. 2022

derimot mest utbredt i Troms og Finnmark.¹⁵⁵ Også antallet i barnevernsinstitusjon var i 2020 høyest i Troms og Finnmark med 1,2 pr. 1000, og lavest i Agder med 0,6 pr. 1000 i barnebefolkningen.¹⁵⁶ Innad i Oslo er det klare og velkjente bydelsforskjeller, med den største andelen barn som har mottatt tiltak i Grorud og Søndre Nordstrand, og færrest i Nordre og Vestre Aker.¹⁵⁷

¹⁵⁵ <https://www.ssb.no/statbank/table/09050/>, lest 02.05. 2022

¹⁵⁶ https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Barn_og_unge_med_tiltak_fra_barnevernet/barn_i_institusjon/, lest 2.05. 2022, lest 02.05. 2022

¹⁵⁷ <https://www.ssb.no/statbank/table/12602/>, lest 02.05. 2022

7. Kriterier for å vurdere størrelsen på behovene, og hvordan de skal prioriteres

I det følgende skal vi diskutere hvordan en kan vurdere størrelsen på de humanitære behovene, og hvilke grupper som på grunnlag av dette bør framheves som særlig sårbare. Det er all grunn til å understreke at det er en vanskelig oppgave, og at det ikke finnes noe entydig svar. Den foreslåtte listen er bare en av mange mulige. Innledningsvis kan det også være på sin plass å understreke noen faremomenter og problematiske aspekter ved en slik øvelse. For det første setter man gjennom en slik liste i noen grad ulike utsatte og sårbare grupper opp mot hverandre. Et annet mulig problem er at når en skiller ut grupper med store humanitære behov, er det lett å tenke at disse gruppene også bør bli gjenstand for målrettede, spesielt innrettede tiltak. Men det er langt fra sikkert. Det såkalte forebyggingsparadokset handler nettopp om dette. Essensen i paradokset er at fordi de mest utsatte gruppene ofte er små, når en ikke så mange personer gjennom målrettede forebyggende tiltak. Generelle befolkningsrettede tiltak når langt flere, og kan dermed være mer effektive virkemidler for å forebygge og redusere forekomsten av humanitære behov. For eksempel kan en politikk som bidrar til å redusere det generelle alkohol- eller narkotikakonsumet i samfunnet være en mer effektiv politikk for å redusere skader som følge av rus, enn en politikk som er spesielt innrettet mot gruppene med høyt konsum av rusmidler.

En rekke forskjellige kriterier kan legges til grunn for å angi størrelsen på behovene, og hvordan de skal prioriteres. I det følgende vil disse ti kriteriene bli tillagt særlig vekt:

1. **Antall.** Hvor store er de forskjellige gruppene, hvor mange gjelder det? Alt annet likt, bør humanitære behov som omfatter mange prioriteres høyere enn de som rammer få. Men dette må veies i forhold til de andre kriteriene, ikke minst intensitet og varighet.
2. **Intensitet og varighet.** Jo mer intense og kroniske de humanitære problemene er, jo sterkere er behovene. Intensitet er naturlig nok vanskeligst å måle. Det kan måles på grunnlag av registeropplysninger om inntekt, dødelighet mm. Men det kan også måles på grunnlag av forskjellige opplysninger i levekårsundersøkelsene og andre spørreundersøkelser, for eksempel hvor sterke smertene er og hvor mye personer er plaget av angst, depresjon mm. I tillegg kan graden av opphopning eller akkumulering av forskjellige problemer, på individ- eller gruppenivå, brukes som et mål på behovenes intensitet. Fordi noen former for nød og lidelse kan forsterke hverandre, og skape en ond sirkel, vil en slik opphopning være et tydelig signal om behov for tiltak og særlig oppmerksomhet.
3. **Overlevelse – høy dødelighet.** Det å være i live kan som tidligere nevnt betraktes som den mest fundamentale av alle indikatorer på livskvalitet. Av de forskjellige enkeltindikatorer på nød og lidelse vil høy risiko for en tidlig død bli tillagt særlig vekt. Et tilleggsmoment er at dødeligheten er noe vi har sikre opplysninger om, også for mindre grupper i befolkningen, som gir et viktig supplement til konklusjonene som kan trekkes på grunnlag av utvalgsundersøkelser med små utvalg.
4. **Barn og unge.** Som vi har vært inne på tidligere, er det flere normative argumenter som tilsier at barn og unges humanitære behov bør prioriteres. De humanitære behovene utvikler seg på grunnlag av hvordan barn har det, og har ofte sin opprinnelse i en vanskelig barndom. For å forebygge seinere problemer, er det viktig å sette inn tiltakene så tidlig som mulig. Tiltak blant barn er også det mest effektive virkemidlet for å redusere sosial og økonomisk ulikhet. Å investere i barn og unges velferd er i tillegg en investering i samfunnets framtid, siden det bidrar til å sikre at flest mulig av morgendagens voksne fungerer godt og kan delta i arbeidslivet. Et annet moment er, som vi skal komme inn på nedenfor, at barn

ikke har de samme ressurser som voksne til å håndtere vanskelige situasjoner, og derfor er særlig sårbare. De kan heller ikke tillegges noe selvstendig ansvar for hvordan de har det, i motsetning til de fleste voksne.

5. **Ansvar.** Humanitære behov som det med rimelighet kan argumenteres for er den enkeltes eget ansvar, tillegges mindre vekt. Dette argumentet tilsier, som allerede nevnt, at barns behov skal tilgodeses. Dette argumentet tilsier også at de som lider av demens, psykoser eller har andre psykiske/helsemessige problemer som gir nedsatt evne til å ta ansvar for seg selv, har høy prioritet.

Det er likevel ikke uten videre lett å anvende dette prinsippet i praksis; en kommer fort opp i vanskelige avveininger. Det er for eksempel en sammenheng mellom røyking og sosiale helseforskjeller i Norge. Tall fra 2015 viste at mens 27 prosent av menn med grunnskoleutdanning røyker, er andelen bare 6 prosent blant dem med høyere utdanning. Forskjellene er like store blant kvinner (Strand et al., 2016). Den forrige rapporten om humanitære behov (Barstad, 2017) viste at en av fire sosialhjelpsmottakere er dagligrøykere, dobbelt så mange som i befolkningen som helhet, og det er flere i denne gruppen som har brukt hasj og andre narkotiske stoffer. Men betyr dette at helseforskjellene som dette bidrar til, er disse gruppenes eget ansvar? Voksne mennesker har naturligvis et ansvar for egen helse, men valget av livsstil gjøres innenfor en bestemt kontekst, og kan ikke forstås uavhengig av livssituasjonen. Det kan for eksempel være vanskeligere å gi opp sigarettene hvis en har økonomiske eller helsemessige problemer. Å endre livsstil er en krevende handling som forutsetter ressurser. Livsstil er også et kollektivt fenomen knyttet til en gruppes identitet.

6. **Menneskerettigheter og hensynet til menneskelig verdighet.** Det kan argumenteres for at lidelse og nød som innebærer brudd på lovfestede menneskerettigheter bør prioriteres høyt. Moralfilosofiske argumenter på basis av hva som sikrer et menneskeverdig liv har også sin plass som ett av flere kriterier det er grunn til å vurdere (jf. listen til Martha Nussbaum). Som vi tidligere har vært inne på, er barns rett til omsorg og særlige beskyttelse både forankret i Grunnloven og i barnekonvensjonen. Grunnloven forbyr diskriminering. I paragraf 98 heter det at alle er like for loven og at «intet menneske må utsettes for usaklig eller uforholdsmessig forskjellsbehandling». Retten til helse er også forankret i flere internasjonale menneskerettskonvensjoner.
7. **Udekkede hjelpebehov.** Hvis det, på bakgrunn av forskning eller annen kunnskap, er grunn til å tro at noen humanitære behov er mangelfullt dekket, vil det naturligvis være en grunn til å prioritere dette behovet. Det kan for eksempel være statistikk som viser at hjelpetrequende eldre ikke får tilstrekkelig hjelp fra eldreomsorgen, eller at de med dårlig tannhelse ikke har råd til tannlegetjenester.
8. **Det finnes effektive tiltak.** Hvis det finnes relativt enkle og kostnadseffektive metoder for å gjøre noe med et problem, er det også et kriterium som, alt annet likt, kan bidra til å framheve et humanitært behov som «viktig». Her må en imidlertid trå varsomt. At det ikke finnes effektive tiltak, indikerer også et behov for mer forskning og kunnskap om mulige løsninger. Å skulle prioritere bare de behovene som det eksisterer gode tiltak for, ville føre galt av sted.
9. **Det humanitære behovet er økende.** Hvis det kan påvises at et humanitært behov er økende, i antallet som rammes, og/eller i varighet og intensitet, kan det også være en grunn til å prioritere behovet. Et humanitært behov som øker i omfang, kan være et tegn på systemsvikt, eller på andre samfunnsmessige trender som det er viktig å være oppmerksom

på, og finne tiltak mot. Et problem som på den annen side blir stadig mindre utbredt, kan tyde på at velferdsstaten eller det sivile samfunnet er i ferd med å løse det.

10. **«Spill over»-effekter.** Hvis det å avhjelpe ett humanitært behov også har positive virkninger for andre behov, vil det være et ytterligere argument for å prioritere dette behovet.

Forskning har avdekket en sammenheng mellom forskjellige humanitære behov, men det er langt fra alltid klart om det er en reell årsakssammenheng eller ikke. Vi har tidligere vært inne på at psykiske plager er forbundet med dårligere helse, og omvendt. Både psykiske vansker og somatiske helseproblemer påvirker på sin side mulighetene for sosial kontakt og støtte, og reduserer evnen til å skaffe inntekter og delta i arbeidslivet. Om sammenhengen mellom sosiale relasjoner og helse, se oversikten i Tay, Tan, Diener og Gonzalez (2013). Noe forskning tyder på at en vanskelig økonomi også har en negativ innflytelse på psykisk helse (Callander & Schofield, 2015), og svekker de sosiale relasjonene. En analyse av svenske paneldata viste at personer som forverrer sine økonomiske omstendigheter fra ett tidspunkt til et annet, også utvikler dårligere sosiale relasjoner, blir mindre politisk aktive og deltar sjeldnere i organisasjoner. En forbedring av økonomien ble fulgt av det motsatte, altså en styrking av de sosiale relasjonene og en økning av aktiviteten (Mood & Jonsson, 2016). Blant ulike velferdsproblemer, viste en analyse av Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2013 at en vanskelig økonomisk situasjon særlig ofte går sammen med andre problemer, mens vansker i bolig og bomiljø ser ut til å være mer «tilfeldig» fordelt (Barstad, 2016).

8. Hvilke grupper er mest sårbare?

Det følgende er et forslag til hvilke grupper som er spesielt sårbare, basert på de foregående kriteriene. For hver gruppe er det gitt en kort begrunnelse, og eventuelle forskjeller fra listen presentert i rapporten fra 2017 er omtalt. Til slutt følger en generell kommentar til listen.¹⁵⁸

Personer som inntar narkotika med sprøyte eller har andre alvorlige rusproblemer. Dette er, som omtalt i kapittel 4.1, en gruppe med svært høy dødelighet, og med store helseproblemer av fysisk og psykisk art. I kapittel 5.2 så vi at det er liten grunn til å tro at levekårene for denne gruppen er vesentlig bedret, på tross av en forbedring av tjenestetilbudet som følge av opptrappingsplanen for rusfeltet. Mange av de narkotikarelaterte dødsfallene er knyttet til overdoser. Forskning tyder på at tiltak i fengslene kan ha forebyggende betydning. Det er som vist utbredte rusproblemer, og høy dødelighet, blant innsatte i norske fengsler, og en studie av alle dødsfall blant løslatte fra fengsel viser en stor overhyppighet av overdoser allerede i den første uka etter løslatelse (Bukten et al., 2017). I forbindelse med opptrappingsplanen for rusfeltet er det utarbeidet en egen tiltakspakke for å redusere slike overdoser. Opptrappingsplanen har også bidratt til en økning av antallet plasser i rusmestringsenheter i fengslene. Fortsatt er imidlertid tallet på søkere langt høyere enn tilgangen på plasser, og det er behov for å styrke tilbudet til ansatte med rusmiddelproblemer som sitter i ordinære avdelinger (Hansen et al., 2021). Gode tiltak for dem som har et risikofyllt inntak av alkohol og narkotika vil ha positive ringvirkninger for andre svært utsatte grupper, både innsatte i fengsler og bostedsløse. Det vil også ha positive virkninger for barn som vokser opp i familier med rusmisbrukere.

Barn som utsettes for mishandling, vold, mobbing og omsorgssvikt. Det er lite som tyder på at antallet barn som er utsatt for dette har endret seg vesentlig på de fem årene siden forrige rapport. Vi har best oversikt over skolemobbing, og denne ser ut til å ha holdt seg på et stabilt nivå siden 2016. En rekke undersøkelser viser at et betydelig antall barn og unge utsettes for grov vold, seksuelle krenkelsers og overgrep (se kapittel 4.5). Barn som utsettes for dette, opplever utrygghet og annen lidelse her og nå, men risikerer også alvorlige konsekvenser på lengre sikt. Tiltak for å forebygge og avhjelpe denne typen problemer kan bety mye for å redusere risikoen for andre humanitære behov. Internasjonal forskning tyder på at hjemmebesøksprogrammer og foreldrestøttende tiltak kan bidra til å forhindre vold og omsorgssvikt. Folkehelseinstituttet har derfor anbefalt hjemmebesøk til førskolebarn som et tiltak som bør gjennomføres i kommunene (Major et al., 2011). Foreldrestøttende tiltak fokuserer på å øke kunnskap, kompetanse og ferdighet hos foreldrene og på å gi mer sosial støtte til familien. En systematisk kunnskapsoppsummering konkluderer med at slike tiltak reduserer risikoen for at barn utsettes for vold (Skogen, Smith, Aarø, Siqveland & Øverland, 2018).

Det er også viktig med et velfungerende barnevern. Dessverre er det tegn til at barnevernstjenesten i noen tilfeller svikter i sine oppgaver. I 2020 og 2021 var det et landsomfattende tilsyn med barnevernstjenesten, der Statsforvalteren gjennomgikk praksis i 90 barnevernstjenester. Det ble funnet lovbrudd og forbedringsområder i 80 av disse. Helsetilsynet beskriver dette som «svært bekymringsfullt», og konkluderer med at den manglende kvaliteten på barneverntjenestens undersøkelsesarbeid fører til at for mange barn ikke får avdekket sine behov for hjelp.¹⁵⁹

En uheldig side ved koronapandemien i den første fasen er at noen barn fikk mindre kontakt med barnevernet. I en undersøkelse oppga en tredjedel av barna som fikk hjelp fra barnevernet at kontakten ble betydelig redusert under nedstengingen (Hafstad & Augusti, 2020). Mobbing kan ha alvorlige konsekvenser. Kan den forebygges og stoppes gjennom skolebaserte tiltak? Systematiske

¹⁵⁸ Som et tilleggsoppdrag har Røde Kors også bedt om at de ti gruppene blir rangert innbyrdes. Dette tilleggsoppdraget er dokumentert i appendix B

¹⁵⁹ <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/tilsynsmeldingen/2022/svikt-i-8-av-9-barneverntjenester/>, lest 22.04. 2022

oversikter over forskningen på slike intervensjoner viser blandede resultater. En meta-analyse som kun inkluderte studiene med høyest kvalitet, metodisk sett, konkluderte med at tiltakene gjennomgående hadde positive, men moderate effekter på forekomsten av mobbing (Jiménez-Barbero, Ruiz-Hernández, Llor-Zaragoza, Pérez-García & Llor-Esteban, 2016). En norsk forskningsgjennomgang konkluderer med at det finnes hensiktsmessige tiltak, også i Norge, som kan redusere forekomsten av mobbing (Breivik et al., 2017, s. 178).

Asylsøkere og irregulære migranter. Asylsøkerne er en gruppe som vil vokse sterkt i antall i den nærmeste framtid, på grunn av Ukraina-krisen. De befinner seg i en svært usikker situasjon, en usikkerhet som skaper en ytterligere belastning for dem som har opplevd mange vanskeligheter før de kommer til landet. Undersøkelser av hvordan det er å leve i asylmottak viser at mange synes ventetiden er krevende, og at kvaliteten på asylmottakene er sterkt varierende. Mange opplever også at matbudsjettet ikke strekker til (se kapittel 5.6). Enslige mindreårige er spesielt sårbare. Av tiltak som kunne ha hjulpet den sistnevnte gruppen, har flere pekt på betydningen av å bedre omsorgstilbudet, ikke minst gi større muligheter for voksenkontakt. Her er det forskjell på tilbudet for enslige mindreårige over og under 15 år, noe Nasjonal institusjon for menneskerettigheter mener er i strid med konvensjonen om barns rettigheter. Et annet tema er bruken av begrenset oppholdstillatelse fram til fylte 18 år, som også skaper en utrygg tilværelse. Fra forskerhold har den økte bruken av midlertidige oppholdstillatelser for flyktninger blitt kritisert, fordi det kan sette ytterligere press på mennesker i en sårbar situasjon.¹⁶⁰

I den forrige rapporten ble asylsøkere med avslag gitt spesiell oppmerksomhet. Det er imidlertid mye som tyder på at denne gruppen har blitt stadig mindre i Norge, og at det er bedre å bruke begrepet irregulære migranter. En stor og økende andel av disse har aldri søkt om asyl (Lillevik & Tyldum, 2021). Irregulære migranter har en spesielt vanskelig livssituasjon, siden de har så få rettigheter. Det begrensede tjenestetilbudet står i sterk kontrast til de økonomiske og helsemessige behovene i denne gruppa.

Eldre med demens, i sykehjem og hjemmetjenester. Vår vurdering er at dette fortsatt er en sårbar gruppe, og det er som vist indikasjoner på at eldre med demens ble negativt påvirket av koronarestriksjonene. Demens er en av de store omsorgsutfordringene som melder seg med en økende andel eldre. Rundt 100 000 personer i Norge hadde demens i 2020. På sykehjem har om lag 80 prosent av beboerne demens, og det er tegn til at de som har plass på sykehjem og lignende institusjoner har et stadig økende bistandsbehov. Også i hjemmetjenestene er andelen som har demens høy, og det har i lengre tid vært en målsetting at flest mulig av de pleietrengende skal kunne bo hjemme. Spørsmålet er så om de store hjelpebehovene blir møtt i tilstrekkelig grad. Både tiltak for å øke bemanningen og styrke den helsefaglige kompetansen på sykehjemmene er viktige innsatsfaktorer, siden både utilstrekkelig bemanning, med tilhørende tidspress, og manglende kompetanse blir beskrevet som gjennomgående problemer på en del sykehjem. Nyere analyser viser en stor og økende mangel på sykepleiere i sykehjem og i hjemmesykepleien. Denne mangelen er forbundet med ulike kvalitetsproblemer i tjenestene, slik som forekomst av infeksjon og trykksår og utilstrekkelig ivaretagelse av psykiske problemer (Gautun, 2020). I sine prognoser for helsepersonell fram til 2035 konkluderer SSB med at det utdannes for få sykepleiere. En allerede registrert mangel vil derfor forverre seg i årene framover.¹⁶¹

Det er fremdeles mange personer med demens i de kommunale helse- og omsorgstjenestene som mangler et dagaktivitetstilbud, og svært få har støttekontakt. Blant mottakerne av kommunale

¹⁶⁰ <https://forskersonen.no/innvandring-juridiske-fag-kronikk/sarbare-flyktninger-norsk-flyktningpolitikk-skaper-nye-former-for-sarbarhet/1932697>, lest 22.04. 2022

¹⁶¹ <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/arbeidsmarkedet-for-helsepersonell-fram-mot-2035>, lest 22.04. 2022

helse- og omsorgstjenester er det i tillegg en vesentlig underdekning av behovene for bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter, eller til utdanning og arbeid (se kapittel 5.5).

Personer med alvorlige psykiske lidelser. Dette er en stor og sammensatt gruppe (se kapittel 4.4 og 5.4). Den overlapper med flere andre grupper på listen, som sosialhjelpsmottakere, personer med rusproblemer og irregulære migranter. Det er lite som tyder på at gruppen har blitt mindre sårbar i løpet av de siste fem årene. Hvis en kan forebygge og redusere andelen med alvorlige psykiske lidelser, og på andre måter bedre levekårene, vil det både ha betydning for barn i familier der foreldre har slike problemer, og for forekomsten av bostedsløshet, fattigdom, sykefravær og uførhet. For eksempel har nesten halvparten av langvarig bostedsløse en psykisk lidelse.

Psykiske lidelser har omfattende og store konsekvenser på mange områder av livet. Ikke minst er det alvorlig at de også bidrar til å gjøre livet kortere, med opptil 15-20 år. Ensomhet er et utbredt problem blant funksjonshemmede generelt, men særlig blant dem med psykiske lidelser. Sysselsettingsnivået er også lavere enn for andre funksjonshemmede. De fysiske helseproblemene tilsier at helsetjenesten bør ha større oppmerksomhet på dette. Det er flere tegn til at de fysiske problemene i denne gruppen blir underbehandlet (Lien et al., 2015).

Folkehelseinstituttet oppsummerte for noen år siden de ti tiltakene for å fremme og forebygge psykisk helse som har det mest solide evidensgrunnlaget, eller som på annen måte vurderes som de viktigste (Major et al., 2011, s. 9-10). Hjemmebesøk til førskolebarn ble nevnt tidligere. I tillegg kommer helsefremmende skoler, der tiltak mot mobbing er en sentral del. Andre tiltak som trekkes fram er høy sysselsetting, barnehager av høy kvalitet som er tilgjengelig for alle, styrking av foreldreferdigheter, programmer for forebygging av søvnproblemer, samt grupper, kurs og programmer for mestring av angst og depresjon. For eldre anbefales det forebyggende tiltak på eldresentre. Sist, men ikke minst, anbefales tiltak som kan sikre at personer med psykiske lidelser i større grad kan delta i arbeidslivet. Tidligere har OECD i en rapport trukket fram at sysselsettingen blant personer med alvorlige psykiske lidelser er lavere i Norge enn i enkelte land som det er naturlig å sammenligne seg med, slik som Sveits og Danmark (OECD, 2013). Sysselsettingen blant funksjonshemmede i Norge er betydelig lavere enn i Sverige. En sammenlignende studie tyder på at disse forskjellene i hovedsak er reelle, og ikke et resultat av metodene som er brukt (Næsheim & Sundt, 2016).

Sosialhjelpsmottakere. Dette er en gruppe som, ifølge en rekke undersøkelser, har en usedvanlig sterk opphopning av velferdsproblemer. Snaut 125 000 personer mottok sosialhjelp i 2020, av disse hadde 49 000 sosialhjelp som hovedinntekt.¹⁶² I tillegg er dødeligheten høy. En stadig større andel er innvandrere, i 2020 utgjorde de 45 prosent av alle som mottok sosialhjelp. Andelen er enda høyere blant langtidsmottakerne. Den høye innvanderandelen forklarer at mange av langtidsmottakerne bor i Oslo og andre sentrumsnære strøk. Gruppen overlapper med mange av de andre på listen. Sosialhjelpsmottakerne er for eksempel overrepresentert blant fattige barnefamilier og blant dem som har psykiske lidelser og rusproblemer. Hvis en er i stand til å gjøre noe for å bedre kårene for sosialhjelpsmottakere, vil en også kunne forbedre levekårene for en rekke andre vanskeligstilte grupper, som enslige forsørgere, langtids arbeidsledige, tidligere barnevernsbarn og mottakere av kvalifiseringsstønad (Dahl et al., 2014, s. 274-275).

I en kunnskapsoversikt over sosial ulikhet i helse gjennomgås tiltakene for denne gruppen. Det konkluderes med at Kvalifiseringsprogrammet, som er spesielt rettet inn mot langtids sosialhjelpsmottakere, har en positiv, men likevel begrenset effekt, og bare når et mindretall. Kunnskapsoversikten anbefaler tre typer av tiltak: Arbeidsorienterte intervensjoner, som omfatter bruk av lønnskudd og tiltak av typen «Arbeid med bistand», tilbud om et mangfold av tjenester, der blant annet

¹⁶² <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/trygd-og-stonad/statistikk/okonomisk-sosialhjelp>, lest 4.04. 2022

samordnet innsats mellom ulike etater, inkludert helsetjenester, inngår, og endelig en styrking av økonomien, for eksempel gjennom å høyne satsene i sosialstøtten (Dahl et al., 2014, s. 288-289).

Fattige barnefamilier. Antallet og andelen barn som lever i familier med vedvarende lavinntekt har vist en stigende tendens de siste årene, det gjelder også perioden 2015-2020 (se kapittel 4.2). Vedvarende lavinntekt er særlig vanlig blant enslige forsørgere. Økningen skyldes i vesentlig grad innvandringen, men har også sammenheng med andre utviklingstrekk, slik som barnetrygdens synkende realverdi. Siden flertallet av de fattige barna har innvandrerbakgrunn, vil tiltak for disse barna også komme noen av de største innvandrer- og flyktninggruppene til gode, som har flere andre velferdsproblemer, ikke minst psykiske vansker og en forholdsvis svak tilknytning til arbeidslivet. Denne gruppen overlapper i tillegg med sosialhjelpsmottakerne. Forskning på hvordan det er å leve i barnefamilier med lav inntekt tyder på at mange klarer seg bra; lavinntektsforeldre gjør sitt beste for å skjerme barna fra konsekvensene av en dårlig økonomi. Barn og unge i lavinntektsfamilier har likevel dårligere levekår på visse områder; de har oftere sluttet på skolen, rapporterer i større grad om helseplager og psykosomatiske symptomer, og viser flere tegn på sosial isolasjon og ensomhet (Barstad, 2014, s. 336). Fattigdom og deprivasjon kan være særlig uheldig for barns utvikling i de aller første leveårene, som vi har vært inne på tidligere.

En rekke av de økonomiske støtteordningene til barnefamilie har blitt redusert siden slutten av 1990-årene, av disse er det reduksjonen av barnetrygdens realverdi som har betydd mest for økningen av andelen som vokser opp i lavinntektsfamilier (Grødem, 2017). Generelt har det skjedd en dreining i politikken rettet mot lavinntektsfamilie, fra kontantytelser til tjenester. Gode barnehager til en overkommelig pris er en viktig del av de offentlige støtteordningene, og har særlig stor betydning for familier med lav inntekt. For fem år siden gikk flertallet i et offentlig utvalg inn for gratis barnehage til alle barn, mens mindretallet ville styrke inntektsgraderingen slik at barnehagene blir gratis for lavinntektsfamilie (Barne- og likestillingsdepartementet, 2017).

Innsatte i fengsler. Dette er den første av gruppene som ikke var med på listen i forrige rapport. I rapporten ble fraværet begrunnet med at fengselsbefolkningen i stor grad overlappet med andre grupper på listen, framfor alt de som var avhengige av rusmidler. Det er riktig, men overser samtidig noe viktig, nemlig hvordan fengselstilværelsen kan forverre situasjonen for de rusavhengige, og at hjelpen som blir gitt innenfor murene ikke står i forhold til behovene. Et annet problem er at den humanitære situasjonen for innsatte som ikke er rusmiddelavhengige får mindre oppmerksomhet enn den fortjener.

Som vist tidligere, i kapittel 5.1, tyder flere undersøkelser på en kraftig opphopning av levekårsproblemer blant innsatte i norske fengsler. Dødeligheten er høy, også blant dem som ikke er dømt for narkotikakriminalitet. Et av de største problemene er knyttet til mangelen på fellesskap. I en SSB-undersøkelse oppga fire av ti innsatte at de manglet noen å snakke med i fengslet, og en like stor andel hadde ikke hatt besøk de siste tre måneder. Dette er naturligvis uheldig med tanke på hvor utbredt psykiske lidelser er i fangebefolkningen. Bruken av isolasjon har uheldige konsekvenser. I følge Sivilombudsmannen blir innsatte med store psykiske helseutfordringer i lange perioder isolert under kritikkverdige forhold.

Seksuelle minoriteter og kjønnsminoriteter. Dette er en ny gruppe, som ikke ble nevnt i 2017-rapporten. Denne gruppen har også vært sårbar tidligere, men vi har manglet kunnskap gjennom større befolkningsundersøkelser om hvordan de har det. Holdningene til seksuelle minoriteter synes å ha blitt mer positive over tid, som kan innebære at disse gruppene også har fått det bedre. Undersøkelsene som nå foreligger, tyder likevel på at det er en del av dem som fremdeles har en vanskelig hverdag (se kapittel 5.3). Blant de forskjellige undergruppene, er det to grupper som skiller seg ut med spesielt store utfordringer: Transpersoner og bifile. Anslag på antallet transpersoner i Norge varierer mellom 20 000 og 260 000 mennesker, avhengig av hvilke kriterier som legges til

grunn. Transpersoner har tydelige levekårsutfordringer på flere områder, for eksempel lav inntekt, relativt få i lønnet arbeid, utbredte psykiske helseproblemer og mange som har gjort selvmordsforsøk. I tillegg rapporterer transpersoner om til dels langt høyere forekomst av ulike former for diskriminering, trusler og vold enn det cispersoner gjør. Bifile menn og kvinner møter også problemer på mange områder, mens homofile/lesbiske er nærmere gjennomsnittet i befolkningen. Blant bifile kvinner er det for eksempel nærmere en av tre som har forsøkt å ta sitt eget liv, omtrent like mange som blant transpersoner.

Personer som både har helseproblemer og små økonomiske ressurser. Dette er også en gruppe som ikke ble nevnt i forrige rapport. På samme måte som for transpersoner og bifile skyldes dette ny kunnskap, både om hvor mange de er og hvor utsatt de er på ulike områder. Den overlapper med flere andre grupper der mange både har lav inntekt/formue og helsemessige problemer, ikke minst sosialhjelpsmottakere, mottakere av arbeidsavklaringspenger og uførepensjonerte. Vi har tidligere sett at mer enn en av tre mottakere av arbeidsavklaringspenger har lav inntekt, det samme gjelder en av fire uførepensjonerte (jf. tabell 4.1). På grunnlag av Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017, har størrelsen på gruppa blitt anslått til å utgjøre mellom 2 og 8 prosent av den voksne befolkningen (se kapittel 4.7). Det er en gruppe som opplever usedvanlig mange økonomiske vanskeligheter, og som i betydelig grad har udekkede behov for helsetjenester, framfor alt tannbehandling. Gruppen er mer enn andre avhengig av at velferdsstaten fungerer, og er sårbar for innstramminger i ulike støtteordninger, økninger i egenandeler mm. At såpass mange blant dem har udekkede behov, og opplever helseutgiftene som tyngende, reiser spørsmålet om velferdsstaten fungerer godt nok, om den oppfyller sitt formål om å kompensere for økonomiske ulemper ved sykdom og skade.

Hvis vi bruker dødelighet og levealder som mål, er det klare tegn til økende inntektsforskjeller i helse, som vist i kapittel 4.1. Fagrådet for sosial ulikhet i helse kom i 2019 med en rekke anbefalinger for å motvirke slike ulikheter, som har stor relevans for gruppa med lav inntekt og svekket helse (Arntzen et al., 2019). Fagrådet anbefalte 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. De advarte 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. Slike reformer bør derfor evalueres grundig før de eventuelt iverksettes.

Fagrådet anbefalte også endringer innenfor helsetjenestene, slik som økt offentlig finansiering/subsidiering av tannhelsetjenester for voksne, og tiltak for at tannhelsetjenester for voksne blir innlemmet i det offentlige helsevesenet. En annen anbefaling var å fryse nivået for egenbetaling i helsetjenestene.

Kommentarer til listen

Mange vil sikkert savne andre grupper, som også har pekt seg ut som grupper med betydelige humanitære behov i denne gjennomgangen.

At unge utenfor eller i randsonen av arbeidsliv og utdanning nå ikke er med, skyldes ikke at denne gruppen er mindre sårbar enn før. Andelen unge som står utenfor økte noe i 2020, for første gang på flere år. Et mer langsiktig utviklingstrekk har vært en økning av uførepensjoneringen blant de unge. I 2020 var det i underkant av 37 000 mottakere av uføretrygd i alderen 18-34 år, en økning fra vel 22 000 i 2015.

Gruppen kunne med god grunn fortsatt inngått i listen. Når vi likevel i denne omgang lar være å ta den med, har det sammenheng med at vi ikke vurderer behovene for denne gruppa som like akutte og presserende som for andre grupper. For en god del av de unge som står utenfor, er problemene

av midlertidig art. Etter hvert kommer de seg over i utdanning eller arbeid.¹⁶³ Mange ungdommer blir likevel stående utenfor på varig basis, slik økningen av uførepensjoneringen tyder på. De unge uføretrygdes ofte på grunn av psykiske lidelser, slik at gruppen i noen grad overlapper med dem som har alvorlige psykiske lidelser. En økt andel uføretrygdde i 18–19 årsalderen kan tilskrives en økning av diagnoser som utviklingshemming og autisme. Blant personer i 20-årene er det angst-, depresjons- og atferdslidelser som har blitt mer utbredt (Bråten & Sten-Gahmberg, 2022).

Arbeidsledige er en annen gruppe som har en opphopning av problemer på flere områder. Gruppen overlapper i noen grad med sosialhjelpsmottakerne. For en del av dem som blir arbeidsledige er problemene av midlertidig karakter, men noen går etter hvert over på helserelaterte ytelser og blir stående varig utenfor. Uføre og de som mottar arbeidsavklaringspenger (AAP) er også utsatte grupper med til dels betydelige problemer. Her fanges de delvis opp av gruppene med rusproblemer og alvorlige psykiske lidelser. Hvis de har lav inntekt, vil mange av dem inngå i gruppen som både har dårlig helse og lav inntekt.

De vel 3 300 som var bostedsløse ifølge siste måling, kunne meget vel ha inngått i listen. Gruppen overlapper med de rusavhengige og personer med alvorlige psykiske lidelser, og mange bostedsløse er avhengige av sosialhjelp.

Andre grupper utover de som vi har gått igjennom i dette kapitlet kunne også vært nevnt, men som anført innledningsvis har det ikke vært anledning til å gi noe fullstendig bilde. Et eksempel på en gruppe som kunne fortjent en mer inngående behandling er psykisk utviklingshemmede. Anslagsvis 18 500 personer over 16 år hadde en utviklingshemming i 2015. Helsedirektoratet vurderer for eksempel kompetansen i omsorgstjenestene for psykisk utviklingshemmede som mangelfull, «..som blant annet resulterer i at personer med psykisk utviklingshemming får dårligere helsetjenester enn befolkningen for øvrig» (Helsedirektoratet, 2017, s. 61). Både dårligere tilgang på helsetjenester og andre helsemessige forhold bidrar til en relativt høy dødelighet i denne gruppen. Personer med Downs syndrom har høyere risiko enn andre befolkningsgrupper for å utvikle demens, og utgjør en stor del av dem som får demens i relativt ung alder (Helsedirektoratet, 2017, s. 64).

Flere grupper med nedsatt funksjonsevne kunne vært nevnt, slik som barn med funksjonsnedsettelse og deres familier. Vi har blant annet sett at barn og unge som har en funksjonsnedsettelse er mer utsatt enn andre for vold og overgrep. Andre undersøkelser har vist at barn med fysiske funksjonsnedsettelser trives dårligere på skolen, og har sjeldnere venner, enn gjennomsnittet. Den sosiale deltakingen er lavest hvis barna blir undervist segregert, altså i spesialskoler eller utenfor vanlig klasseromsundervisning (Finnvold, 2013). En nyere undersøkelse viser lignende forskjeller. Ungdom med nedsatt funksjonsevne har mindre samvær med jevnaldrende enn annen ungdom. Disse ungdommene er også langt mindre tilfredse med livet.¹⁶⁴ Foresatte til ungdommene må bruke mye tid på å følge opp sine barn; i gjennomsnitt bruker de 19 timer per uke på «administrative» oppgaver knyttet til slik oppfølging. De har også større problemer enn resten av befolkningen med å få pengene til å strekke til i det daglige.¹⁶⁵ Nettopp dette, at familiene selv må ta et stort ansvar for å få hjelp og koordinere tjenestene, er et vesentlig kritikkpunkt i Riksrevisjonens rapport om helse- og omsorgstjenester til barn med funksjonsnedsettelse.¹⁶⁶

¹⁶³ <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/ungdom-som-verken-er-i-arbeid-eller-utdanning>, lest 02.05. 2022

¹⁶⁴ https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/ungdommer-med-sammensatte-behov-opplever-nedsatt-livskvalitet?utm_source=abonnement&utm_medium=email&utm_campaign=nyhet, lest 02.05. 2022

¹⁶⁵ https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/ungdommer-med-sammensatte-behov-opplever-nedsatt-livskvalitet?utm_source=abonnement&utm_medium=email&utm_campaign=nyhet, lest 02.05. 2022

¹⁶⁶ <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2020-2021/undersokelse-av-helse-og-omsorgstjenester-til-barn-med-funksjonsnedsettelse/>, lest 02.05. 2022

9. Samlet om utviklingen etter 2017 og konsekvenser av koronapandemien

Fem år er kort tid. I utgangspunktet er det liten grunn til å forvente store endringer av humanitære behov, og av hvilke grupper som er mest utsatt fra 2017 til 2022. Men denne femårsperioden har vært en av de mer dramatiske i norsk historie, med hendelser som har fått store konsekvenser for folks velferd. En komplett oversikt over konsekvensene har vi ikke ennå, dels fordi statistikk og forskning alltid er litt på etterskudd, og fordi langtidskonsekvensene er usikre.

Har koronapandemien endret omfanget og typen av humanitære behov? På noen viktige områder er kontinuiteten mer slående enn endringene. Det har ikke vært noen økning i fattigdom, målt som andelen av befolkningen med inntekt under 60 prosent av medianinntekten, og heller ikke målt gjennom subjektive opplevelser av å ha en vanskelig økonomi. Den massive arbeidsledigheten som kom med koronapandemien i 2020 ga ingen økning i antall mottakere av sosialhjelp, antallet mottakere var litt mindre i 2020 sammenlignet med året før.¹⁶⁷ Forklaringen kan være at de midlertidige koronaordningene i stor grad dekket behovet for inntektssikring. Blant annet ble dagpengeordningen utvidet slik at det ble forhøyede satser og lavere krav til opptjening.¹⁶⁸ Helsetilstanden har, etter det vi har oversikt over, også endret seg lite. På tross av koronapandemien, fortsatte den langsiktige økningen av forventet levealder blant menn, både i 2020 og 2021, mens det var en svak reduksjon for kvinner i 2021. Levealderen blant kvinner var likevel litt høyere enn i året før pandemien.¹⁶⁹ Fra 2020 til 2021 var det en liten økning av andelen i befolkningen som hadde dårlig helse, slik de selv vurderte det, og noen flere hadde smerter (Støren & Rønning, 2021).

På andre områder er det klarere tegn til negative endringer, ikke minst psykiske helse og ulike mellommenneskelige problemer. I periodene med høye smittetall og sosial nedstengning var andelen med psykiske helseproblemer nærmere det dobbelte av det vi tidligere har sett i norske undersøkelser. Samtidig ble det atskillig flere som kjente på ensomhet, og noen flere hadde liten venne- og familiekontakt i 2021 enn i 2020. Det var i tillegg en tydelig nedgang i omfanget av frivillig arbeid (Støren & Rønning, 2021).

På arbeidsmarkedet var det mange som fikk problemer i en overgangsperiode. Etter en lengre periode med reduksjon av andelen unge som står utenfor både arbeid, utdanning og opplæring, ble det flere i denne kategorien fra 2019 til 2020. Vel én av ti unge i alderen 15–29 år stod utenfor i 2020. Økningen skyldes blant annet færre sysselsatte og en økning av arbeidsledigheten.

Et hovedtrekk som har gått igjen i denne framstillingen, og som mye forskning og statistikk bekrefter, er at koronapandemien har rammet skjevt. Pandemien har forsterket eksisterende sosiale og økonomiske ulikheter. Det gjelder både selve smitten og de helsemessige konsekvensene av denne, og hvilke følger smitteverntiltakene har hatt. Vi ser ikke at nye grupper har blitt sårbare, men den eksisterende sårbarheten i forskjellige grupper har blitt tydeliggjort og forsterket.

Den fattigste tiendedelen i befolkningen har hatt dobbelt så mange påviste smittetilfeller og sykehusinnleggelses som tiendedelen med høyest husholdningsinntekt. De med lav utdanning er også overrepresenterte. Noen grupper av innvandrere, særlig innvandrere fra Pakistan, Somalia, Irak, Tyrkia og Afghanistan, har vært langt mer rammet enn andre av covidsmitte og sykehusinnleggelses. Utenlandsfødte stod for rundt 40 prosent av alle sykehusinnleggelses fra mars 2020 til februar 2021.

¹⁶⁷ <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd-nr.3-2021/utviklingen-i-sosialhjelp-fra-2010-til-2020-noen-faerre-mottakere-store-endringer-i-hvem-som-mottar>, lest 3.04. 2022

¹⁶⁸ <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd-nr.1-2021/ett-ar-med-korona-utvikling-og-utsikter-for-navs-ytelser-og-brukere>, lest 02.05. 2022

¹⁶⁹ <https://www.ssb.no/befolkning/fodte-og-dode/statistikk/dode>, lest 3.04. 2022

Også konsekvensene av smitteverntiltakene har vært ulikt fordelt. Arbeidstakere med lav inntekt har for eksempel vært mer utsatt for å bli permittert eller miste jobben.¹⁷⁰

Barn og unge har vært særlig rammet av koronatiltakene på flere måter. Unge arbeidstakere hadde et sterkere jobbtap under pandemien i 2020 enn eldre arbeidstakere. Det har sannsynligvis bidratt til høyere forekomst av psykiske plager.¹⁷¹ I tillegg har mange unge blitt rammet hardt av tiltakene som har vært rettet inn mot skoler og barnehager, både som følge av redusert sosial kontakt og interaksjon, og et potensielt dårligere læringsutbytte. Økningen av unge utenfor har vært spesielt tydelig blant innvandrerungdom, som skyldes en økning i den registrerte arbeidsledigheten i denne gruppa.

Både kvinner og menn i alderen 18-24 år oppgir i større grad enn befolkningsgjennomsnittet at koronapandemien har hatt negative konsekvenser for deres psykiske helse (jfr. tabell 6). Andelen er høyest blant de unge kvinnene. Undersøkelser blant studenter understreker bildet av en vanskelig situasjon under pandemien for mange unge. I 2021 skåret nesten annenhver student over grenseverdien for psykiske plager, opp fra nesten hver sjettede student i 2010. Alt i alt ser det ut til at koronapandemien har forsterket tendensen til at unge personers livskvalitet har blitt redusert de siste årene, slik at de nå har lavere livskvalitet enn de eldre. Økte bekymringer for framtiden er noe av bakgrunnen for dette (Hellevik & Hellevik, 2021).

Ved siden av at stengningen av skolene har hatt konsekvenser for det sosiale livet, har det antakelig også bidratt til et læringstap med potensielle konsekvenser seinere i livsløpet. De negative effektene av skolestengning er neppe likt fordelt, og avhenger ikke minst av hvilke ressurser som finnes i hjemmet. Stengningen ser ut til å ha mer negative konsekvenser for grupper med lav utdanning og en vanskeligere økonomisk situasjon.¹⁷² Som i den voksne befolkningen, er det tegn til lavere livskvalitet og flere psykiske problemer blant barn og unge på ungdomsskolen og på videregående i forbindelse med koronapandemien. Gjennomgående er det likevel snakk om små forskjeller. De fleste har klart seg bra. Mer bekymringsfullt er det at økningen er sterkere i noen undergrupper, spesielt blant jenter, de yngste og dem med lav sosioøkonomisk status. Det har for eksempel vært en sterkere økning av depressive symptomer hos ungdom som opplever at familiens økonomi er dårlig. At flere har fått psykiske plager blant barn og unge kan være noe av bakgrunnen for den økte etterspørselen etter tjenester fra psykisk helsevern. For hele landet økte antallet nye henvisninger til psykisk helsevern for barn og unge med 21 prosent fra 2020 til 2021.

At tjenestetilbudene i perioder har vært redusert på grunn av pandemien har naturligvis vært uheldig for flere sårbare grupper. Dette har blant annet rammet rusavhengige, personer med demens og beboere på sykehjem. Andelen av sykehjemsbeboere som hadde blitt vurdert av tannhelsepersonell i løpet av de siste 12 måneder ble for eksempel kraftig redusert i 2020. Rusavhengiges psykiske helse ble forverret fra 2017 til 2020, og antallet rusrelaterte dødsfall var uvanlig høyt i 2020. For eksempel var antallet narkotikautløste dødsfall det høyeste siden 2001.

Flyktningestrømmen som nå er antatt å treffe Norge som følge av blant annet konflikten i Syria, Talibans overtagelse av Afghanistan og, ikke minst, krigen i Ukraina, er av Beregningsutvalget for utlendingsforvaltningen antatt å lede til en flykningsstrøm til Norge på til sammen ca. 35 000 personer i 2022, hvorav 30 000 er antatt å komme fra Ukraina.¹⁷³ Spørsmålet som i den forbindelse naturlig melder seg, er om innvandring som følger av disse flyktningstrømmene også kan tenkes å ha implikasjoner for de humanitære behovene. Om ikke nødvendige foranstaltninger blir iverksatt

¹⁷⁰ <https://www.fhi.no/nyheter/2021/pandemien-har-rammet-ulikt/#:~:text=Personer%20med%20kort%20utdanning%20og,en%20ny%20rapport%20fra%20Folkehelseinstituttet>, lest 2.04. 2022

¹⁷¹ <https://www.fhi.no/nyheter/2021/pandemien-har-rammet-ulikt/#:~:text=Personer%20med%20kort%20utdanning%20og,en%20ny%20rapport%20fra%20Folkehelseinstituttet>, lest 2.04. 2022

¹⁷² <https://www.fhi.no/nyheter/2021/pandemien-har-rammet-ulikt/#:~:text=Personer%20med%20kort%20utdanning%20og,en%20ny%20rapport%20fra%20Folkehelseinstituttet>, lest 2.04. 2022

¹⁷³ <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/udi-med-forelopig-scenario-for-ankomster-av-ukrainske-flyktninger/id2904233/>

virker et slikt resultat nærmest uunngåelig. Uten en god integrering i arbeidslivet kan et økt antall innvandrere med flyktningbakgrunn ha en rekke uheldige sosiale og sosioøkonomiske konsekvenser, som igjen kan føre til økt kriminalitet og utenforskap etc.¹⁷⁴ Særlig utsatt i så måte er gruppen med irregulære migranter, spesielt de som livnærer seg gjennom ulovlig arbeid og de som lever av ulike former for kriminalitet eller prostitusjon. Utsiktene til å få bukt med problemet vedrørende illegal innvandring hviler på lønnsomheten ved å ta i bruk slik arbeidskraft. Så lenge det er lønnsomt å bruke illegal arbeidskraft i Norge, vil useriøse aktører fortsette å skape et marked for irregulære migranter som kommer til Norge for å arbeide.

Hvilke tiltak peker seg ut, på generell basis, som særlig viktige for å møte, og på lengre sikt redusere, de humanitære behovene i Norge? Ett kjennetegn ved alle gruppene på listen er at de befinner seg utenfor eller i randsonen av arbeidslivet. Tiltak for å inkludere flere i arbeidslivet ville etter alt å dømme gjøre mye for å bedre livssituasjonen for mange av dem. For de irregulære, «papirløse» innvandrerne er imidlertid problemet først og fremst at de ikke har tilgang til *regulært* arbeid. En del av de irregulære ser ut til å ha en viss tilknytning til arbeidslivet. Men i denne gruppen er ikke arbeid forbundet med bedre psykisk helse, som er vanlig ellers i befolkningen. Det kan ha sammenheng med dårlige arbeidsvilkår, som lange arbeidsdager, lav lønn og «destruktiv avhengighet» av arbeidsgiver (Myhrvold & Småstuen, 2017). Mange, mer enn en fjerdedel, av funksjonshemmede ønsker seg arbeid. Det ser ut til at mye er ugjort på dette området i Norge. Det er for eksempel påfallende at Sverige har en såpass mye høyere sysselsettingsprosent blant sine funksjonshemmede. Som nyere forskning har vist, handler dette også om å motvirke diskriminering og øke kunnskapsnivået blant arbeidsgiverne.

Et annet generelt tiltak berører alkohol- og narkotikaproblemene. Alkohol- og narkotikabruk er en kilde til utbredt lidelse og tap av leveår i det norske samfunnet. Vi ser det blant annet på helseområdet, risikoen for vold og selvmord og sikring av barns rett til en trygg oppvekst. Tiltak for å redusere tilgjengeligheten av alkohol har vært effektive i Norge, og har blant annet blitt knyttet til minsket forekomst av vold (Skretting et al., 2016, s. 63).

Et tredje punkt er å investere i en god oppvekst. Som gjentatt flere ganger i denne framstillingen, er det et gjennomgående trekk at opprinnelsen til de humanitære behovene ligger i vanskeligheter og begrensninger i barndommen. En rekke tiltak er aktuelle her, tiltak som både forebygger seinere problemer og reduserer sosial ulikhet. Eksempler er barnehager av høy kvalitet, tilgjengelige for alle barn, og et skolesystem som tilbyr tilpasset opplæring, gir en opplevelse av mestring og som gir elevene et miljø der de ikke blir mobbet, men tvert imot opplever å være en del av fellesskapet (Major et al., 2011).

Et annet felles kjennetegn ved de ulike utsatte gruppene er overrepresentasjonen av psykiske problemer og lidelser. Et samfunn som fremmer psykisk helse vil både redusere en av de viktigste formene for humanitære behov, men også bidra til å avhjelpe andre behov, ikke minst knyttet til fysisk helse og dødelighet, og til sosial kontakt og ensomhet. Alle de forannevnte tiltakene: Gi flere muligheten til lønnet arbeid, redusere rusproblemene og investere i barn og unge, er en viktig del av en strategi for å skape bedre betingelser for psykisk helse. I tillegg kommer tiltak som gode økonomiske støtteordninger og tjenestetilbud for dem som ikke kan få plass i arbeidslivet, og en rekke andre (Major et al., 2011).

¹⁷⁴ Brochmann II-utvalget (NOU 2017:2).

Referanser

- Amundsen, E. J. (2015). Drug-related causes of death: Socioeconomic and demographic characteristics of the deceased. *Scand J Public Health*, 43(6), 571-579. 10.1177/1403494815585909
- Anderson, R. E. (2014). *Human suffering and quality of life. Conceptualizing stories and statistics*. Dordrecht: Springer.
- Anderson, R. E. (2015). Implications of world suffering for human progress. I R. E. Anderson (Red.), *World suffering and quality of life. Social Indicators Research Series 56* (s. 3-29). Dordrecht: Springer.
- Anderssen, N., Eggebø, H., Stubberud, S. & Holmelid, Ø. (2021). *Seksuell orientering, kjønnsmangfold og levekår. Resultater fra spørreundersøkelsen 2020*. Bergen. Hentet fra https://www.bufdir.no/globalassets/global/nbbf/kjonn_identitet/seksuell_orientering_kjonnsmangfold_og_levekar_resultater_fra_sporreundersokelsen_2020.pdf
- Anderssen, N. & Malterud, K. (2013). *Seksuell orientering og levekår*. Bergen: Uni Helse/Uni Research AS.
- Anderssen, N., Sivertsen, B., Lønning, K. J. & Malterud, K. (2020). Life satisfaction and mental health among transgender students in Norway. *BMC Public Health*, 20(1), 138. 10.1186/s12889-020-8228-5
- Andersson, L., Jakobsson, N. & Kotsadam, A. (2012). A Field Experiment of Discrimination in the Norwegian Housing Market: Gender, Class, and Ethnicity. *Land Economics*, 88(2), 233-240. Hentet fra <https://www.jstor.org/stable/pdf/23272579.pdf>
- 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
- Augusti, E.-M., Sætren, S. S. & Hafstad, G. S. (2021). Violence and abuse experiences and associated risk factors during the COVID-19 outbreak in a population-based sample of Norwegian adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 118, 105156. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105156>
- Bakken, A. (2021). *Ungdata 2021. Nasjonale resultater*. NOVA-rapport 8/21. Oslo. Hentet fra <https://hdl.handle.net/11250/2767874>
- Barne- og likestillingsdepartementet (2017). *NOU 2017: 6. Offentlig støtte til barnefamilie* (Norges offentlige utredninger). Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning.
- Barstad, A. (2014). *Levekår og livskvalitet. Vitenskapen om hvordan vi har det*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Barstad, A. (2016). *Hopning av dårlige levekår: en analyse av levekårsundersøkelsen EU-SILC 2013*. Rapporter 2016/32. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. Hentet fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/opphopning-av-darlige-levekar>
- Barstad, A. (2017). *Humanitære behov i Norge*. Oslo: Røde Kors. Hentet fra <https://www.rodekors.no/contentassets/bc8ae399af1e47d68eb122f8ccdc0bd6/ssb-rapport-om-humanitare-behov-i-norge.pdf>
- Barstad, A. (2020). *Økonomi, helse og livskvalitet. En analyse av Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017*. Rapporter 29/2020. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. Hentet fra

- <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/attachment/429442?ts=1740a955568>
- Barstad, A. (2021a). Blir vi stadig mer ensomme? SSB Analyse 2021/08. Hentet fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/blir-vi-stadig-mer-ensomme>
- Barstad, A. (2021b). Er innvandrere utsatt for ensomhet og sosial eksklusjon? SSB Analyse 2021/04. Hentet fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/er-innvandrere-utsatt-for-ensomhet-og-sosial-eksklusjon>
- Barstad, A. & Molstad, C. S. (2020). *Integrering av innvandrere i Norge. Begreper, indikatorer og variasjoner mellom grupper*. Rapporter 2020/44. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/438053?ts=175daec55f8>
- Barstad, A., Normann, T. M., Nes, R. B., Reneflot, A., Røysamb, E., Hougen, H. C., . . . Herheim, Å. (2016). *Gode liv i Norge: Utredning om måling av befolkningens livskvalitet (IS-2479)*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/gode-liv-i-norge-utredning-om-maling-av-befolkningens-livskvalitet>
- 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>
- Berg, B. & Sveaass, N. (2005). *"Det hainnle om å leve -" : tiltak for å bedre psykisk helse for beboere i asylmottak*. SINTEF rapport STF50 A05054. Trondheim: SINTEF, Teknologi og samfunn, IFIM.
- Berg, B. & Tronstad, K. R. (2015). *Levekår for barn i asylsøkerfasen*. Trondheim: NTNU samfunnsforskning.
- Berg, H. & Thorbjørnsrud, T. (2009). Hvorfor blir det flere unge uføre? *Søkelys på arbeidslivet*, 26(3), 389-399.
- Birkelund, G. E. & Petersen, T. (2016). Likestilling. Utdanning, politikk og arbeid. I I. Frønes & L. Kjølørød (Red.), *Det norske samfunn. Bind 2* (s. 190-210). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bjørnshagen, V. & Ugreninov, E. (2021). Disability Disadvantage: Experimental Evidence of Hiring Discrimination against Wheelchair Users. *European Sociological Review*. 10.1093/esr/jcab004
- Bratsberg, B. & Raaum, O. (2013). Migrasjonsstrømmenes påvirkning på lønns- og arbeidsvilkår. *Samfunnsøkonomen*, 127(3), 18-29.
- Breivik, K., Bru, E., Hancock, C., Idsøe, E. C., Idsøe, T. & Solberg, M. E. (2017). *Å bli utsatt for mobbing: en kunnskapsoppsummering om konsekvenser og tiltak*. Stavanger: Nasjonalt senter for læringsmiljø og atferdsforskning, Universitetet i Stavanger. Hentet fra <https://www.udir.no/globalassets/filer/tall-og-forskning/rapporter/2017/a-bli-utsatt-for-mobbing---en-kunnskapsoppsummering-om-konsekvenser-og-tiltak.pdf>
- Brekke, I. & Finnvold, J. E. (2018). *Økonomiske levekår for personer med nedsatt funksjonsevne. Ulike metoder for kartlegging*. NOVA Notat 6/18. Hentet fra <https://hdl.handle.net/20.500.12199/5211>
- Brunes, A. & Heir, T. (2021). Serious Life Events in People with Visual Impairment Versus the General Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11536. Hentet fra <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/21/11536>
- Bråten, R. H. & Sten-Gahmberg, S. (2022). Unge uføre og veien til uføretrygd. *Søkelys på arbeidslivet*, 39(1), 1-19. 10.18261/spa.39.1.4

- Bukten, A., Stavseth, M. R., Skurtveit, S., Tverdal, A., Strang, J. & Clausen, T. (2017). High risk of overdose death following release from prison: variations in mortality during a 15-year observation period. *Addiction*, 112(8), 1432-1439. 10.1111/add.13803
- Bøe, T. (2015). *Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling: Familiestressmodellen og familieinvesteringsperspektivet* (IS-2412). Oslo: Helsedirektoratet.
- Cacioppo, J. T. & Patrick, W. (2008). *Loneliness. Human nature and the need for social connection*. New York: W.W. Norton & Company.
- 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
- Cooper, K. & Stewart, K. (2021). Does Household Income Affect Children's Outcomes? A Systematic Review of the Evidence. *Child Indicators Research*, 14(3), 981-1005. 10.1007/s12187-020-09782-0
- Cramer, V. (2014). *Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler*. Oslo: Oslo Universitetssykehus
- Cruwys, T., Dingle, G. A., Haslam, C., Haslam, S. A., Jetten, J. & Morton, T. A. (2013). Social group memberships protect against future depression, alleviate depression symptoms and prevent depression relapse. *Soc Sci Med*, 98, 179-186. 10.1016/j.socscimed.2013.09.013
- Dahl, E., Bergli, H. & Wel, K. A. v. d. (2014). *Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Dalgard, O. S., Rognerud, M. & Strand, B. H. (2002). Psykisk helse i Helse- og levekårsundersøkelsen i 1998. II. Geografiske forskjeller. *Norsk Epidemiologi*, 12(3), 249-256.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. 10.1207/s15327965pli1104_01
- Di Stasio, V., Lancee, B., Veit, S. & Yemane, R. (2019). Muslim by default or religious discrimination? Results from a cross-national field experiment on hiring discrimination. *Journal of Ethnic and Migration Studies*. 10.1080/1369183x.2019.1622826
- Dommermuth, L., Hart, R. K., Lappegård, T., Rønsen, M. & Wiik, K. A. (2015). *Kunnskapsstatus om fruktbarhet og samliv i Norge*. Rapport 2015/31. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. Hentet fra https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/232700?_ts=14e299bfeb0
- Doyal, L. & Gough, I. (1991). *A Theory of Human Need*. London: Routledge.
- Drageset, J., Eide, G. E. & Ranhoff, A. H. (2013). Anxiety and depression among nursing home residents without cognitive impairment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 872-881. 10.1111/j.1471-6712.2012.01095.x
- Drageset, J., Kirkevold, M. & Espehaug, B. (2011). Loneliness and social support among nursing home residents without cognitive impairment: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 48(5), 611-619. 10.1016/j.ijnurstu.2010.09.008
- Drange, N. & Telle, K. (2015). Promoting integration of immigrants: Effects of free child care on child enrollment and parental employment. *Labour Economics*, 34, 26-38. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2015.03.006>
- Dyb, E. & Zeiner, H. (2021). *Bostedsløse i Norge 2020 - en kartlegging*. NIBR rapport 2021: 10. Oslo: NIBR. Hentet fra <https://hdl.handle.net/11250/2758758>

- Elstad, J. I. (2010). Geografiske forskjeller i uføres dødelighet: Levekår, seleksjon, sosial avstand? *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 51(2), 191-219. Hentet fra <http://www.idunn.no/tfs/2010/02/art06>
- Engvik, M. (2020). Livskvalitet i lavinnteksgrupper. Hentet 29.11.2021 fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/livskvalitet-i-lavinnteksgrupper>
- Engvik, M. (2022). Dårligere levekår blant ikke-heterofile. Hentet 23.03 fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekår/artikler/darligere-levekår-blant-ikke-heterofile>
- Epland, J. (2019). Lavinntekt og inntektsfordeling. I E. L. Omholt (Red.), *Økonomi og levekår for lavinnteksgrupper 2019*. Rapporter 2019/33 (s. 22-37). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. Hentet fra https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/_attachment/401236?_ts=16e12ba0ff0
- Epland, J. & Thorsen, L. R. (2019). Vedvarende lavinntekt. I E. L. Omholt (Red.), *Økonomi og levekår for lavinnteksgrupper 2019*. Rapporter 2019/33 (s. 38-59). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. Hentet fra https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/_attachment/401236?_ts=16e12ba0ff0
- Evensen, M., Hart, R., Godøy, A. A., Hauge, L. J., Lund, I. O., Knudsen, A. K. S., . . . Reneflot, A. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on mental healthcare consultations among children and adolescents in Norway: a nationwide registry study. *medRxiv*. 10.1101/2021.10.07.21264549
- Finnvold, J. E. (2013). *Langt igjen? Levekår og sosial inkludering hos menneske med fysiske funksjonsnedsetjingar*. NOVA Rapport 12/13. Oslo. Hentet fra https://www.statped.no/globalassets/laringsressurs/dokumenter/06-rapporter/7401_1.pdf
- Flage, A. (2018). Ethnic and gender discrimination in the rental housing market: Evidence from a meta-analysis of correspondence tests, 2006-2017. *Journal of Housing Economics*, 41, 251-273. 10.1016/j.jhe.2018.07.003
- Fløtten, T., Hansen, I. L. S. & Kavli, H. C. (2009). *De ti største humanitære utfordringene i Norge*. Fafo-notat 2009:05. Oslo: Fafo.
- Folkehelseinstituttet. (2016). *Barn, miljø og helse. Risiko- og helsefremmende faktorer*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/produksjonsmigrering/dokumenter/barn-miljo-og-helse-pdf.pdf>
- Gabriel, P. & Liimatainen, M. R. (2000). *Mental health in the workplace*. Geneva.
- Gautun, H. (2020). *En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien*. NOVA rapport 14/20. Oslo. Hentet fra <https://fagarkivet.oslomet.no/bitstream/handle/20.500.12199/6417/NOVA-Rapport-14-20%20.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- Gautun, H. & Grødem, A. S. (2015). Prioritising care services: Do the oldest users lose out? *International Journal of Social Welfare*, 24(1), 73-80. 10.1111/ijsw.12116
- Gedde, M. H., Husebo, B. S., Vahia, I. V., Mannseth, J., Vislapuu, M., Naik, M. & Berge, L. I. (2022). Impact of COVID-19 restrictions on behavioural and psychological symptoms in home-dwelling people with dementia: a prospective cohort study (PAN.DEM). *BMJ Open*, 12(1), e050628. 10.1136/bmjopen-2021-050628
- Gierveld, J. d. J., Tilburg, T. v. & Dykstra, P. A. (2006). Loneliness and social isolation. I A. L. Vangelisti & D. Pearlman (Red.), *The Cambridge Handbook of Personal Relationships* (s. 485-499). Cambridge: Cambridge University Press.

- Gjersing, L. & Bretteville-Jensen, A. L. (2018). Patterns of substance use and mortality risk in a cohort of 'hard-to-reach' polysubstance users. *Addiction*, 113(4), 729-739.
<https://doi.org/10.1111/add.14053>
- Gough, I. (1998). What are Human Needs? I J. Franklin (Red.), *Social Policy and Social Justice. The IPPR Reader* (s. 50-56). Cambridge: Polity Press.
- Gram, K. H. (2021). 1 av 3 skeive lite tilfreds med egen psykisk helse. Hentet fra
<https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/1-av-3-skeive-lite-tilfreds-med-egen-psykisk-helse>
- Grødem, A. S. (2017). Farvel til den barnevennlige velferdsstaten? Om velferdsordningenes rolle i å bekjempe lavinntekt i barnefamilier. I S. C. Bendiksen, S. Helseth & C. Lundgren (Red.), *Oppvekstrapporten 2017. Økte forskjeller - gjør det noe?* (s. 185-201). Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
- Grødem, A. S., Nielsen, R. A. & Strand, A. H. (2014). *Unge mottakere av helserelaterte ytelser. Fordelingen mellom offentlig og familiebasert forsørgelse av unge NEET*. Fafo-rapport 2014: 37. Oslo: Fafo. Hentet fra <http://www.fafo.no/images/pub/2014/20384.pdf>
- Hafstad, G. S. & Augusti, E.-M. (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten. En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år*. Rapport nr. 4 2019. Oslo. Hentet fra https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/10/Rapport_4_19_UEVO.pdf
- Hafstad, G. S. & Augusti, E.-M. (2020). *Barn, ungdom og koronakrisen. En landsomfattende undersøkelse av vold, overgrep og psykisk helse blant ungdom i Norge våren 2020. Delrapport 1 av 3*. NKVTS Rapport nr. 2/2020. Oslo. Hentet fra https://www.nkvts.no/content/uploads/2020/12/Rapport_2-20.pdf
- Hansen, I. L. S., Tofteng, M. & Holst, L. S. (2021). *Et tjenesteområde i utvikling. Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Resultatrapport*. Fafo-rapport 2021:17. Oslo. Hentet fra <https://www.fafo.no/images/pub/2021/20784.pdf>
- Hansen, T. & Daatland, S. O. (2016). *Aldring, mestringsbetingelser og livskvalitet* (IS-2475). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aldring-mestringsbetingelser-og-livskvalitet/Aldring,%20mestringsbetingelser%20og%20livskvalitet.pdf>
- Hellebust, M., Smith, P. S., Lundeberg, I. & Skilbrei, M.-L. (2021). *Lengst inne i fengselet – Kvinnelige innsatte med behov for helsehjelp*. Hentet fra https://www.ldo.no/globalassets/ldo_2019/bilder-til-nye-nettsider/rapporter/lengst-inne-i-fengselet.pdf
- Hellevik, O. & Hellevik, T. (2021). Hvorfor ser færre unge lyst på livet? Utviklingen for opplevd livskvalitet blant ungdom og yngre voksne i Norge. *Nordisk tidsskrift for ungdomsforskning*, 2(2), 104-128. 10.18261/issn.2535-8162-2021-02-02
- Helsedirektoratet. (2017). *Analyse av utviklingstrekk i omsorgssektoren 2016* (IS-2613). Oslo: Helsedirektoratet.
- Henjum, S., Morseth, M. S., Arnold, C. D., Mauno, D. & Terragni, L. (2019). "I worry if I will have food tomorrow": a study on food insecurity among asylum seekers living in Norway. *BMC Public Health*, 19(1), 592. 10.1186/s12889-019-6827-9
- 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

- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T. & Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237. 10.1177/1745691614568352
- Hostinar, C. E. (2015). Recent developments in the study of social relationships, stress responses, and physical health. *Current Opinion in Psychology*, 5, 90-95. 10.1016/j.copsyc.2015.05.004
- Hoye, A., Nesvag, R., Reichborn-Kjennerud, T. & Jacobsen, B. K. (2016). Sex differences in mortality among patients admitted with affective disorders in North Norway: a 33-year prospective register study. *Bipolar Disorders*, 18(3), 272-281. 10.1111/bdi.12389
- Hvide, H. K. & Johnsen, J. (2022). COVID-19 and mental health: a longitudinal population study from Norway. *European Journal of Epidemiology*, 37(2), 167-172. 10.1007/s10654-021-00836-3
- Hyggen, C. (2015). *Unge utenfor utdanning og arbeid i Norden. Utfordringer, innsatser og anbefalinger* (TemaNord). København: Nordisk ministerråd.
- Indseth, T., Elgersma, I., Strand, B. H., K., T., Hernæs, K. & Arnesen, T. (2021). Kapittel 2: Covid-19: Påvist smitte, testing, innleggelser, død, og reiseaktivitet blant innvandrere i Norge, perioden fra februar 2020 til mai 2021. I T. Indseth (Red.), *Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer*. Rapport Folkehelseinstituttet. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/koronapandemien-og-innvandrerbefolkningene-vurderinger-og-erfaringer-rapport-2021.pdf>
- Indseth, T., Telle, K., Labberton, A., Kjøllesdal, M., Ezzati, R. T., Gele, A., . . . Arnesen, T. (2021). Kapittel 3: Mulige forklaringer på overrepresentasjon i påvist smitte og innleggelser. I T. Indseth (Red.), *Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer*. Rapport Folkehelseinstituttet. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/koronapandemien-og-innvandrerbefolkningene-vurderinger-og-erfaringer-rapport-2021.pdf>
- Iversen, G., Andersen, A. S., Ellingsæter, A. L. & Hansen, A. (1987). Levekår i Norge: Ulikhet, stabilitet og helhet. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 28(3), 229-246.
- Jensen, T. K., Fjermestad, K. W., Granly, L. & Wilhelmsen, N. H. (2015). Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(1), 106-116. 10.1177/1359104513499356
- Jensen, T. K., Skårdalsmo, E. M. B. & Fjermestad, K. W. (2014). Development of mental health problems - a follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8(1), 29. 10.1186/1753-2000-8-29
- Jiménez-Barbero, J. A., Ruiz-Hernández, J. A., Llor-Zaragoza, L., Pérez-García, M. & Llor-Esteban, B. (2016). Effectiveness of anti-bullying school programs: A meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 61, 165-175.
- JURK (2018). *Kvinner erfaringer med å sone i norske fengsler våren 2017. En rapport fra Juridisk rådgivning for kvinner*. Rapport 1/2018. Oslo. Hentet fra <https://foreninger.uio.no/jurk/publikasjoner/rapport-jurk-kvinner-erfaringer-med-a-soner.pdf>
- Justisdepartementet (2017). *Integrasjon og tillit. Langsiktige konsekvenser av høy innvandring*, NOU 2017: 2.
- Kangas, O., Palme, J. & Kainu, M. (2016). The Nordic welfare-state model. I I. Frønes & L. Kjølrsrød (Red.), *Det norske samfunn. Bind 3* (s. 38-57). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- 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

- Kinge, J. M., Øverland, S., Flatø, M., Dieleman, J., Røgeberg, O., Magnus, M. C., . . .Torvik, F. A. (2021). Parental income and mental disorders in children and adolescents: prospective register-based study. *International Journal of Epidemiology*. 10.1093/ije/dyab066
- Kjøllestad, M., Straiton, M. L., Øien-Ødegaard, C., Aambø, A., Holmboe, O., Johansen, R., . . .Indseth, T. (2019). *Helse blant innvandrere i Norge. Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016*. Oslo. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/levekarsundersokelsen-blant-innvandrere-i-norge-2016-rapport-2019-v2.pdf>
- Knudsen, A. K. S., Stene-Larsen, K., Gustavson, K., Hotopf, M., Kessler, R. C., Krokstad, S., . . .Reneflot, A. (2021). Prevalence of mental disorders, suicidal ideation and suicides in the general population before and during the COVID-19 pandemic in Norway: A population-based repeated cross-sectional analysis. *The Lancet Regional Health - Europe*, 4. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100071>
- Kong, N., Phipps, S. & Watson, B. (2021). Parental economic insecurity and child health. *Economics & Human Biology*, 43, 101068. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2021.101068>
- Kravdal, Ø. (2017). Large and Growing Social Inequality in Mortality in Norway: The Combined Importance of Marital Status and Own and Spouse's Education. *Population and Development Review*, 43(4), 645-+. 10.1111/padr.12096
- Kravdal, Ø., Alvær, K., Bævre, K., Kinge, J. M., Meisfjord, J. R., Steingrimsdóttir, Ó. A. & Heine, S. B. (2015). How much of the variation in mortality across Norwegian municipalities is explained by the socio-demographic characteristics of the population? *Health & Place*, 33, 148-158. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2015.02.013>
- Kravdal, Ø., Grundy, E., Lyngstad, T. H. & Wiik, K. A. (2012). Family Life History and Late Mid-Life Mortality in Norway. *Population and Development Review*, 38(2), 237-+. 10.1111/j.1728-4457.2012.00491.x
- Kunnskapsdepartementet. (2020). *Levekår i byer. Gode lokalsamfunn for alle*. NOU 2020: 16. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Teknisk redaksjon. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/cc978f8e2184980b4597ba59796e7e3/no/pdfs/nu202020200016000dddpdfs.pdf>
- Lidén, H., Eide, K., Wærdahl, R., Nilsen, A. C. E. & Hidle, K. (2013). *Levekår på mottak for enslige mindreårige asylsøkere*. Rapport 2013:03. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Lien, L., Huus, G. & Morken, G. (2015). Psykisk syke lever kortere. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 135(3), 246-248.
- Lillevik, R. & Tyldum, G. (2021). *Irregulær bistand. En kartlegging av norske storbyers møter med irregulære migranter*. Faforrapport 2021: 15. Oslo. Hentet fra <https://www.faf.no/images/pub/2021/20782.pdf>
- Loyland, B. (2016). The co-occurrence of chronic pain and psychological distress and its associations with salient socio-demographic characteristics among long-term social assistance recipients in Norway. *Scandinavian Journal of Pain*, 11, 65-72. 10.1016/j.sjpain.2015.12.003
- Lucas, S. & Janson, S. (2021). Childhood exposure to physical and emotional violence over a 57-year period in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*. 10.1177/14034948211023634
- Lunde, E. S. & Ramm, J. (2021). *Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester – 2. Udekket behov for helsetjenester og forebyggende helseatferd*. Rapport 2021/23. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. Hentet fra https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/sosial-ulikhet-i-bruk-av-helsetjenester--2/_/attachment/inline/000f4984-ed11-42d3-b5cb-ba9f3ce43847:29074da6c77dc56a92e1780ded59ccb2a973ff19/RAPP2021-23_web.pdf

- Løken, K. V., Mogstad, M. & Wiswall, M. (2012). What linear estimators miss: The effects of family income on child outcomes. *American Economic Journal: Applied Economics*, 4(2), 1-35.
- Løvgren, M., Høgestøl, A. & Kotsadam, A. (2022). *Nasjonal trygghetsundersøkelse 2020*. NOVA Rapport 2/22. Oslo. Hentet fra <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/11250/2869495/Nasjonal%20trygghetsunders%c3%b8kelse%202020%20nett.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Macintyre, A., Ferris, D., Gonçalves, B. & Quinn, N. (2018). What has economics got to do with it? The impact of socioeconomic factors on mental health and the case for collective action. *Palgrave Communications*, 4(1), 10. 10.1057/s41599-018-0063-2
- Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var...Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Rapport 2011:1. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Markussen, E. (2016). Forskjell på folk! Om å avbryte videregående opplæring før tida, og konsekvensene for overgangen til arbeidslivet. I K. Regaard & J. Rogstad (Red.), *De frafallne. Om frafall i videregående opplæring. Hvem er de, hva vil de og hva kan gjøres?* (s. 22-61). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Markussen, S. & Røed, K. (2017). *Egalitarianism under pressure. Toward lower economic mobility in the knowledge economy?* IZA DP No. 10664: IZA. Hentet fra <http://ftp.iza.org/dp10664.pdf>
- Mayerfeld, J. (2002). *Suffering and moral responsibility* (Oxford ethics series). New York: Oxford University Press.
- Midtbøen, A. (2015). Etnisk diskriminering i arbeidsmarkedet. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 55(01), 4-30. Hentet fra https://www.idunn.no/file/pdf/66760799/etnisk_diskriminering_i_arbeidsmarkedet.pdf
- Midtbøen, A. (2016). Discrimination of the Second Generation: Evidence from a Field Experiment in Norway. *Journal of International Migration and Integration*, 17(1), 253-272. <https://doi.org/10.1007/s12134-014-0406-9>
- 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
- Mossige, S., Stefansen, K. & Smette, I. (2016). Avslutning. I S. Mossige & K. Stefansen (Red.), *Vold og overgrep mot barn og unge. Omfang og utviklingstrekk 2007-2015*. Rapporter nr. 5/16 (s. 91-106). Oslo: NOVA, Høgskolen i Oslo og Akershus. Hentet fra <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/5104/Vold-og-overgrep-mot-barn-og-ung-NOVA-Rapport-5-16-web.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Muller, A. E., Skurtveit, S. & Clausen, T. (2016). Many correlates of poor quality of life among substance users entering treatment are not addiction-specific. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14, 10. 10.1186/s12955-016-0439-1
- Myhrvold, T. & Småstuen, M. C. (2017). The mental healthcare needs of undocumented migrants: an exploratory analysis of psychological distress and living conditions among undocumented migrants in Norway. *Journal of Clinical Nursing*, 26(5-6), 825-839. 10.1111/jocn.13670
- Mykletun, A., Bjerkeset, O., Overland, S., Prince, M., Dewey, M. & Stewart, R. (2009). Levels of anxiety and depression as predictors of mortality: the HUNT study. *British Journal of Psychiatry*, 195(2), 118-125. 10.1192/bjp.bp.108.054866
- Myrvold, T. M., Helgesen, M. K. & Berglund, F. (2008). *Psykisk sykes levekår*. NIBR-rapport 2008:32. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

- Mørk, E., Beyrer, S., Haugstveit, F. V. & Sundby, B. (2016). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2015: statistikk om tjenester og tjenestemottakere*. Rapporter 2016/26. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- 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. & Clench-Aas, J. (2011). *Psykisk helse i Norge: tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. Rapport 2011:2. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Nes, R. B. & Ørstavik, R. E. (2016). Psykisk helse. I I. Frønes & L. Kjølsvold (Red.), *Det norske samfunn. Bind 3*. (s. 159-183). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nielsen, C. S., Steingrimsdottir, O. A. & Berg, C. L. (2015). Kroniske smerter - faktaark med helsestatistikk. Hentet 16.03 2017 fra <https://www.fhi.no/fp/smerter/kroniske-smerter---faktaark-med-hel/#kroniske-smerter-hos-barn-og-unge>
- Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hallgren, J., Westman, J., Osby, U., Alinaghizadeh, H., . . . Laursen, T. M. (2013). Excess Mortality, Causes of Death and Life Expectancy in 270,770 Patients with Recent Onset of Mental Disorders in Denmark, Finland and Sweden. *Plos One*, 8(1), 11. 10.1371/journal.pone.0055176
- Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter (2017). *Temarapport 2016. Omsorg for enslige mindreårige asylsøkere*. Oslo: Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter.
- Normann, T. M. (2009a). *Fattigdomsrisiko: en levekårsstilnærming*. Rapporter 2009/11. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Normann, T. M. (2009b). Inntektsfattig eller levekårsfattig?: det vanskelige fattigdomsbegrepet. *Samfunnsspeilet*, 23(2), 12-19.
- Normann, T. M. (2011). Sosial kontakt og organisasjonsaktivitet. I E. Mørk (Red.), *Seniorer i Norge 2010* (Statistiske analyser 120, s. 167-188). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. Hentet fra https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/157022?_ts=14370df7000
- Norsk senter for menneskerettigheter (2013). *Årbok om menneskerettigheter i Norge 2013*. Oslo: Norsk senter for menneskerettigheter, Universitet i Oslo.
- Norsk senter for menneskerettigheter (2015). *Menneskerettigheter i norske sykehjem*.
- Næsheim, H. N. & Sundt, C. S. (2016). *Funksjonshemmede på arbeidsmarkedet i Norge og Sverige i 2015: årsaker til ulik andel sysselsatte*. Rapporter 2016/42. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- 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 (2013). *Mental health and work: Norway*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2016). *Society at a Glance 2016*. Paris: OECD Publishing.

- Omholt, E. L. (2019). *Økonomi og levekår for lavinntektsgrupper 2019*. Rapporter 2019/33. Oslo-Kongsvinger. Hentet fra https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/_attachment/401236?_ts=16e12ba0ff0
- Pascoe, E. A. & Richman, L. S. (2009). Perceived Discrimination and Health: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 135(4), 531-554. 10.1037/a0016059
- Pedersen, A. W. (2013). *Inntekt og helse. Underlagsrapport til Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt*. Upublisert.
- Prytz, N., Nordbø, F. S., Higham, J. D. R. & Thornam, H. (2018). *Utredning om konsekvenser for Norge av klimaendringer i andre land*. EY Rapport. Hentet fra <https://www.miljodirektoratet.no/globalassets/publikasjoner/m932/m932.pdf>
- Ramm, J. (2010). *På like vilkår?: helse og levekår blant personer med nedsatt funksjonsevne*. Statistiske analyser 115. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Ramm, J. & Otnes, B. (2013). *Personer med nedsatt funksjonsevne: indikatorer for levekår og likestilling*. Rapporter 8/2013. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Rasmussen, I. & Vennemo, H. (2017). *Samfunnsøkonomiske konsekvenser av omsorgssvikt og vold mot barn*. Rapport 2017/12. Oslo: Vista Analyse. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/a44ef6e251cd443396588483e97402ab/no/sved/2.pdf>
- 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
- Revdal, M. K. (2015). *Innsattes levekår 2014: før, under og etter soning*. Rapporter 2015/47. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. Hentet fra https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/244272?_ts=150b8c1bce0
- Revdal, M. K. (2016). Økende sosiale forskjeller mellom utdanningsgrupper. Hentet 23.03 2017 fra <http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/okende-sosiale-forskjeller-mellom-utdanningsgrupper>
- Rognerud, M., Strand, B. H. & Næss, Ø. (2007). *Sosial ulikhet i helse: en faktarapport*. Rapport 2007:1. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Røde Kors. (2021). *Helserettigheter for «papirløse». Utenfor velferdsstatens sikkerhetsnett*. Hentet fra https://www.rodekors.no/contentassets/803e39b6886f4c76a949be374af06499/rapport_helserettigheter-for-papirlose_sept2021.pdf
- Sandvik, R. K., Selbaek, G., Bergh, S., Aarsland, D. & Husebo, B. S. (2016). Signs of Imminent Dying and Change in Symptom Intensity During Pharmacological Treatment in Dying Nursing Home Patients: A Prospective Trajectory Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(9), 821-827. 10.1016/j.jamda.2016.05.006
- Simpson, J., Albani, V., Bell, Z., Bamba, C. & Brown, H. (2021). Effects of social security policy reforms on mental health and inequalities: A systematic review of observational studies in high-income countries. *Social Science & Medicine*, 272. 10.1016/j.socscimed.2021.113717
- Sivertsen, B. (2021). *Studentenes helse- og trivselsundersøkelse. Hovedrapport*. Hentet fra <https://sioshotstorage.blob.core.windows.net/shot2018/SHOT2021.pdf>
- Skardhamar, T. & Skirbekk, V. (2013). Relative Mortality among Criminals in Norway and the Relation to Drug and Alcohol Related Offenses. *PLOS ONE*, 8(11), e78893. 10.1371/journal.pone.0078893

- Skogen, J. C., Smith, O. R. F., Aarø, L. E., Siqveland, J. & Øverland, S. (2018). *Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelse tiltak. En kunnskapsoversikt*. Oslo. Hentet fra <https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2984475/Skogen-2018-Bar.pdf?sequence=1>
- Skretting, A., Vedøy, T. F., Lund, K. E. & Bye, E. K. (2016). *Rusmidler i Norge 2016. Statistikkrapport 2016*. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/rusmidler_i_norge_2016.pdf
- Staver, A. & Lidén, H. (2014). *Unaccompanied Minors in Norway: Policies, Practices and Data in 2014. Norwegian National Report to the European Migration Network*. Rapport 2014:014. Oslo: Institutt for samfunnsforskning. Hentet fra http://www.samfunnsforskning.no/content/download/103188/1666899/file/Rapport_R_2014-14_v5_nettpdf
- Stephoe, A., Shankar, A., Demakakos, P. & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 110(15), 5797-5801. 10.1073/pnas.1219686110
- Straiton, M. L., Aambø, A. K. & Johansen, R. (2019). Perceived discrimination, health and mental health among immigrants in Norway: the role of moderating factors. *BMC Public Health*, 19(1), 325. 10.1186/s12889-019-6649-9
- Strand, B. H., Grøholt, E. K. & Steingrimsdóttir, Ó. A. (2016). Folkehelse rapporten. Sosiale helseforskjeller i Norge. Hentet 17.03.2017 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-i-ulike-befolkningsgrupper/sosiale-helseforskjeller-i-norge---/>
- Strand, V. & Larsen, K. (2015). *Menneskerettigheter i et nøtteskall*. Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Strom, I. F., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., Hjemdal, O. K., Lien, L. & Dyb, G. (2013). Exposure to life adversity in high school and later work participation: A longitudinal population-based study. *Journal of Adolescence*, 36(6), 1143-1151. 10.1016/j.adolescence.2013.09.003
- Strøm, F. & Molstad, C. (2020). *Holdninger til innvandrere og innvandring 2020*. Rapport 2020/49. Oslo-Kongsvinger. Hentet fra https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/440155?_ts=1764bb71778
- Støren, K. S. & Rønning, E. (2021). *Livskvalitet i Norge 2021*. Rapport 2021/27. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. Hentet fra https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekare/artikler/livskvalitet-i-norge-2021/_attachment/inline/c2d3a9a8-5dad-4745-ac05-e5f2417ffec0:b844119bf0cfaaf253f214b7ac75c316792b4624/RAPP2021-27_web.pdf
- Støren, K. S., Rønning, E. & Gram, K. H. (2020). *Livskvalitet i Norge 2020*. Rapport 2020/35. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. Hentet fra https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/433414?_ts=17554096418
- Svendsen, L. F. H. (2015). *Ensomhetens filosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Svendsen, S., Berg, B., Paulsen, V., Garvik, M. & Valenta, M. (2018). *Kunnskapsoppsummering om enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger*. Trondheim. Hentet fra <https://samforsk.brage.unit.no/samforsk-xmlui/bitstream/handle/11250/2499876/Kunnskapsoppsummering%20bom%20benslige%20midre%25C3%25A5rige%20basyls%25C3%25B8kere%20bog%20flyktninger%20WEB.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Syse, A., Strand, B. H., Næss, Ø., Steingrimsdóttir, Ó. A. & Kumar, B. N. (2016). Differences in all-cause mortality: A comparison between immigrants and the host population in Norway 1990-2012. *Demographic Research*, 34, 615-656. 10.4054/DemRes.2016.34.22

- Sønsterudbråten, S., Tyldum, G. & Raundalen, M. (2018). *Et trygt sted å vente. Omsorgspraksiser på asylmottak for enslige mindreårige*. Fafo-rapport 2018:05. Hentet fra <https://www.fafo.no/images/pub/2018/20654.pdf>
- Tay, L., Tan, K., Diener, E. & Gonzalez, E. (2013). Social Relations, Health Behaviors, and Health Outcomes: A Survey and Synthesis. *Applied Psychology-Health and Well Being*, 5(1), 28-78. 10.1111/aphw.12000
- Thoresen, S. & Hjemdal, O. K. (2014). *Vold og voldtekt i Norge: en nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv*. Rapport 1/2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Thoresen, S., Myhre, M., Wentzel-Larsen, T., Aakvaag, H. F. & Hjemdal, O. K. (2015). Violence against children, later victimisation, and mental health: a cross-sectional study of the general Norwegian population. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 26259. 10.3402/ejpt.v6.26259
- Torvik, F. A. & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*. Rapport 2011:4. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Troller-Renfree, S. V., Costanzo, M. A., Duncan, G. J., Magnuson, K., Gennetian, L. A., Yoshikawa, H., . . . Noble, K. G. (2022). The impact of a poverty reduction intervention on infant brain activity. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 119(5), e2115649119. doi:10.1073/pnas.2115649119
- Tyldum, G. (2015). *Fattige tilreisende fra Romania i Oslo. En diskusjon rundt diskriminering og tilgang på offentlige rom*. Fafo-notat 2015:13. Oslo: Fafo.
- Ubel, P. & Loewenstein, G. (2008). Pain and Suffering Awards: They Should Not Be (Just) about Pain and Suffering. *The Journal of Legal Studies*, 37(S2), S195-S216. 10.1086/529072
- Valfort, M.-A. (2017). *LGBTI in OECD Countries*. Paris: OECD Publishing.
- von Soest, T., Kozák, M., Rodríguez-Cano, R., Fluit, D. H., Cortés-García, L., Ulset, V. S., . . . Bakken, A. (2022). Adolescents' psychosocial well-being one year after the outbreak of the COVID-19 pandemic in Norway. *Nature Human Behaviour*, 6(2), 217-228. 10.1038/s41562-021-01255-w
- Vrålstad, S. (2012). Sosiale levekår. I U. B. Grebstad (Red.), *Sosialhjelp og levekår i Norge*. Statistiske analyser 150 (s. 117-135). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Weiss, N. (2013). *Normalitet i limbo: asylbarn med endelig avslag*. FAFO-rapport 2013:47. Oslo: FAFO.
- Weiss, N., Djuve, A. B., Hamelink, W. & Zhang, H. (2017). *Opphold i asylmottak: konsekvenser for levekår og integrering*. FAFO-rapport 2017:07. Oslo: Fafo. Hentet fra <http://www.fafo.no/images/pub/2017/20615.pdf>
- Williams, D. T. & Cheadle, J. E. (2016). Economic Hardship, Parents' Depression, and Relationship Distress among Couples with Young Children. *Society and Mental Health*, 6(2), 73-89. 10.1177/2156869315616258
- 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>
- Wolff, J. & de-Shalit, A. (2007). *Disadvantage* (Oxford political theory). Oxford: Oxford University Press.
- 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

- Zhang, L.-C. (2008). *Developing methods for determining the number of unauthorized foreigners in Norway*. Documents 2008/11. Oslo-Kongsvinger: Statistics Norway/Division for Statistical Methods and Standards.
- Øien, C. & Sønsterudbråten, S. (2011). *No way in, no way out? a study of living conditions of irregular migrants in Norway*. FAFO-rapport 2011:03. Oslo: FAFO.
- Aaberge, R., Langørgen, A. & Lindgren, P. (2017). The distributional impact of public services in European countries. I A. B. Atkinson, A.-C. Guio & E. Marlier (Red.), *Monitoring Social Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Aaberge, R., Mogstad, M., Vestad, O. L. & Vestre, A. (2021). *Økonomisk ulikhet i Norge i det 21. århundre*. Rapporter 2021/23. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. Hentet fra <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/artikler/okonomisk-ulikhet-i-norge-i-det-21.arhundre/attachment/inline/46945fe1-533f-45b3-9ef2-cde52936f6fc:eaf3f053ce1e5878a6fb288814b428703665122e/RAPP2021-33.pdf>
- Aarø, L. E. (2016). Faktaark. Fakta om mobbing blant barn og unge. Hentet 28.06 2022 fra <https://www.fhi.no/fp/barn-og-unge/oppvekst/fakta-om-mobbing-blant-barn-og-unge/>

Vedlegg A: Vedleggstabeller

Tabell A1. Ikke råd til å holde boligen varm, og ikke råd til å gå til tannlege, i forskjellige grupper. 2015, 2017 og 2020. Prosent

	Ikke råd til å holde boligen passe varm			Ikke råd til å gå til tannlege		
	2015	2017	2020	2015	2017	2020
Sosialhjelpsmottakere	9	6	7	..	24	28
Arbeidsledige	..	4	7	..	16	27
Aleneboende minstepensjonister	1 ¹	5	2	..	6	7
Mottakere av arbeidsavklaringspenger	4 ¹	2	2	..	14	18
Innvandrere fra Afrika, Asia etc.	1	3	:	..	12	..
Enslige forsørgere	5 ¹	2	2	..	17	10
Aleneboende under 35 år	1	1	:	..	9	..
Uføretrygdede	1	3	1	..	13	10
Par med barn 0-6 år	..	1	1	..	4	6
Hele befolkningen 16+ år	1	1	1	..	4	5

¹ 2016

Kilder: Barstad 2017, Omholt 2019 og Statistikkbanken, SSB: <https://www.ssb.no/statbank/list/fattigdom/>

Tabell A2. Forskjellige indikatorer på livskvalitet i ulike utsatte grupper. Gjennomsnitt, 2013, 2017-2019. Prosent

	Lite fornøyd med livet ¹	Lite meningsfullt liv ²	Overvekt av negativ affekt ³
Sosialhjelpsmottakere	31	29	23
Mottakere av arbeidsavklaringspenger	31	26	21
Aleneboende minstepensjonister	24	23	16
Uføretrygdede	23	20	18
Enslige forsørgere	18	11	13
Barnefamilier i laveste inntektskvintil	11	9	8
Par med barn 0-17 år	5	5	7
Hele befolkningen 16+ år	10	10	9

¹Oppgir verdien 5 eller lavere i vurderingen av hvor fornøyd man er med livet, på en skala fra 0 til 10, ²Oppgir verdien 5 eller lavere i vurderingen av om det en gjør i livet er meningsfullt, på en skala fra 0 til 10, ³Har en overvekt av negative følelser dagen før

Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2013, 2017-2019 (Engvik, 2020)

Vedlegg B: Innbyrdes rangering av ti sårbare grupper. Hvilke bør prioriteres?

Innledning

Oppdraget fra Røde Kors er, med utgangspunkt i listen over særlig sårbare grupper i rapporten «Humanitære behov i Norge. Status 2022», å rangere disse innbyrdes. Rangeringen innebærer å ordne gruppene etter grad av prioritet. Når ressursene er knappe, hvilke grupper bør prioriteres først?

Det er all grunn til å understreke at dette er en vanskelig oppgave, og forutsetter avveininger som er av vel så mye normative som av vitenskapelig og statistisk karakter. Ingen av forfatterne av denne rangeringen har spesiell kompetanse på moralfilosofiske og etiske spørsmål, og det har ikke på noen måte vært anledning til å gå i dybden på dette. Det vi presenterer kan best forstås som et utgangspunkt for videre refleksjon og samtale, og ikke som noen fasit. Å sette ulike sårbare grupper opp mot hverandre, som er selve utgangspunktet her, er også problematisk. Samtidig er det alltid slik at ressursene er knappe, og at noen prioriteringer må gjøres.

Metode

Vi tar utgangspunkt i de foreslåtte kriteriene for prioritering som er angitt i rapporten om humanitære behov i Norge. Her er i alt 10 kriterier foreslått. Vi har valgt å ikke bruke kriterium 8, om det finnes effektive tiltak. Vi har ikke funnet gode nok holdepunkter for å kunne sammenligne effektiviteten på tvers av gruppene, og har derfor ikke brukt dette. I tabell B1, bakerst i dette vedlegget, er de øvrige ni kriteriene listet opp på venstre side av tabellen, mens de forskjellige gruppene er listet opp i tabellhodet.

Ett av flere vanskelige spørsmål er om alle kriteriene skal ha samme vekt. Skjønnsmessig har vi kommet til at to av kriteriene gis halv vekt sammenlignet med de andre, det vil si verdier fra 0 (ingen vekt) til 5 (maksimalt høy vekt). Dette er kriteriene størrelse på gruppa, og om behovene er økende. De andre kriteriene gis vekter fra 0 til 10. Vår vurdering er at størrelsen, hvor mange som rammes av et problem, ikke er uvesentlig, men likevel mindre viktig enn de fleste andre kriterier. Alvorlige menneskerettighetsbrudd i fengsler lar seg i liten grad forsvare med at det rammer forholdsvis få, for å ta et eksempel. At behovene er økende, eventuelt synkende, bør også tillegges en viss vekt, men er mindre viktig enn hvor store behovene er, uavhengig av de tidsmessige trendene. Vektleggingen fra 0 til 10 er satt skjønnsmessig, på basis av de foreliggende opplysningene i rapporten, som et hjelpemiddel i rangeringen. Vektleggingen er hele tiden relativ i forhold til de andre gruppene.

I noen tilfeller mangler det opplysninger, som skaper ekstra usikkerhet. Vi har for eksempel ikke funnet tall for dødelighet blant bifile. Når usikkerheten er særlig stor, på grunn av manglende opplysninger, har vi satt inn et spørsmålstegn i den aktuelle ruta. Bifile illustrerer for øvrig et annet problem, nemlig at de angitte gruppene ofte består av forskjellige undergrupper, og at de humanitære behovene varierer på tvers av undergruppene. Innenfor gruppene av seksuelle minoriteter og kjønnsminoriteter (LHBTIQ) viser rapporten at bifile og transpersoner er særlig sårbare, mens homofile og lesbiske ligger nærmere gjennomsnittet i befolkningen. Også gruppen asylsøkere og irregulære innvandrere utgjør strengt tatt to grupper, med til dels langt mer alvorlige problemer for den sistnevnte, mindre tallrike gruppa. I noen grad har vi forsøkt å angi ulike tall når gruppeforskjellene er særlig store.

Enkelte av kriteriene er vanskeligere å vurdere enn andre, fordi de er så sammensatte, og krevende å måle på en entydig måte. Det gjelder ikke minst det sentrale kriteriet intensitet og varighet, altså hvor intense og kroniske de humanitære behovene er. Som utgangspunkt for vektleggingen her, har

vi blant annet brukt graden av opphopning eller akkumulering av forskjellige problemer. Ofte finnes det dessverre ikke opplysninger om varigheten av problemene. Et unntak er andelene med vedvarende lavinntekt.

Under kriteriet «menneskerettigheter og hensynet til verdighet» gis det høy vekt hvis det finnes vurderinger som indikerer brudd på sentrale menneskerettigheter for gruppa. Grupper som har mange barn får også ekstra vekt, siden barn har et særlig sterkt menneskerettslig vern. I tillegg vektlegges grupper som utsettes mye for diskriminering.

Kriteriet «spillover-effekter» er et annet kriterium der usikkerheten er stor. En ting er å kartlegge korrelasjoner mellom forskjellige problemer, en annen er å vite noe mere sikkert om kausaliteten, altså hva som er årsak og virkning. Og i den grad det finnes studier som gir grunnlag for å si noe om kausalitet, er de ofte hentet fra USA eller andre land med usikker overføringsverdi til norske forhold.

Resultater

Tabell B1 viser først de angitte vektene for **kriteriet antall**, altså størrelsen på gruppene. De største gruppene er de som har alvorlige psykiske lidelser og som har alvorlige rusproblemer. Samtidig er det vanskelig å gi noen avgrensning av dem med alvorlige lidelser, og skille disse fra resten. Tallet for narkotika er summen av dem som inntar narkotika ved hjelp av sprøyter, som ukentlig bruker amfetamin, og som har et høyrisikoforbruk av kokain og cannabis. Tallet for alkoholbruk er basert på FHIs tall for 12-månedersforekomsten av skadelig bruk eller avhengighet av alkohol, som er om lag 8 prosent for menn og 3 prosent for kvinner. Dette er imidlertid ikke basert på nyere norske undersøkelser, så her er det en usikkerhet.¹⁷⁵ 16–22 prosent av den voksne befolkningen oppfyller kriteriene for en psykisk lidelse i løpet av 12 måneder, ifølge FHI. En del av disse lidelsene er imidlertid av relativt kort varighet og gir mest subjektive plager, mens andre er kroniske og gir uførhet og redusert levealder.¹⁷⁶ Anslaget på antallet med alvorlige psykiske lidelser er basert på andelen som i Innbyggerundersøkelsen angir at de har nedsatt funksjonsevne på grunn av psykiske vansker. Det er ganske sikkert en underestimert, ikke minst fordi personer med alvorlige lidelser ofte vil inngå i frafallet i spørreundersøkelser. I tillegg kommer andelen som er utsatt for psykiske lidelser blant barn. Omkring 7 prosent av barn i førskole- og skolealder har symptomer forenlige med en psykisk lidelse på undersøkelsestidspunktet, ifølge norske undersøkelser (Reneflot et al., 2018). I tallet for barn som er utsatt for vold og omsorgssvikt, inngår bare de mest alvorlige tilfellene, hentet fra Rasmussen og Vennemo (2017). Langt flere barn er for eksempel regelmessig utsatt for mobbing på skolen – anslagsvis 63 000 ifølge FHI (se kapittel 4.5, under avsnittet om vold, trusler og overgrep, i vår rapport).

Neste kriterium er de humanitære behovenes **intensitet og varighet**. Her er det som nevnt stor usikkerhet, særlig vedrørende varighet. Vi vurderer det slik, på basis av undersøkelsene som er presentert i rapporten, at intensiteten og varigheten er aller størst hos de rusavhengige, særlig blant dem som er avhengige av å sette sprøyter, blant innsatte i fengslene og blant barn som er utsatt for vold og omsorgssvikt. Også blant de irregulære innvanderne er det etter alt å dømme mange med store og varige problemer på ulike områder av livet. For eldre med demens er det vanskelig å si så mye om intensiteten i problemene, men det er grunn til å tro at de er av en kronisk karakter.

Så følger **kriteriet overlevelse (dødelighet)**. De som er avhengige av narkotika har svært høy dødelighet, som vist i vår rapport (kapittel 4.1). Selv om disse bare utgjør en mindre del av de rusavhengige, er det grunn til å tro at også andre former for rusavhengighet er forbundet med høyere dødelighet, og gruppen gis høyeste vekt på dette kriteriet, sammen med dem som er innsatte i fengsler. Innsatte uten narkotikadom har en dødelighet som er 3-4 ganger så høy som blant ikke-straffedømte. Demens er også forbundet med et betydelig tap av forventet levetid – opptil

¹⁷⁵ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>, lest 19.05. 2022

¹⁷⁶ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>, lest 19.05. 2022

20 år for dem med en tidlig diagnose, før fylte 65 år.¹⁷⁷ Vi vet lite om dødeligheten blant asylsøkere og irregulære innvandrere. Innvandrere generelt har lavere dødelighet enn gjennomsnittsbefolkningen, også kontrollert for alder og andre sosiodemografiske faktorer¹⁷⁸ (Syse et al., 2016), og det samme kan være tilfelle for asylsøkere. For de irregulære kan det forholde seg annerledes, ikke minst på grunn av deres problemer med tilgangen til helsetjenester. Barn som lever i fattige familier har en høyere dødelighet enn andre barn, ifølge en nyere dansk registerstudie. Overdødeligheten er moderat hvis barna ikke er utsatt for andre problemer, men blir sterkere hvis barna kombinerer de materielle problemene med for eksempel dødsfall eller alkoholmisbruk i familien.¹⁷⁹ Det finnes så vidt vi vet ikke egne studier av dødeligheten blant dem som både har nedsatt helse og dårlig økonomi, men det er grunn til å tro at den ligger vesentlig over gjennomsnittet, siden både lav inntekt og dårlig helse er forbundet med høyere risiko for en tidlig død. Vi vet også lite om en eventuell overdødelighet i LHBTIQ-gruppen. Igjen er det sannsynlig at det er en viss overdødelighet, siden flere av undergruppene som inngår oppgir dårligere egenvurdert helse enn heterofile, og har en svakere økonomi. En nylig amerikansk studie fant høyere dødelighet blant kvinner som tilhører seksuelle minoriteter, men ikke blant menn.¹⁸⁰ En eldre svensk studie rapporterte om en betydelig overdødelighet blant transpersoner som har gjennomgått kjønnskifte.¹⁸¹

Kriteriet barn og unge gir mest vekt til de gruppene som har flest barn og unge, eller som har humanitære behov som også har konsekvenser for barn og unge. Her er det naturlig nok de gruppene som er definert som barn/unge som får høyest skår, altså fattige barn og barn som er utsatt for vold og omsorgssvikt. Alle gruppene berører på en eller annen måte barn og unge, men noen mer enn andre. For eksempel omfatter gruppen med psykiske lidelser også barn og unge, og noen barnefamilier har forsørgere med lav inntekt og dårlig helse. Noen av dem som sitter i fengsel har også barn. Årlig opplever mellom 6000 og 9000 barn i Norge at mor eller far fengsles. I tillegg opplever en del barn at søsken, besteforeldre eller andre nære fengsles.¹⁸² Mange barn og unge forsørges av sosialhjelpsmottakere, rundt 70 000 barn i 2019.¹⁸³ Eldre med demens er kanskje gruppen som har minst grad av berøring med barn, men ikke hvis man tar med barna de er beste- og oldeforeldre til.

Personlig ansvar er neste kriterium. Her gis særlig vekt til gruppene som består av barn og unge, siden de ikke kan forventes å ta samme ansvar for seg selv som voksne. Det gis også stor vekt til grupper som sliter med avhengighetsproblematikk og med demens og psykiske lidelser, som alle er tilstander som reduserer evnen til å ta personlig ansvar.

Vurderinger av **menneskerettigheter og hensynet til menneskelig verdighet** er det neste kriteriet. Her legger vi særlig vekt på vurderinger som er gjort av menneskerettssituasjonen for noen av gruppene. Kritikken med utgangspunkt i menneskerettigheter har ikke minst blitt rettet mot situasjonen for de innsatte i fengslene, for eldre i sykehjem, og for noen grupper blant asylsøkere og irregulære innvandrere, slik som enslige mindreårige asylsøkere. Disse gruppene får høyest skår her. Barn som er utsatt for omsorgssvikt og barn i fattige familier har et særlig vern i Grunnloven, og får også relativt stor vekt. Det samme får to av gruppene som er mest utsatt for diskriminering ifølge spørreundersøkelser, nemlig sosialhjelpsmottakere og LHBTIQ.

¹⁷⁷ <https://www.aldringoghelse.no/the-loss-in-expectation-of-life-due-to-early-onset-mild-cognitive-impairment-and-early-onset-dementia-in-norway/>, lest 16.05. 2022

¹⁷⁸ Forskjellen blir imidlertid mindre med økende botid. Lavere dødelighet blant innvandrere kan ha med positive seleksjonseffekter å gjøre, at det er de friskeste og sterkeste som emigrerer

¹⁷⁹ <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673620306218#bib4>, lest 19.05. 2022

¹⁸⁰ <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/lgbt.2020.0482>, lest 19.05. 2022

¹⁸¹ <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0016885>, lest 19.05. 2022

¹⁸² <https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Fagrappporter/Fengslet-familie.pdf>, lest 19.05. 2022

¹⁸³ https://www.regjeringen.no/contentassets/bb45eed3479549719fb14c78eba35bd4/strategi-mot-barnefattigdom_web.pdf

Neste kriterium er **graden av udekkede behov**. I vår rapport (se for eksempel avsnittet om udekkede behov i kapittel 4.3) har vi vist til statistikk som dokumenterer udekkede behov i en del sammenhenger. Irregulære innvandrere er et åpenbart tilfelle av udekkede behov, ikke minst for helsetjenester; også asylsøkere ser ut til å ha en mangelfull behovsdekning på enkelte områder. De udekkede behovene i eldreomsorgen er godt dokumentert, og berører ikke minst behov for fysiske og sosiale aktiviteter. Det mangler nyere levekårsundersøkelser av hvordan innsatte i fengslene har det, men tidligere undersøkelser tyder på en betydelig underdekning av blant annet sosiale behov og behov for helsehjelp. Personer med en kombinasjon av lav inntekt og svekket helse er blant dem som oftest har udekkede behov for hjelp fra lege og tannlege, og opplever en utstrakt grad av økonomisk utrygghet. Den økonomiske utryggheten er også høy blant personer som mottar sosialhjelp, og andelen som ikke har råd til fisk eller kjøtt til middag minst annenhver dag, eller ikke har råd til tannlege, er høyere enn for de fleste andre grupper (se rapportens kapittel 4.2). Fattige barn er overrepresentert i familier med udekkede behov for inntektssikring og økonomisk trygghet; slike barnefamilier mangler også i større grad sentrale materielle og sosiale goder enn andre barn (Omholt, 2019).

Det er vanskeligere å si noe om udekkede behov for andre grupper. Men personer med psykiske plager har et større udekket behov for lege- og tannlegehjelp enn gjennomsnittet, og det er tegn til underbehandling av både psykiske og fysiske helseproblemer blant dem med alvorlige psykiske lidelser. Nedbyggingen av sengeplasser i psykiatrien har ifølge enkelte eksperter dessuten ledet til en dramatisk underkapasitet både i psykiatriske sengeavdelinger og i poliklinisk kapasitet.¹⁸⁴ Mange pasienter får som følge av dette ikke tilgang til den type kontinuerlig og langvarig behandling som skal til for å klare seg. Dette problemet har ikke blitt bedre av at gruppen med pasienter som er dømt til tvunget psykisk helsevern (DTPHV) har økt markert siden ordningen først ble innført i 2002. Også innen rusfeltet er manglende behandlingsskapasitet et problem. Blant annet opplever mange kommuner at de ikke har tilstrekkelige tjenester for å følge opp brukernes somatiske helseproblemer (Hansen et al., 2021). Opptappingsplanen for rusfeltet har ført til forbedringer og mer hjelp, men mye gjenstår. For eksempel er måloppnåelsen for målsettingen om at alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse vurdert til å være svært lav (Hansen et al., 2021). Noen av barna som er utsatt for omsorgssvikt får ikke avdekket sine behov på grunn av svikt i barnevernets rutiner. Ikke-heterofile ser ut til å ha større problemer med udekkede behov for inntektssikring enn heterofile; det er flere som rapporterer om materielle mangler, uansett alder (Engvik, 2022).

Kriteriet om **behovene er økende eller synkende** er vanskelig å vurdere, siden det ofte mangler gode tall om utviklingen over tid. Det er lettest å vurdere endringene i antall, og det er det vi har lagt mest vekt på her. Antallet i noen grupper øker åpenbart, slik som eldre med demens og barn i lavinntektsfamilier. Tallet på personer med psykiske lidelser ser ut til å ha økt blant barn, kanskje som følge av pandemien, mens det er mer uavklart om det har vært noen økning blant voksne. Det kan også ha blitt flere som både har nedsatt helse og dårlig økonomi; at flere blant uførepensjonister og AAP-mottakere har lav inntekt, tyder på det (se vår rapport, kapittel 4.2). At antall dødsfall grunnet narkotika og alkoholbruk har økt i det siste, kan tyde på økende behov i disse gruppene. På den annen side har det blitt færre tunge narkomane, målt som andel av befolkningen. Det har etter alt å dømme blitt færre irregulære innvandrere, men som kjent en nylig økning av asylsøkere. Antallet sosialhjelpstilfeller har gått klart ned siden 2018. Det har også blitt færre innsatte i fengslene. Når det gjelder barn som utsettes for vold og omsorgssvikt, finnes det så vidt vi vet ikke tall over et lengre tidsrom i Norge, men svenske undersøkelser tyder på en langsiktig

¹⁸⁴ <https://www.vl.no/meninger/verdidebatt/2022/05/13/det-er-krise-i-norsk-psykiatri/?fbclid=IwAR02GIG00aaevaf90ihJsqLgcv4aU-9k68jKkq8M8N5r3p2hShqgYO60zSM>

nedgang i fysisk vold mot barn fra foreldre (Lucas & Janson, 2021), mens nedgangen i emosjonell/psykisk vold ikke er like entydig.

Det siste kriteriet er **«spillover»-effekter**, altså i hvilken grad det å avhjelpe de humanitære behovene i en gruppe kan ha positive virkninger for andre grupper. Dette handler både om i hvilken grad ulike grupper overlapper, og i hvilken grad det finnes kausale påvirkninger fra dekningen av ett behov til et annet. Her vurderer vi det slik at «spillover»-effektene er særlig store for personer med rusproblemer og med alvorlige psykiske lidelser, for dem som både har nedsatt helse og dårlig økonomi, for sosialhjelpsmottakere og innsatte, og for de to gruppene med flest barn og unge: barn som utsettes for vold og omsorgssvikt og barn i fattige familier.

En rekke studier viser at vold og overgrep mot barn og sosioøkonomiske omstendigheter i barndommen påvirker hvordan barn har det og forskjellige utfall i voksen alder. Å redusere rusproblemer og psykiske lidelser kan ha en forebyggende effekt mot vold, det samme gjelder fattigdom i familien. Mer generelt vil det å redusere fattigdom og ulikhet via økte overføringer og omfordelingspolitikk, trolig ha store «spill-over»-effekter.

Økonomiske bekymringer blant foreldrene påvirker barns mentale helse (Kong, Phipps & Watson, 2021), og generelt viser en rekke studier at husholdningsinntekt har en positiv kausal effekt på barns helse og kognitive og sosiale utvikling (Cooper & Stewart, 2021). Se også en nylig amerikansk studie, om betydningen av å redusere fattigdom for barns kognitive utvikling (Troller-Renfree et al., 2022). Noe lignende er vist i norske studier (Løken, Mogstad & Wiswall, 2012).

Mye forskning tyder på at det er en negativ sammenheng mellom økonomiske nedgangstider, privatøkonomiske vansker, ulikhet og dårlig mental helse.¹⁸⁵ Tidligere ble årsaken bak en slik sammenheng hovedsakelig tilskrevet medisinske, psykiatriske og psykologiske forhold. Ny forskning tyder imidlertid på at kausaliteten i makro hovedsakelig går den andre veien og at det i større grad er sosioøkonomiske forhold som driver og påvirker den psykiske helsen enn motsatt (Macintyre, Ferris, Gonçalves & Quinn, 2018).¹⁸⁶ Dette får nødvendigvis konsekvenser for rangeringen av de humanitære behovene i det man ved å rette fokus på sosioøkonomiske forhold som driver for mange av de humanitære behovene, ikke bare indirekte vil legge mer vekt på synergi- og «spill-over» effekter som et viktig vurderingskriterium for rangeringen, men også implisitt foreslår en metode for bekjempelse av problemet som i stor grad vil være rettet inn mot bekjempelse av fattigdom og ulikhet generelt, og således involvere staten som en stor og sentral aktør. I tråd med dette, viser en nylig oversiktsartikkel at endringer i sosialpolitiske ordninger som gjør at de når fram til flere eller får mer sjenerøse ytelser ofte er forbundet med forbedringer av den mentale helsa, mens endringer i negativ retning (lavere dekningsgrad/mindre sjenerøsitet) går sammen med forverringer av den mentale helsetilstanden (Simpson, Albani, Bell, Bamba & Brown, 2021).¹⁸⁷

¹⁸⁵ Friedli, Lynne, et al. *Mental health, resilience and inequalities*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe: 2009, Pickett, Kate E., og Richard G. Wilkinson. "Inequality: an underacknowledged source of mental illness and distress." *The British Journal of Psychiatry* 197.6 (2010): 426-428, Platt S, Stace S, Morrissey J (eds) (2017). *Dying from Inequality: Socioeconomic Disadvantage and Suicidal Behaviour*. Samaritans, London, Wahlbeck, Kristian, and David McDaid. "Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis." *World psychiatry* 11.3 (2012): 139, Pickett, Kate and Richard Wilkinson. *The spirit level: Why equality is better for everyone*. Penguin UK, 2010.

¹⁸⁶ Samtidig er det umulig å se bort fra at psykiske helseproblemer ikke også kan ha betydelige økonomiske effekter i seg selv og således kunne virke både initierende og forsterkende på sjokk av ulik type opprinnelse. De økonomiske konsekvensene av psykiske helseproblemer – hovedsakelig i form av tapt produktivitet – anslås til gjennomsnittlig 3–4 % av bruttonasjonalproduktet i EU-land (Gabriel & Liimatainen, 2000)

¹⁸⁷ De fleste studiene er imidlertid fra USA, Storbritannia og Kanada, som gjør overføringsverdien til norske forhold usikker. Det var ingen studier fra sosialdemokratiske velferdsstater

Konklusjon

Når poengene summeres for de forskjellige gruppene, gir dette følgende foreløpige rangering:

1. Barn som utsettes for mishandling, vold, mobbing og omsorgssvikt: 67 p.
2. Fattige barnefamilier: 66 p.
- 3-5. Personer med alvorlige rusproblemer, innsatte i fengsler og personer med alvorlige psykiske lidelser: 65 p.
6. Eldre med demens: 61 p.
- 7-8. Sosialhjelpsmottakere og personer med både helseproblemer og små økonomiske ressurser: 60 p.
9. Asylsøkere og irregulære innvandrere: 51 p.
10. LHBTIQ: 45 p.

Noen av forskjellene i vurderinger er små, og flere grupper får samme poengsum. Finnes det ytterligere momenter som kan gi grunnlag for rangeringen? Et slikt mulig tilleggsmoment er hvor prekære behovene er. For noen grupper er livssituasjonen slik at den innebærer akutte farer for liv og helse. Det kan diskuteres om dette kriteriet er tilstrekkelig ivarettatt i rapportens ti kriterier for prioritering, selv om det kan forstås som en del av kriteriet intensitet og varighet, og kriteriet overlevelse. Det virker urimelig å prioritere fattige barnefamilier foran for eksempel personer med alvorlige rusproblemer, siden problemene i den sistnevnte gruppen framtrer som mer akutte og umiddelbart livstruende enn de som barn i fattige familier er utsatt for. Kriteriet er særlig aktuelt for personer med rusproblemer, men bør også vektlegges for innsatte i fengsler og personer med alvorlige psykiske lidelser. Samtidig kan betydningen av å forebygge og redusere humanitære behov gjennom å forbedre de sosioøkonomiske vilkårene, tilsi en sterkere vektlegging av gruppene med særlig svak økonomi. Etter å ha vurdert disse forskjellige momentene, kommer vi fram til en endelig rangering som ser slik ut:

1. Barn som utsettes for mishandling, vold, mobbing og omsorgssvikt
2. Personer med alvorlige rusproblemer
3. Innsatte i fengsler
4. Personer som har alvorlige psykiske lidelser
5. Fattige barnefamilier
6. Personer med både helseproblemer og små økonomiske ressurser
7. Sosialhjelpsmottakere
8. Eldre med demens
9. Asylsøkere og irregulære innvandrere
10. LHBTIQ

Som vi ser, er personer med nedsatt helse og dårlig økonomi, og gruppen av sosialhjelpsmottakere, plassert noe lenger opp på listen enn poengsummene alene tilsa. Igjen er det grunn til å understreke usikkerheten bak disse vurderingene, og at flere av gruppene er vanskelige å skille fra hverandre. Usikkerheten har både sammenheng med mangelen på kunnskap, og med at de normative premissene er åpne for diskusjon. Det er også som nevnt et problem at en del av gruppene er nokså store, med klare variasjoner mellom undergruppene. For eksempel kan det være grunn til å rangere de irregulære innvandrerne høyere opp enn asylsøkerne, blant annet fordi deres behov for hjelp er enda mer prekært enn for asylsøkere.

Tabell B1. Kriterier for å rangere ulike grupper etter graden av humanitære behov. Vektsystem 0-5 (antall og grad av økning av behovene) og ellers 0-10. Jo høyere tall, jo sterkere vekt. Alle vurderinger er skjønsmessige og usikre, men spørsmålstegn innebærer ekstra stor usikkerhet

	Sårbare grupper				
Kriterier	Alvorlige rus-problemer	Barn Vold og omsorgssvikt	Asylsøkere og irregulære	Eldre med demens	Psyk. lidelser
Antall, 0-5	Narkotika: 38 000 Alkohol: Anslagsvis 220 000 Vekt 5	11 000-? Vekt 3	5 200-? Vekt 3	101 000 Vekt 4	220 000 (nedsatt funksjonsevne på grunn av psykiske vansker) Vekt 5
Intensitet og varighet, 0-10	Vekt 10	Vekt 10	Vekt 6 (irregulære 10)	? Vekt 5	Vekt 8
Dødelighet, 0-10	Vekt 10	Vekt 8	? Vekt 4	Vekt 8	Vekt 8
Barn-unge, 0-10	Vekt 5	Vekt 10	Vekt 5	Vekt 3	Vekt 6
Mindre ansvar, 0-10	Vekt 8	Vekt 10	Vekt 5	Vekt 10	Vekt 8
Menneskeretter, 0-10	Vekt 5	Vekt 8	Vekt 10	Vekt 10	Vekt 7
Udekkede behov, 0-10	Vekt 8	? Vekt 6	Vekt 8 (irregulære 10)	Vekt 10	Vekt 10
Økende behov? 0-5	Vekt 4	Vekt 2	Irregulære færre, men flere asylsøkere Vekt 4	Vekt 5	Vekt 5
«Spill-over»-effekt? 0-10	10	10	6	6	8
SUM	65	67	51	61	65

Tabell B1 fortsatt:

	Sårbare grupper				
Kriterier	Innsatte	Fattige barn	Nedsatt helse, dårlig økonomi	Sosialhjelp	LHBTIQ
Antall, 0-5	3000 Vekt 1	115 000 Vekt 4	89 000-? Vekt 4	125 000 Vekt 4	Snaut 200 000-? Av dette: Transpersoner: 20 000-? Bifile: 98 000 Vekt 5
Intensitet og varighet, 0-10	Vekt 10	? Vekt 6	Vekt 8	Vekt 8	Varighet? Stor variasjon Vekt 7
Dødelighet, 0-10	Vekt 10	Moderat forhøyet Vekt 5	? Sannsynlig forhøyet Vekt 8	Vekt 8	? Sannsyn. forhøyet Vekt 5
Barn-unge, 0-10	Vekt 5	Vekt 10	Vekt 5	Vekt 6	Vekt 5
Ansvar, 0-10	Vekt 6	Vekt 10	Vekt 6	Vekt 6	Vekt 5
Menneskeretter, 0-10	Vekt 10	Vekt 8	Vekt 5	Vekt 8	Vekt 6
Udekkede behov? 0-10	Vekt 10	Vekt 8	Vekt 10	Vekt 8	? Vekt 5
Økende behov? 0-5	Vekt 3	Vekt 5	Vekt 4	Vekt 2	? Vekt 2
«Spill-over»-effekt?	Vekt 10	Vekt 10	Vekt 10	Vekt 10	Vekt 5
Sum	65	66	60	60	45

Figurregister

Figur 2.1.	Årlig nettoinnvandring til Norge. 1990-2021	14
Figur 2.2.	Nettoinnvandring til Norge 2010-2021 av statsborgere fra Ukraina og land med høyest nettoinnvandring i 2021 (tallet for Ukraina 2022 er en prognose).....	15
Figur 2.3.	Totalt antall døde og antall dødsfall som overstiger dødeligheten i et normalår per million innbyggere av Covid-19 i Norge	17
Figur 2.4.	Arbeidsledige personer og ledige stillinger. Prosent av arbeidsstyrken og av summen av besatte og ledige stillinger, sesongjustert og glattet. Prognose for AKU-ledighet fra 2.kvartal 2022	19
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	23
Figur 4.2.	Andel barn i husholdninger med vedvarende lavinntekt. ¹ De femten største kommunene, ² 2015 og 2020	28
Figur 4.3.	Andel som er mye plaget av ensomhet, etter alder og om en bor alene eller ikke. 2012 og 2020. Prosent.....	42
Figur 4.4.	Andelen uførepensjonerte, etter utdanningsnivå og alder. 2015-2020. Prosent	49

Tabellregister

Tabell 1.1.	Ulike former for nød og lidelse	10
Tabell 4.1.	Andel personer i husholdninger med årlig lavinntekt ¹ i ulike grupper, 2008, 2010, 2014, 2019, 2020, og antallet personer i slike husholdninger 2020. Prosent og antall....	26
Tabell 4.2.	Ulike typer økonomiske problemer i forskjellige grupper. 2015, 2017 og 2020. Prosent	30
Tabell 4.3.	Utvalgte helseindikatorer i ulike grupper. 2021. Prosent.....	33
Tabell 4.4.	Udekkede behov for helsehjelp i ulike grupper. 2019. Prosent.	35
Tabell 4.5.	Indikatorer på psykisk helse og livskvalitet i ulike grupper. 2021. Prosent	38
Tabell 4.6.	Indikatorer på mellommenneskelige problemer i ulike grupper. 2021. Prosent	43
Tabell 4.7.	Andel som har opplevd å bli behandlet dårligere enn andre i løpet av de siste 12 måneder. I alt og fordelt på to utvalgte grunner i forskjellige grupper. 2021. Prosent ...	52
Tabell A1.	Ikke råd til å holde boligen varm, og ikke råd til å gå til tannlege, i forskjellige grupper. 2015, 2017 og 2020. Prosent.....	99
Tabell A2.	Forskjellige indikatorer på livskvalitet i ulike utsatte grupper. Gjennomsnitt, 2013, 2017-2019. Prosent.....	99
Tabell B1.	Kriterier for å rangere ulike grupper etter graden av humanitære behov. Vektsystem 0-5 (antall og grad av økning av behovene) og ellers 0-10. Jo høyere tall, jo sterkere vekt. Alle vurderinger er skjønnsmessige og usikre, men spørsmålsteget innebærer ekstra stor usikkerhet.....	106