

HUMANITÆRE BEHOV I NORGE

Anders Barstad



Humanitære behov i Norge

Anders Barstad

Innhold

Innledning	4
Hva er humanitære behov?.....	4
Tidligere rapporter om humanitære behov i Norge.....	7
Drivkrefter og trender	9
Demografi.....	9
Sosiale og økonomiske trender	10
Framgangsmåte og datakilder.....	12
Gjennomgang av humanitære behov.....	14
Lav overlevelse	14
Fattigdom og fysisk nød	16
Inntektsfattigdom.....	16
Fysisk nød og mangel på goder	19
Bolig og bostedsløshet	20
Dårlig helse og fysisk lidelse	21
Psykiske plager og lidelser.....	24
Mellommenneskelig lidelse.....	26
Ensomhet og mangel på hjelp og støtte.....	27
Vold	28
Sosial lidelse	30
Utenfor arbeidslivet	30
Diskriminering	32
Opphopning av nød og lidelse.....	34
Humanitære behov i grupper som er mangelfullt dekket i levekårsundersøkelsene	36
Innsatte i fengsler.....	36
Personer med rusproblemer	37
Personer med psykiske lidelser og andre funksjonshemmede	37
Pleie- og omsorgstrengende eldre	39
Asylsøkere	41
Nærmere om barn og unge.....	42
Barn av foreldre med psykiske lidelser og rusmisbruk.....	43
Barn i familier som er asylsøkere	43

Enslige mindreårige asylsøkere	44
Barn av asylsøkere som har fått avslag	45
Kriterier for å vurdere størrelsen på behovene, og hvordan de skal prioriteres	46
Hva er de største behovene, og hvordan bør de prioriteres?	48
Noen avsluttende kommentarer	53
Vedleggstabeller	55
Litteratur	57

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, som vi skal se.

I det følgende skal vi først gå nærmere inn på hva et humanitært behov er, og blant annet se nærmere på behovsbegrepet. Dernest skal vi si litt om noen tidlige bidrag til kartleggingen av humanitære behov i Norge, og gi en kort drøfting av noen overordnede samfunnstrender som kan forklare utviklingen av behovene. I neste del av kapitlet 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 hvordan en eventuelt kan prioritere mellom dem. I oppdraget fra Røde Kors er det spesifisert at kunnskapsoversikten skal munne ut i en rangering av de 5-8 største humanitære behovene i Norge. Det skal også, på bakgrunn av eksisterende kunnskap og erfaring, gis en kort vurdering av hvilke behov som bør prioriteres, særlig dersom en slik prioritering vil ha gunstig effekt på andre humanitære behov.

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 artikkelen er at slike hjelpebehov oppstår når enkeltindivider og grupper enten har svært 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 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 dreier seg 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 normal lengde...»), «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 (V. B. 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, for kjærlighet, for 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). I følge 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. Det er 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 gruppe på elleve «mellomliggende» behov, som alle er essensielle 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 tilfredsstille 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 tilfredsstille fundamentale behov. I sin tur kan lidelsen, for eksempel i form av angst og depresjon, påvirke evnen til å tilfredsstille 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 den fysiske nøden langt på vei er utryddet i Norge, finnes det likevel lommer av slik nød. 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 påpekt av S. Markussen og 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 viktige kriterier 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 imidlertid 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 likevel 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 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. 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.

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. **Uttestengning 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, rusmiddelmisbrukere, 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. **Unge 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.

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 den nevnte Fafo-rapporten pekte 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.

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 nesten 41 000 per år (Justisdepartementet, 2017, s. 59). Ved inngangen til 2017 hadde snaut 884 000 personer i Norge innvandringsbakgrunn, som representerer mer enn en fordobling av antallet sammenlignet med ti år tidligere¹. Det skyldes blant annet en sterk økning av innvandringen fra de nye EU-landene i Øst-Europa etter medlemsutvidelsene i 2004. Antallet personer som er registrert bosatt i Norge og som har flukt som innvandringsgrunn har også økt betydelig, men utgjør i absolutte tall en mindre gruppe enn de som har innvandret på grunn av arbeid eller familie. I 2015 var det et rekordhøyt antall asylsøkere til Norge, 31 000. I 2016 ble det bare registrert 3500 nye søkere. Tre av fire asylsøkere i 2015, og halvparten i 2016, kom fra Syria, Afghanistan, Irak og Eritrea. Innvandringen, framfor alt tilstrømningen av asylsøkere og flyktninger, representerer betydelige humanitære utfordringer, som vi skal se flere eksempler på seinere. 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.

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

¹ <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/nokkeltall/innvandring-og-innvandrere>, lest 19.04. 2017

alene og dermed ikke kan få støtte fra en partner. I de siste ti-årene har det vært en jevn økning av antallet og andelen som er svært gamle, aldersgruppen 90+, mens det har blitt relativt sett færre barn. Andelen eldre mellom 67 og 89 har imidlertid ikke endret seg så mye, på grunn av de små barnekullene i 1930-årene. Dette er nå i ferd med å endre seg (Tønnessen, Leknes, & Syse, 2016). Andelen av befolkningen som er mellom 67 og 79 år økte med to prosentpoeng, fra 8,4 til 10,4, bare fra 2007 til 2017². Det vil bli en sterk vekst i de eldste aldersgruppene framover, både på grunn av den økende levealderen, og fordi de tallrike etterkrigskullene nå blir blant de eldste. Aldringen vil ramme noen strøk av landet mer enn andre; den vil bli langt sterkere i innlandet, i nord og i usentrale strøk enn i Oslo og byene.

En annen viktig demografisk endring berører familie og husholdninger. I flere ti-år har utviklingen gått i retning av mindre bohusholdninger, og det har blitt et større innslag av enslige og aleneboende. En av fire i den voksne befolkningen bor alene, rundt årtusensskiftet var andelen en av fem³. 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 også at i gruppen med flest aleneboende og enslige: eldre kvinner 67+, har det vært en liten reduksjon av andelen enslige⁴. 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.

Befolkningsframskrivningene tyder som nevnt på en betydelig vekst i andelen eldre de neste ti-årene. Det forventes også en fortsatt sterk økning i innvandringen, i hovedalternativet blir det spådd en dobling av antallet fram til midten av 2040-årene. Den generelle befolkningsveksten vil først og fremst komme i sentrale strøk, mens det for en del kommuner i usentrale strøk nordpå forventes en befolkningsnedgang (Tønnessen et al., 2016).

Sosiale og økonomiske trender

Sosioøkonomisk sett har det også skjedd store endringer i det norske samfunnet i løpet av de siste ti-årene. 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

² <https://www.ssb.no/befolkning/nokkeltall/befolkning>, lest 19.04. 2017

³ <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/saveselections.asp>, tabell 04306: Sosial kontakt, etter kjønn og alder, lest 19.04. 2017

⁴ <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/saveselections.asp>, tabell 04306: Sosial kontakt, etter kjønn og alder, lest 19.04. 2017

nesten like mange hadde grunnskole som høyeste utdanning. Husmorsamfunnet var også et industrisamfunn, de fleste menn arbeidet i manuelle yrker (Birkelund & Petersen, 2016). I dag (2015) har nesten tre ganger så mange nordmenn universitets- og høgskoleutdanning som i 1980. Og flere kvinner enn menn har høyere utdanning. Industrisyssetningen kulminerte på 1970-tallet. I 2015 arbeidet nesten åtte av ti i de tjenesteytende næringene. Den største sektoren i dag er kommunal og statlig forvaltning. En av de store vekstnæringene er helse- og omsorgssektoren; her er sysselsettingen mer enn femdoblet siden 1970⁵.

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). S. Markussen og Røed (2017) finner at den økonomiske og sosiale ulikheten har blitt større, og knytter dette til utviklingen av kunnskapssamfunnet. Personer født inn i de laveste økonomiske klassene (definert på grunnlag av foreldrenes arbeidsinntekt) har sakkert akterut de siste ti-årene. 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. S. 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.

De sosioøkonomiske trendene har på noen måter vært mere gunstige for kvinner enn for menn. Utdanningssystemet ser ut til å favorisere jenter, de får bedre karakterer og er sterkt overrepresentert blant de unge som tar høyere utdanning. De nye jobbene krever mer sosiale og kommuniserende ferdigheter, og mindre fysisk styrke, som dermed favoriserer egenskaper som ofte tillegges kvinner (Birkelund & Petersen, 2016). Og guttene har ikke på samme måte som jentene familien som en alternativ integrasjonsarena (Frønes, 2010).

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 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 (H. 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 svært 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

⁵ <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/274437?ts=1567e828450>, lest 19.04.2017

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. Arbeidsledigheten i Norge er på et lavt nivå, internasjonalt sett, men har vist en økende tendens de siste årene. I prosent av arbeidsstyrken har ledigheten økt det siste ti-året, fra sitt laveste nivå i 2007, da 2,5 prosent var ledige, til 4,7 prosent i 2016⁶. I sine siste prognoser regner SSB med at arbeidsledigheten er over toppen for denne gang, men at den bare vil gå litt ned i de neste årene og holde seg over 4 prosent i perioden 2017-2020⁷.

Framgangsmåte og datakilder

Dette kapitlet er i hovedsak basert på foreliggende statistikk og analyser av velferd og livskvalitet i Norge. En sentral kilde for slike analyser er de allmenne 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. 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 et al. (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, 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 mm 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 lavinntektsgrupper* (Omholt, 2016). 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 sin analyse både på levekårsundersøkelsene og på registerstatistikk over befolkningens inntekter.

⁶ <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/nokkeltall/fakta-om-arbeid>, lest 19.04. 2017

⁷ <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/artikler-og-publikasjoner/attachment/299130?ts=15aaf130a28>, lest 19.04. 2017

Vi har i tillegg til litteraturstudien valgt å gjøre en beskrivende analyse av noen utvalgte indikatorer hentet fra den norske utgaven av Den europeiske helseundersøkelsen (EHIS), gjennomført i 2015. I denne undersøkelsen kartlegges mange av de ulike formene for nød og lidelse som ble listet opp i tabell 1: Fysiske smerter, mentale lidelser, mangel på sosial kontakt og deltaking, ensomhet mm. I alt er denne undersøkelsen basert på intervjuer med 8164 personer; svarprosenten var 59 (Arstad & Lunde, 2017). I valget av grupper som indikatorene skal fordeles på, har vi forsøkt å velge de samme som i publikasjonen *Økonomi og levekår for ulike lavinntektsgrupper*, 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 levekårsundersøkelsene, 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 (Revolv, 2015) og innvandrere (Blom, 2010).

For 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 litteraturbaser. I hovedsak har litteratursøket blitt gjennomført ved å søke på aktuelle stikkord i *Oria* og *Web of Science*. Søkene har vært avgrenset til nyere litteratur, publisert de siste ti år (fra og med 2006). I tillegg til dette har vi gjort en gjennomgang av rapporter som har blitt publisert av sentrale forsknings- og analysemiljøer på velferdssfeltet, hovedsakelig det som har blitt utgitt siden 2011. 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, NOVA/Høgskolen i Oslo, NIBR og Frischsenteret. Vi har også i noen grad sett på rapporter og statistikk utgitt av offentlige organer: Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), Utdanningsdirektoratet, UDI, IMDI og Barneombudet.

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 som NOVA har stått for.

Gjennomgang av humanitære behov

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 nesten 8 år for menn og snaut 4 ½ år for kvinner⁸. Men framgangen har vært ulikt fordelt, og mindre positiv for grupper med lav inntekt og utdanning. Studier med et langt tidsperspektiv har funnet økte inntektsforskjeller i dødelighet – 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, 2015). Fra 1993 til 2008 var det derimot små endringer i dødelighetsforskjellene mellom menn med høy og lav inntekt. Blant kvinner var det en svak økning av forskjellene. Fattige har et kortere liv enn rike, også i dagens velstandssamfunn. Dødeligheten blant vedvarende fattige⁹ var i oppfølgingsperioden 2006-2010 mer enn dobbelt så høy som blant ikke-fattige i nesten alle aldersgrupper mellom 13 og 79 år (Dahl, Bergli, & Wel, 2014, s. 224). Utdanningsforskjellene er også betydelige. I perioden 2007-2013 hadde menn med grunnskoleutdanning en forventet levealder som var sju år kortere enn for menn med høgskole- eller universitetsutdanning. Forskjellene blant kvinner var litt mindre, 6 år. Ulikheten mellom utdanningsgruppene blant menn har blitt mindre etter 2000, mens de har økt blant kvinner (B. H. Strand, Grøholt, & Steingrimsdottir, 2016).

Ugifte, skilte og separerte har høyere dødelighet enn gjennomsnittet i befolkningen (Øystein Kravdal et al., 2015), spesielt hvis de er barnløse (Ø. Kravdal, Grundy, Lyngstad, & Wiik, 2012). På 1990-tallet var dødeligheten særlig høy blant enslige menn med lav og lav middels inntekt¹⁰.

Utdanningsforskjellene i dødelighet var også mer markerte blant enslige enn ellers i befolkningen. Enslige med lav utdanning så ut til å være en utsatt gruppe (Rognerud, Strand, & Næss, 2007, s. 13, 51).

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 rusrelaterte 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,

⁸ <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/dode/aar/2017-03-09#content>, lest 20.04. 2017

⁹ Personer som i årene 2003-2005 tjente under 60 prosent av medianinntekten i alle årene

¹⁰ Enslige var definert som personer i enpersonshusholdninger

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 større risiko for en tidlig død, kommer også fram i en undersøkelse av straffedømte. I denne studien så man på risikoen for død i perioden 2000-2008 for 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 betydelig høyere dødelighet enn ikke-straffedømte (den relativ risikoen for død var tre-fire ganger så stor). Mange av de narkotikarelaterte dødsfallene i Norge er knyttet til overdoser. En studie av alle dødsfall blant løslatte fra fengsel, i tidsrommet 2000-2015, viser en stor overhyppighet av overdoser allerede i den første uka etter løslatelse (Bukten et al., 2017).

En undersøkelse av narkotikarelaterte dødsfall i periodene 2003-2004 og 2006-2009, viser at de som dør av slike årsaker gjennomgående er 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. 32 prosent mottok sosialhjelp, sammenlignet med bare fire prosent i befolkningen som helhet. Antall dødsfall på grunn av narkotikabruk har holdt seg nokså stabilt de siste ti årene. Sammenlignet med de svært høye tallene rundt årtusenskiftet har det vært en nedgang. I 2015 ble det registrert 289 dødsfall der den underliggende årsaken var bruk av narkotika (Skretting, Vedøy, Lund, & Bye, 2016). Tallet på dødsfall som kan knyttes til alkoholbruk har derimot blitt mindre de siste 10 årene. Årlig er det likevel mer enn 300 alkoholrelaterte dødsfall¹¹.

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 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 betydelig 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).

¹¹ 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 et al., 2016, s. 60)

Som allerede vist, er det en betydelig grad av overlapping 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 levekårene for en rekke andre vanskeligstilte grupper, slik som personer med rusproblemer (Dahl et al., 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 2001-2015 var levealderen henholdsvis 6 (Sagene), 4 (Grünerløkka) og 3,9 (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 landsgjennomsnittet¹². 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 dødsrisikoen, uavhengig av hverandre. Dødeligheten er høyere for aldri gifte, enker og enkemenn og (særlig blant menn) skilte og separerte, enn blant gifte. Å bo i en kommune der en relativt høy andel er skilt/separert, har en selvstendig og negativ effekt på dødeligheten i kommunen (Øystein 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.

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 noe større de siste ti-årene. Femtedelen av befolkningen med lavest inntekt hadde fra midten av 1980-tallet og fram til 2014 en klart svakere inntektsvekst enn den rikeste femtedelen (Epland, 2016). Andelen personer som tilhører en lavinntektshusholdning¹³ har gått litt opp og ned de siste 20 årene, uten å vise noen entydig tendens. Men siden 2009 har andelen med relativ lavinntekt økt hvert år. Det har også blitt en større del av befolkningen som lever i husholdninger med vedvarende lavinntekt, over en tre-årsperiode, de siste årene (Epland & Revold, 2016).

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 2 gjengis en liste over noen av 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.

¹² Kilde er folkehelseprofilene for 2017, hentet her: <https://www.fhi.no/hn/helse/folkehelseprofil/>, lest 17.03.2017

¹³ Husholdningsinntekt per forbruksenhet (EU-skala) under 60 prosent av medianinntekten. Studenter er holdt utenfor

Tabell 2. Andel personer i husholdninger med årlig lavinntekt¹ i ulike grupper, 1996, 2006, 2014, og antallet personer i slike husholdninger 2014. Prosent og antall.

	1996	2006	2014	Antall personer med lavinntekt 2014
Aleneboende minstepensjonist	84	77	72	53 000
Mottar sosialhjelp ²	36	51	65	107 000
Langtidsledig ²	36	43	51	26 000
Flyktningebakgrunn ²	:	:	43	106 000
Innvandrere fra Afrika, Asia, Latin-Amerika etc. ²	:	35	38	155 000
Yngre aleneboende ³	26	31	36	85 000
Mottakere av arbeidsavklaringspenger ²	.	.	32	48 000
Enslige forsørgere	14	18	27	82 000
Uførepensjonister ²	16	14	18	49 000
Par med barn under 18 år	5	6	8	155 000
Alle personer uten studenter	8	8	9	540 000

¹ Husholdningsinntekt per forbruksenhet (EU-skala) under 60 prosent av medianinntekten i det enkelte år, ²Gjelder hovedinntektstaker, ³Under 35 år, studenter holdt utenfor.

Kilde: Epland 2016 (utdrag fra tabell 3.2 og 3.3.)

Par med barn er ingen lavinntektsgruppe, men er likevel tatt med fordi lavinntekt blant barn kan anses som særlig uheldig for barns utvikling og velferd (nærmere om det nedenfor). Gruppene overlapper i betydelig grad, de er altså ikke gjensidig utelukkende.

Mens i underkant av en tiendedel av befolkningen tilhørte en lavinntektshusholdning i 2014, var andelen mer enn 50 prosent i tre grupper: Aleneboende minstepensjonister, sosialhjelpsmottakere og langtidsledige. Av disse var sosialhjelpsmottakerne den klart største gruppen. Personer i husholdninger der sosialhjelpsmottakere var hovedinntektstaker utgjorde 107 000 av de 540 000 som var del av en lavinntektshusholdning. Over tid har det også vært en sterk vekst av andelen lavinntektshusholdninger i de tre gruppene, med unntak av de aleneboende minstepensjonistene.

Andre grupper som har en vesentlig, 3-4 ganger, høyere andel i lavinntektshushold enn gjennomsnittet, er flyktninger, innvandrere fra Afrika, Asia, Latin-Amerika etc., yngre aleneboende, personer på arbeidsavklaringspenger samt enslige forsørgere. Av disse var innvandrerne den største gruppen, 155 000. Tar vi med alle med innvandrerbakgrunn, også de som kommer fra andre land enn Afrika, Asia etc., og de norskfødte med innvandrerforeldre, utgjør denne gruppen nesten halvparten (260 000 av 540 000) av alle personer i husholdninger med lavinntekt (Epland, 2016).

Ser vi isteden på vedvarende lavinntekt over en periode på tre år, 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 det de

aleneboende minstepensjonistene 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 & Revold, 2016).

Både blant yngre aleneboende og enslige forsørgere har det vært en betydelig økning over tid av andelen som lever i husholdninger med vedvarende lavinntekt. Det samme gjelder barnefamiliene mer generelt. Ett av ti barn vokser nå opp i familier med vedvarende lavinntekt (Epland & Kirkeberg, 2017). Fra 2001 til 2015 ble andelen nesten tredoblet, fra 3,3 til 9,8 prosent. Blant barn med innvandrerbakgrunn var andelen hele 38 prosent, mens bare vel 5 prosent av barn uten innvandrerbakgrunn tilhørte en husholdning med vedvarende lavinntekt i 2015. Økningen de siste årene skyldes imidlertid ikke bare en økt innvandrerandel. Siden 2011 har det også blitt flere barn uten innvandrerbakgrunn i husholdninger med lav gjennomsnittsinntekt. 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 par årene, fra 2013. Dermed har de sakkett akterut i både relativ og absolutt forstand (Epland & Kirkeberg, 2017).

Det er store geografiske forskjeller. Flest barn, 17,5 prosent, vokser opp i lavinntektshusholdninger i Oslo, som er som forventet gitt at det er der vi finner flest innvandrere. Også Østfold og Telemark har en relativt høy andel barn i lavinntektshusholdninger. Østfold er fylket med størst økning de siste ti årene.

Det er grunn til å være særlig oppmerksom på utviklingen blant barn. En rekke studier i inn- og utland, også kvasi-eksperimentelle undersøkelser, tyder på at oppvekst i vedvarende fattigdom er uheldig for barns kognitive utvikling, og øker risikoen for 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 særlig tydelig blant barn i lavinntektsfamilier som ikke gikk i barnehage. Annen forskning har funnet en korrelasjon mellom lav inntekt i tidlige barneår og lavere arbeidsinntekt som voksen, kontrollert for inntekten seinere i barndommen og en rekke andre påvirkningsfaktorer. Sammenhengen var imidlertid svakere i Norge enn i USA (Duncan, Telle, Ziol-Guest, & Kalil, 2011). Ifølge den nevnte 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).

Innvandrere har som vist 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. Etter ti år er likevel andelen med vedvarende lavinntekt fremdeles mer enn det dobbelte av andelen i hele befolkningen. Andelen etter ti år er 30 prosent eller større 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 & Revold, 2016, s. 59).

Fysisk nød og mangel på goder

Men hva betyr egentlig disse inntektsforskjellene? Selv om lavinntektshusholdningene 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).

For å finne ut mer om dette, 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 3 gir en oversikt over noen utvalgte problemer, fordelt på mange av de samme utsatte gruppene som i tabell 2. Kilden er Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2015, gjengitt i Omholt (2016).

Tabell 3. Ulike typer økonomiske problemer i forskjellige utsatte grupper. 2015. Prosent

	Ikke råd til kjøtt/fisk ¹	Ikke råd til en ukes ferie	Ikke råd til minst to av tre goder ²	Vanskelig å få endene til å møtes ³
Sosialhjelpsmottakere	18	47	20	45
Aleneboende minstepensjonister	12	20	12	14
Yngre mottakere av arbeidsavklaringspenger ⁴	12	22	9	23
Innvandrere fra Afrika, Asia etc.	10	22	9	19
Enslige forsørgere	9	17	8	17
Yngre aleneboende ⁵	7	13	4	12
Uførepensjonister	5	17	4	11
Eldre mottakere av arbeidsavklaringspenger ⁶	4	20	5	20
Par med barn 0-17 år	1	3	1	3
Hele befolkningen 16+ år	3	6	2	6

¹Ikke råd til å spise kjøtt eller fisk annenhver dag, ²Ikke råd til minst to av tre goder: Kjøtt eller fisk annenhver dag, holde boligen passende varm, en ukes ferie utenfor hjemmet i året, ³Vanskelig eller svært vanskelig å få «endene til å møtes» med husholdningens samlede inntekt, ⁴16-44 år, ⁵Under 35 år, ⁶45-66 år

Kilde: Omholt, 2016, tabell B5 og B6.

Tabellen følger samme prinsipp som den foregående tabellen. Gruppene er rangert fra de mest til de minst «nødstedte», 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 3 prosent av befolkningen, anslagsvis 120 000 personer¹⁴.

¹⁴I dette anslaget er det tatt utgangspunkt i folkemengden per 1.1. 2015, for aldersgruppen 16+, som utgjorde 4 169 384 personer. Tallet er naturligvis langt fra nøyaktig, blant annet siden utvalget til

Det er store forskjeller mellom de utsatte gruppene. Som for lavinntekt, kommer sosialhjelpsmottakerne dårlig ut. Nesten en av fem 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, er enslige minstepensjonister, enslige forsørgere, yngre (16-44 år) mottakere av arbeidsavklaringspenger og innvandrere fra Afrika, Asia, Latin-Amerika etc. I disse gruppene er det mellom 9 og 12 prosent som øyensynlig ikke kan ta kjøtt eller fisk til middag som noen selvfølge. Samtidig er det tydelig at det store flertallet i disse gruppene tross alt ikke har dette problemet.

Andre økonomiske problemer er mer vanlige, og igjen er det sosialhjelpsmottakerne som markerer seg. Nesten halvparten av dem har ikke råd til en ukes ferie utenfor hjemmet, og 45 prosent synes det er vanskelig å få «endene til å møtes», med den inntekten husholdningen har. I fire andre utsatte grupper: yngre og eldre mottakere av arbeidsavklaringspenger, innvandrere fra Afrika, Asia etc. og enslige forsørgere, er det om lag en av fem som ikke har råd til ferie eller som synes det er vanskelig å få pengene til å strekke til i hverdagen. Relativt mange aleneboende minstepensjonister har ikke råd til visse grunnleggende goder, men andelen som sliter med å få endene til å møtes skiller seg ikke fullt så mye fra gjennomsnittet. Situasjonen for uførepensjonister er varierende, gjennomgående kommer de noe dårligere ut, men forskjellene er ikke så store. Unntaket er å ha råd til en ukes ferie: nesten tre ganger så mange uførepensjonister sier at de ikke har råd til dette som i befolkningen som helhet. 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.

Andre analyser har vist 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 (Revol, 2016). Også andre indikatorer på husholdningenes økonomiske situasjon tyder på økende forskjeller etter utdanning, slik som muligheten til å klare en uforutsett regning på 10 000 kroner, og andelen som ikke har råd til forskjellige goder. Tendensen til økte forskjeller gjelder også bolig og boligstandard. Mens andelen som eier egen bolig har falt blant personer med grunnskoleutdanning, har den økt noe blant andre utdanningsgrupper (Revol, 2016).

Bolig og bostedsløshet

Den siste tilgjengelige kartleggingen av bostedsløshet i Norge ble gjort i 2012 (Dyb & Johannessen, 2013). Data ble innhentet gjennom et spørreskjema til kommuner og ulike statlige og private instanser som ble antatt å kjenne til bostedsløse personer. Undersøkelsen viste at 6259 personer var bostedsløse i uke 48, 2012. Det var liten endring å spore i antallet, sammenlignet med kartleggingen i 2008. Flest bostedsløse per 1000 innbyggere (2,23) var det i storbyene, og færrest i kommunene med mindre enn 10 000 innbyggere (0,40 per 10 000 innbyggere). Vel fire av ti bostedsløse hørte hjemme i en av de fire største byene. Den dominerende inntektskilden var sosialhjelp. Andelen av de bostedsløse som lever på sosialhjelp, 38 prosent, har likevel gått ned siden den første kartleggingen i 1996. Sosialhjelp har til en viss grad blitt erstattet av andre offentlige overføringer, i 2012 var det

Levekårsundersøkelsene ikke omfatter institusjonsbefolkningen. I tillegg er det ikke tatt hensyn til de statistiske feilmarginene

også en stor gruppe som mottok arbeidsavklaringspenger. Færre enn en av ti hadde en form for arbeidsrelatert inntekt. Ni av ti var enslige.

Det er en nær sammenheng mellom bostedsløshet og rus. 54 prosent av de bostedsløse var avhengig av rusmidler, slik de ulike instansene vurderte dette, i 2012. Blant langvarig bostedsløse (31 prosent av alle) var hele 79 prosent avhengige av rusmidler, og om lag halvparten hadde en psykisk sykdom. 307 bostedsløse hadde midlertidig opphold i landet – sannsynligvis er dette tallet for lavt. 45 prosent av disse oppholdt seg i natthjem eller sov ute – over halvparten hadde ingen kjente inntektskilder.

357 foreldre med 679 barn ble registrert som bostedsløse. Under halvparten av disse var født i Norge. 27 prosent oppholdt seg på krisesenter. I denne gruppen var det svært få rusavhengige.

FNs komite for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK-komiteen) har kritisert norske myndigheters innsats for vanskeligstilte på boligmarkedet. Den har blant annet uttrykt bekymring for at et økende antall barn er bostedsløse sammen med sine foreldre (Norsk senter for menneskerettigheter, 2013, s. 35). 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).

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, og 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). For langvarig begrensende sykdom ser det ut til at utdanningsforskjellene 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 er (Dahl et al., 2014, s. 221). 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).

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

Selv om innvandrere generelt sett har noe lavere dødelighet enn befolkningen for øvrig (Syse, Strand, Næss, Steingrímssdóttir, & Kumar, 2016), viste den siste foretatte levekårsundersøkelsen blant innvandrere i Norge, fra ti forskjellige land, at mens 86 prosent av befolkningen som helhet vurderte

sin helse som god eller meget god, var i gjennomsnitt 67 prosent blant de ti ikke-vestlige landgruppene som var av samme oppfatning. Det var også en klart høyere andel som led av forskjellige psykosomatiske symptomer i disse innvandrergroppene enn ellers i befolkningen (Blom, 2008).

I tabell 4 har vi listet opp andelen med nedsatt funksjonsevne og dårlig egenvurdert helse i noen av de samme lavinntektsgruppene som vi har sett på tidligere. Ikke overraskende er det slik at de som mottar helserelaterte ytelser, enten det er arbeidsavklaringspenger eller uførepensjon, også har dårligst helse. Da er det mer verdt å merke seg at såpass mange sliter med helseproblemer blant sosialhjelpsmottakerne. Snaut en av tre har nedsatt funksjonsevne, dobbelt så mange som i befolkningen som helhet, på tross av den relativt lave gjennomsnittsalderen i denne gruppa.

Tabell 4. Helseproblemer og udekkede behov for helsehjelp i enkelte særlig utsatte grupper. 2015. Prosent.

	Andel med nedsatt funksjonsevne	Andel med dårlig helse ¹	Udekket behov medisinsk hjelp ²	Udekket behov tannlegehjelp ³	Økonomiske årsaker til udekket behov tannlegehjelp
Yngre mottakere av arbeidsavklaringspenger ⁴	61	34	10	28	21
Eldre mottakere av arbeidsavklaringspenger ⁵	59	30	5	16	12
Uførepensjonister	57	25	5	11	6
Aleneboende minstepensjonister	46	16	6	13	9
Sosialhjelpsmottakere	32	18	13	31	26
Hele befolkningen 16+ år	16	6	2	7	4

¹Vurderer egen helse som dårlig eller svært dårlig, ²Hatt behov for medisinsk undersøkelse eller behandling av lege uten å få det siste 12 måneder, ³Hatt behov for å gå til tannlege uten å gjøre det siste 12 måneder, ⁴16-44 år, ⁵45-66 år

Kilde: Omholt, 2016, forskjellige kapitler

Helseproblemer gir seg flere uttrykk, ikke minst smerter. Kroniske smerter kan ha særlig negative konsekvenser for opplevd livskvalitet. «Kroniske smertepasienter har to-fire ganger høyere forekomst av angst og depresjon, og dobbelt så stor forekomst av selvmord som befolkningen for øvrig» (Nielsen, Steingrimsdottir, & Berg, 2015).

Anslagsvis 25-30 prosent av den voksne befolkningen er rammet av kroniske smerter, og er mer utbredt blant personer med lav inntekt og utdanning enn ellers i befolkningen (Nielsen et al., 2015). Levekårsundersøkelsen om helse fra 2015 viste at 24 prosent hadde moderate, sterke eller svært sterke smerter i kropp eller hode i løpet av en fire ukers periode. Ni prosent oppga at smertene var sterke eller svært sterke.

Det er særlig vanlig å ha smerter blant uførepensjonister og eldre mottakere av arbeidsavklaringspenger, i disse gruppene er mer enn halvparten utsatt for smerter (vedleggstabell 1). 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).

Mens andelen som var utsatt for smerter blant innvandrere fra Afrika, Asia etc. ikke skilte seg mye fra landsgjennomsnittet ifølge levekårsundersøkelsen om helse 2015, har egne undersøkelser av levekårene blant innvandrere funnet en betydelig overhyppighet av smerteplager. En tidligere undersøkelse fant store forskjeller etter landbakgrunn. Andelen som var plaget av smerter var høyere for kvinner enn menn; blant kvinner fra Tyrkia og Pakistan var mer enn halvparten plaget av smerter (Blom, 2008). Andre undersøkelser har vist at kvinner fra disse landene har en sterk overrepresentasjon av personer med fedme og fysisk inaktivitet (Rognerud et al., 2007).

Tidligere undersøkelser har funnet at sosialhjelpsmottakere relativt ofte er utsatt for smerteplager. 44 prosent i et utvalg bestående av langtidsmottakere i 14 kommuner hadde kroniske smerter. De fleste av disse hadde også psykiske problemer (Loyland, 2016). Lavekårsundersøkelsen om helse 2015 viste imidlertid at sosialhjelpsmottakerne ikke skilte seg så mye fra landsgjennomsnittet (vedleggstabell 1). Forskjellen sammenlignet med andre undersøkelser kan skyldes at vi ikke ser spesifikt på langtidsmottakerne av sosialhjelp, men kan også skyldes forskjeller i utvalgsstørrelse og representativitet.

Et viktig moment i vurderingen av humanitære behov er om forskjellige grupper får den hjelpen de trenger. Finnes det udekkede behov for hjelp fra helse- og omsorgstjenestene? 2 prosent av den voksne befolkningen sier at de har hatt behov for undersøkelse eller behandling av lege uten å få det, i løpet av de siste 12 månedene (tabell 4). Denne andelen er betydelig høyere blant sosialhjelpsmottakere og yngre mottakere av arbeidsavklaringspenger. I disse gruppene er det om lag en av ti som har hatt udekkede medisinske behov. Et udekket behov for tannlegetjenester er likevel langt mer vanlig. Om lag tre av ti blant sosialhjelpsmottakerne og de yngre mottakerne av arbeidsavklaringspenger har hatt behov for å gå til tannlege uten å gjøre det, og økonomiske grunner til hvorfor en har latt være er nokså utbredt i begge grupper.

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 angst¹⁵. 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. I tillegg er det mye som tyder på at

¹⁵ 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

personer med lav inntekt og utdanning ikke bruker tannlegetjenester så mye som andre, selv om behovet er tilstede (Dahl et al., 2014).

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, av frykt, utrygghet, tristhet og depresjon, 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 har 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. Andelene har vært nokså stabile over tid, men mye tyder på en økning blant ungdom. Nærmere tre av ti jenter på videregående skole i Oslo har depressive symptomer, det samme gjelder om lag en av ti gutter. Over tid, siden 1996, har det vært en klart økende trend, særlig blant jentene (Andersen & Bakken, 2015).

Dette gir imidlertid ikke noe fullstendig bilde av de psykiske lidelsene i samfunnet. tillegg til angst- og depresjonsplagene kommer rusrelaterte lidelser (alkoholisme og narkomani), personlighetsforstyrrelser og psykoser. Forekomsten av schizofreni er anslått til en prosent av befolkningen (Nes & Ørstavik, 2016).

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).

En analyse av Levekårsundersøkelsen 2005 så nærmere på psykisk helse blant forskjellige utsatte og sårbare grupper. Sosialhjelpsmottakere og trygdede (andelene som var uføre, på arbeidsledighetstrygd eller under attføring slått sammen) var gruppene med dårligst psykisk helse. Også personer som ikke var i arbeid eller under utdanning hadde en relativt høy andel med psykiske problemer (Myklestad, Rognerud, & Johansen, 2008). Sosialhjelpsmottakerne hadde i tillegg en særlig høy bruk av hasj og annen narkotika, og flest alkoholavhengige og røykere (Myklestad et al., 2008).

Andelen med betydelige psykiske vansker er også langt høyere blant funksjonshemmede enn ellers i befolkningen. Blant alle funksjonshemmede var andelen 46 prosent i 2008. Dette skyldes neppe bare at en del er funksjonshemmet med bakgrunn i psykiske lidelser. Den høye andelen med psykiske vansker finner vi også hos funksjonshemmede med fysiske begrensninger, slik som

bevegelseshemmede. 43 prosent av alle bevegelseshemmede hadde betydelige psykiske vansker i 2008, sammenlignet med 12 prosent av hele befolkningen (Ramm, 2010).

Tabell 5 viser hvordan psykiske problemer varierer blant forskjellige utsatte og sårbare grupper, i følge Levekårsundersøkelsen om helse 2015. Det er viktig å være klar over at disse tallene ikke er sammenlignbare med de tidligere levekårsundersøkelsene. Levekårsundersøkelsen om helse 2015 ble i hovedsak gjennomført som et telefonintervju, mens spørsmålene om psykisk helse i de tidligere undersøkelsene ble stilt som del av selvutfyllingsskjema. Det er etter alt å dømme en del personer som lar være å fortelle hele sannheten om sensitive og «private» forhold i intervjuer; når rapporteringen kan skje anonymt, som i et skjema man fyller ut selv, er det lettere å være ærlig.

Yngre mottakere av arbeidsavklaringspenger skiller seg markert ut. Andelen med psykiske problemer er mer enn fem ganger så høy som i befolkningen som helhet. Dette er imidlertid en liten gruppe (N=161), som gir stor statistisk usikkerhet. I fire av gruppene er andelen med psykiske problemer om lag tre ganger så høy som i befolkningen som helhet: Sosialhjelpsmottakere, uførepensjonister, arbeidsledige og eldre mottakere av arbeidsavklaringspenger. En viss overhyppighet finner vi også, i tråd med tidligere undersøkelser, blant innvandrere fra Afrika, Asia etc., og blant unge kvinner.

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 (noe tilsvarende er påvist for dødelighet, se Elstad, Dahl og Hofoss (2005). Nyere tall fra Levekårsundersøkelsen om helse 2015 viser imidlertid helt minimale forskjeller i utbredelsen av psykiske problemer mellom Oslo, andre storbyer og resten av landet (tall ikke vist).

Ungdata-undersøkelsene tyder ikke på at Oslo-ungdom er vesentlig mer deprimerte enn annen ungdom (Andersen & Bakken, 2015). Men flere Oslo-ungdom har brukt hasj eller marihuana siste år enn ellers i landet, og her er det klare forskjeller. Det er også flere i Oslo som har blitt tilbudt hasj.

I noen av gruppene som ikke inngår i levekårsundersøkelsene, ikke minst de som bor på institusjon, er det mange som sliter med psykiske problemer. Andelen som har en eller flere psykiatriske og atferdsmessige symptomer som depresjon, angst, apati og irritabilitet er svært høy blant sykehjemsbeboere (Selbaek, Kirkevold, & Engedal, 2007). Vi har også nevnt at psykiske lidelser og rusproblemer er utbredt blant langvarig bostedsløse.

En undersøkelse av innsatte i fengsler fra 2014 fant at 35 prosent hadde betydelige psykiske problemer, sammenlignet med en av ti i landet som helhet, se nærmere redegjørelse i et seinere avsnitt (Revolv, 2015).

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 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. For eksempel er det en relativt høy andel av de yngre mottakerne av arbeidsavklaringspenger som er misfornøyd med livet, det samme gjelder

uførepensjonister, sosialhjelpsmottakere, arbeidsledige og eldre mottakere av arbeidsavklaringspenger. Det er likevel noen nyanser i resultatene. Arbeidsledige skårer høyt på meningsløshet, betydelig høyere enn andelen med psykiske problemer skulle tilsi. Eldre 80+ år har ingen overhyppighet av dårlig psykisk helse, men det er mer vanlig i denne aldersgruppen enn ellers i befolkningen å være misfornøyd og oppleve at det en gjør i livet er lite meningsfullt.

Tabell 5. Forskjellige indikatorer på psykisk helse og livskvalitet i ulike utsatte grupper. 2015. Prosent

	Har psykiske problemer ¹	Lite fornøyd med livet ²	Lite meningsfullt liv ³
Yngre mottakere av arbeidsavklaringspenger ⁴	32	29	35
Uførepensjonister	18	20	19
Sosialhjelpsmottakere	18	18	19
Eldre mottakere av arbeidsavklaringspenger ⁵	17	19	20
Arbeidsledige	16	21	29
Innvandrere fra Afrika, Asia etc.	13	15	13
Kvinner 16-24 år	12	7	12
Lav utdanning ⁶	10	13	14
Enslige forsørgere	10	12	8
Yngre aleneboende ⁷	9	9	13
Barnefamilier i laveste inntektskvintil	8	10	9
Eldre 80+ år	4	15	16
Hele befolkningen 16+ år	6	8	8

¹Andel som vurderes å ha psykiske problemer på grunnlag av spørsmålsbatteriet HSCL-10, ²Oppgir verdien 5 eller lavere i vurderingen av hvor fornøyd man er med livet, 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, ⁴16-44 år, ⁵45-68 år, ⁶Grunnskole som høyeste utdanning, ⁷16-34 år

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse 2015

Mellommenneskelig lidelse

Mennesker har et grunnleggende behov for sosial aksept, støtte og tilhørighet. Når behovet for dette ikke blir tilfredstilt, og en i verste fall blir utstøtt fra fellesskapet eller utsatt for krenkelser, mobbing og vold, oppleves det som smertefullt. Resultater 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 (De Jong Gierveld, Van 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 følelsen 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).

Hvor mange er plaget av ensomhet? 28 prosent av den voksne befolkningen oppga i 2012 at de hadde vært litt, ganske mye eller veldig mye plaget av følelser av ensomhet i løpet av en 14-dagers periode. 7 prosent hadde vært ganske mye eller veldig mye plaget (Barstad & Sandvik, 2015). Opplevelser av ensomhet, i milde eller sterkere varianter, ser med andre ord ut til å være nokså vanlig. Levekårsundersøkelser tilbake til begynnelsen av 1990-tallet og fram til 2012 tyder på at utbredelsen av ensomhet i befolkningen i hovedsak har vært uendret de siste ti-årene (Svendsen, 2015, s. 53-54). Men dette er følelser som er mer karakteristiske for noen grupper i befolkningen enn andre. Sammenhengen med alder er u-formet, det er mest ensomhet blant de unge blant de eldste, 80+. En analyse av hvilke sosiale og demografiske faktorer som har sterkest sammenheng med ensomhet, viser at det er integrasjonen i arbeidsliv og familie som har størst betydning. Det er framfor alt enslige uten barn, særlig menn, som er plaget av ensomhetsfølelse, i tillegg til enslige forsørgere, arbeidsledige og uføre (Barstad & Sandvik, 2015).

Andre analyser har vist betydningen av helse og funksjonshemming. Dårlig helse øker ofte behovet for aksept og støtte fra andre, samtidig som helsetilstanden kan fungerer som en hindring for å tilfredsstille disse behovene. 23 prosent blant funksjonshemmede er mye plaget av ensomhet; blant funksjonshemmede med psykiske vansker er andelen hele 43 prosent (Ramm, 2010, s. 31). Blant eldre 80+ med svekket helse oppgir 7 av 10 at de er litt eller mye plaget (Normann, 2011).

Her, som i mange andre sammenhenger, er sosialhjelpsmottakere en utsatt gruppe. I Levekårsundersøkelsen 2008 oppga 65 prosent av sosialhjelpsmottakerne at de var plaget av ensomhet, altså et nesten like høyt tall som blant de eldste eldre med svekket helse (Vrålstad, 2012, s. 122). Innvandrere er en annen gruppe der relativt mange opplever ensomhet. I Levekårsundersøkelsen blant innvandrere fra 2005/2006 var det framfor alt innvandrere og etterkommere fra Serbia-Montenegro, Iran, Irak og Tyrkia som ga uttrykk for at de ofte var ensomme; andelene var langt høyere enn i befolkningen som helhet (Blom & Henriksen, 2008). En

analyse av en tidligere levekårsundersøkelse blant innvandrere tyder på at både språkproblemer, et relativt svakt familienettverk og at færre er i jobb enn i majoritetsbefolkningen, bidrar til å forklare hvorfor de er særlig utsatt (Blom, 1997).

Forskjellige indikatorer på sosial deltaking og tilgang til ressurser i de sosiale nettverkene gir et lignende bilde av ulikhetene i befolkningen på dette området. I levekårsundersøkelsene er det for eksempel spurt om de intervjuede har noen som de regner med vil stille opp for dem hvis de får store personlige problemer, og hvor mange dette er. Prosentandelen som har to eller færre personer som de regner med vil stille opp, er særlig høy blant eldre 67+, innvandrere, personer med lav utdanning, pensjonister og uføre, samt enslige uten barn. Tilgangen til råd eller hjelp i viktige situasjoner viser mye av det samme fordelingsmønsteret (Barstad & Sandvik, 2015). En del av disse forskjellene har etter alt å dømme sammenheng med helseproblemer. 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). Psykiske helseproblemer ser også ut til å være forbundet med kontaktvansker med andre (Ramm & Otnes, 2013). Sosialhjelpsmottakere er ikke bare mer ensomme, men har i tillegg oftere liten vennekontakt, få å regne med når personlige problemer oppstår, og færre som deltar i organisasjoner enn befolkningen forøvrig (Vrålstad, 2012).

I vedleggstabell 2 er det listet opp en del indikatorer på mellommenneskelige problemer, med utgangspunkt i Levekårsundersøkelsen om helse 2015. Fordelingsmønsteret, for eksempel for ensomhet, er mye av det samme som redegjort for ovenfor. Ulikhetene framstår likevel som mindre enn det de tidligere undersøkelsene har gitt inntrykk av. Den største forskjellen er at utbredelsen av ensomhet er mye lavere. 16 prosent av den voksne befolkningen var plaget av ensomhet i 2015, nesten en halvering sammenlignet med 2012. Som tidligere nevnt, skyldes dette etter alt å dømme metodiske faktorer og ikke en substansiell endring.

Vold

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 2015 var det 3,5 prosent av den voksne befolkningen som oppgav at de hadde vært utsatt for vold eller trusler i løpet av de siste 12 måneder. Dette er den laveste andelen som har blitt registrert siden en begynte å stille spørsmål om dette, i 1983. Også andelen som hadde vært utsatt for tyveri eller skadeverk, og som var urolige for å bli utsatt for vold eller trusler på bostedet, var rekordlav¹⁶. I aldersgruppen 16-24 år var andelen som hadde vært utsatt for vold i 2015 under halvparten av hva den var i 2007.

Kvinner blir oftere rammet av vold og overgrep enn menn; framfor alt er kvinner mer utsatt for seksuelle overgrep (Thoresen & Hjemdal, 2014).

¹⁶ <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/vold> , lest 10.04. 2017

Blant andre grupper har det i en årrekke vist seg at enslige er mer rammet av vold enn de som befinner seg i andre familiefaser. Enslige er fortsatt mest utsatt, men i den siste undersøkelsen fra 2015 var forskjellene mindre tydelige enn de har vært tidligere. Enslige forsørgere har imidlertid ikke opplevd noen nedgang, og denne gruppen skiller seg dermed enda mer ut enn før¹⁷. 12 prosent av de enslige forsørgerne hadde vært utsatt for vold eller trusler i 2015, altså mer enn tre ganger så mange som i befolkningen som helhet.

Som for så mange andre velferdsproblemer, er heller ikke vold og uro for å bli utsatt for dette, tilfeldig fordelt i befolkningen. Det er en sammenheng med økonomi, både de som tilhører lavinntektsgruppen (inntekt under 60 prosent av medianinntekten) og de som er sosialhjelpsmottakere, er mer utsatt for vold enn andre. Blant sosialhjelpsmottakere er det også en overhyppighet av personer som har vært utsatt for trusler, og som er urolige for å bli utsatt for vold eller trusler, selv ved kontroll for lavinntekt og utdanningsnivå, i tillegg til forskjellige demografiske egenskaper (Vrålstad, 2012). Den nasjonale forekomststudien, gjennomført i 2013, fant at både 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).

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).

Vedleggstabell 2 viser andelen som har vært urolig for å bli utsatt for vold eller trusler når de går ute alene på bostedet, i forskjellige grupper. Blant unge kvinner og yngre mottakere av arbeidsavklaringspenger har nærmere en av fem vært urolige for å oppleve dette. Innvandrere fra Afrika, Asia etc. gir også relativt ofte uttrykk for uro. Det kan i hvert fall delvis ha sammenheng med at denne gruppen er overrepresentert i Oslo og storbyene. Uroen for å bli utsatt for vold er mer utbredt i Oslo enn ellers i landet.

Det er grunn til å tro at vold og seksuelle overgrep har særlig negative konsekvenser når det rammer barn. Det er anslått at 8-22 000 barn observerer eller utsettes for grov vold årlig, men usikkerheten er stor (Rasmussen, Strøm, Sverdrup, & Vennemo, 2012). 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, 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. 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

¹⁷ <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/vold>, lest 10.04. 2017

knyttet til sex i bevisstløs tilstand (Mossige et al., 2016, s. 96). Omfanget av seksuell vold endret seg lite fra 2007 til 2015.

Et betydelig antall barn og unge utsettes også for mobbing. 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). Kunnskapsgrunlaget er særlig solid for fire typer negative utfall av mobbing: Emosjonelle problemer, psykosomatiske problemer, lav selvtillit og selvmordstanker. Risikoen for å utvikle en depresjon i etterkant av mobbingen øker for eksempel betydelig. Nå er det ikke gitt at dette representerer en årsakssammenheng, siden det å ha for eksempel emosjonelle problemer også kan bidra til at en blir et mobbeoffer. Noen undersøkelser der en følger de samme individene over tid tyder på en gjensidig påvirkningssammenheng 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 viser 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).

Elevundersøkelsene, som gjennomføres fra 5. trinn til og med videregående, viser at forekomsten av mobbing fra medelever to til tre ganger i måneden eller mer, var 4,6 prosent i 2016. Tar en også med andre former for mobbing (digitalt, av voksne), var det 6,3 prosent av elevene som i en eller forstand ble mobbet. På grunn av endringer i spørsmålsformuleringene, er det vanskelig å si noe sikkert om endringer over tid.

Ungdata-undersøkelsene viser tidstrender for elever på ungdomstrinnet (Bakken, 2016). I disse undersøkelsene blir det spurt om den unge er utsatt for plaging, trusler eller utfrysing av andre unge, på skolen eller i fritida. Andelen som svarte at de ble utsatt for dette minst hver 14. dag eller oftere, var 8 prosent blant jentene og snaut 7 prosent av guttene. Fra 2011 til 2015 har andelen jenter som er mobbet økt litt, mens det ikke har vært noen endringer blant guttene. En av ti gutter på ungdomstrinnet har blitt utsatt for vold som ga sår eller annen skade i løpet av det siste året, en noe lavere andel enn i 2011 (Bakken, 2016). Hele 37 prosent av dem som blir mobbet flere ganger i uka, har blitt utsatt for vold som ga sår eller annen skade (Bakken, 2016, s. 102).

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). Tidligere norske studier har funnet lignende forskjeller etter utdanning (Rognerud et al., 2007, s. 29).

Sosial lidelse

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, for eksempel snaut en av fire ikke-sysselsatte funksjonshemmede (Bø & Håland, 2016).

I den siste ti-årsperioden har det vært en nedgang av andelen sysselsatte, særlig blant menn under 40 år, og en økning av arbeidsledigheten. Samtidig er stadig flere unge under utdanning. Det beste målet på marginalisering blant unge er de som verken er i arbeid, utdanning eller opplæring, såkalte NEETs («Not in Employment, Education or Training»). I 2016 var det 7 prosent, 73 000 personer, i alderen 15-29 år som tilhørte denne gruppa. Den mest entydige tendensen til endring over tid finner vi blant menn 20-29 år, i denne gruppa økte NEET-andelen fra 6 til 9 prosent i løpet av tiårsperioden 2006-2016. Fordi disse tallene er basert på en utvalgsundersøkelse (Arbeidskraftundersøkelsene), er det usikkert hvor stor den reelle endringen er, men også forskning basert på registerdata har funnet tegn til en sterkere økning av marginaliseringen blant unge menn enn blant kvinner i samme alder (Grødem et al., 2014; Widding-Havnerås, 2016).

Noen av kjennetegnene ved NEET-gruppen er at innvandrere og personer med lav utdanning er overrepresentert. Ungdom med kun grunnskole utgjør omkring 60 prosent, en høy andel sammenlignet med andre nordiske land (Hardoy, Røed, Von Simson, & Zhang, 2016). Langt flere unge i alderen 16-34 år med innvandrerbakgrunn fra Asia, Afrika mfl. er ikke sysselsatt eller under utdanning, sammenlignet med personer uten innvandrerbakgrunn. Etterkommere av innvandrere er imidlertid bedre stilt (Justisdepartementet, 2017). NEET-gruppen har også, ikke overraskende, 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).

En del av dem som er i NEET-gruppen får helserelaterte ytelser; andelen blant unge 18-29 år som mottar en midlertidig eller varig helserelatert ytelse økte fra om lag 3 prosent i 1992 til snaut 5 prosent i 2012 (Grødem et al., 2014). Den økte uførepensjoneringen blant de unge har vakt størst bekymring, siden den impliserer at en økende andel unge på permanent basis står utenfor arbeidslivet. De siste årene har tilgangsratene økt, både blant yngre og eldre ungdom. Ved utgangen av 2016 var det om lag 14 300 mottakere av uføretrygd i alderen 18-29 år. I løpet av de siste ti årene har antallet nesten blitt fordoblet. Målt som andel av aldersgruppen var det en økning fra 1,1 til 1,7 prosent (Ellingsen, 2017).

En oversikt over utviklingen blant unge mellom 18 og 29 år, for perioden 1977-2013, viste en betydelig økning av antallet nye mottakere per 100 000 innbyggere (Brage & Thune, 2015). Det er først og fremst veksten blant 18-19-åringene som forklarer dette. Det er særlig diagnosegruppen «psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik» som har økt i hyppighet siden slutten av 1970-årene blant de yngste. Noe av bakgrunnen for dette er bedret medisinsk behandling av barn med kromosomavvik. Blant 20-24-åringene har det vært en særlig sterk vekst i uføretrygd på grunn av organiske lidelser, schizofreni og atferds- og personlighetsforstyrrelser. I aldersgruppen 25-29 år har det vært mer enn en tredobling av uførepensjonering grunnet psykiske lidelser. Økt oppmerksomhet rundt, og bedret diagnostikk av, psykiske lidelser som ADHD og personlighetsforstyrrelser kan ha bidratt til denne veksten (Brage & Thune, 2015).

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. Frafall 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 (E. 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).

Funksjonshemmede er en av gruppene i arbeidsfør alder med svakest tilknytning til arbeidslivet. I 2. kvartal 2016 var 44 prosent av funksjonshemmede sysselsatt. Sysselsettingen er særlig lav blant funksjonshemmede med lav utdanning. Mens 31 prosent blant funksjonshemmede med ungdomsskole som høyeste utdanning var sysselsatt, var andelen mer enn dobbelt så høy, 68 prosent, blant funksjonshemmede med mer enn fire års utdanning på universitets- og høyskolenivå (Bø & Håland, 2016). Det siste tallet er ikke så veldig mye lavere enn gjennomsnittet for hele befolkningen. Hvor høy andel som er sysselsatt varierer også med type funksjonshemming. Funksjonshemmede med psykiske problemer er i liten grad sysselsatt, bare vel en fjerdedel, mens sysselsettingen er betydelig høyere blant personer med nedsatt syn og hørsel, se Faggruppen for IA-avtalen (2016).

En annen gruppe med betydelige sysselsettingsutfordringer er innvandrere og flyktninger. Flyktninger har lavest sysselsetting. I 4. kvartal 2015 var vel 47 prosent av flyktninger 15-74 år sysselsatt, mens andelen i hele befolkningen var i overkant av 66 prosent. Sysselsettingen øker sterkt med botiden; flyktninger med botid på mellom 7 og 19 år har en sysselsetting på 50 – 53 prosent, mens blant dem med 20 års botid og mer er sysselsettingen tett opptil 60 prosent. Som for de funksjonshemmede, er det flyktninger med lav utdanning som er mest utsatt. Siden over halvparten av flyktingene bare har grunnskole, trekker det gjennomsnittet ned. Flyktninger med videregående eller høyere utdanning tatt i Norge har en sysselsetting som er bare noen få prosentpoeng under hele befolkningen på samme utdanningsnivå (Olsen, 2017, s. 4).

Blant innvandrerne som helhet var 60 prosent sysselsatt per 4. kvartal 2016, vel 6 prosentpoeng lavere enn for den øvrige befolkningen¹⁸. Dette gjennomsnittet skjuler imidlertid store forskjeller mellom personer etter landbakgrunn, kjønn, botid og utdanningsnivå. Noen innvandrergrupper har høyere sysselsettingsrater enn det som er tilfelle for personer uten innvandringsbakgrunn, for eksempel de som kommer fra EU-land i Øst-Europa, mens sysselsettingen er langt lavere blant innvandrere fra land i Asia og Afrika. Bare vel 42 prosent av de afrikanske innvandrerne var sysselsatt i siste kvartal 2016.

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

¹⁸ <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/innvregsys>, lest 27.04. 2017

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 var den mest utbredte formen. Lagerarbeideren Mohammed hadde 25 prosent mindre sjanse for å få positivt svar på sin boligsøknad enn økonomen Hanne (Andersson, Jakobsson, & Kotsadam, 2012).

Diskriminering kan også skje på andre områder enn på arbeids- og boligmarkedet. Nesten halvparten av et utvalg av innvandrere fra forskjellige ikke-vestlige land oppga i 2005/2006 at de hadde opplevd diskriminering på ett eller flere områder, mens snaut en av fem hadde opplevd det på minst to områder, slik som på boligmarkedet, ved ansettelser og på utesteder (Tronstad 2008).

Funksjonshemmede er en annen gruppe som relativt ofte føler seg utsatt for diskriminering. 7 prosent av personer med nedsatt funksjonsevne har følt at de har blitt diskriminert på grunn av helseproblemer eller nedsatt funksjonsevne det siste året. Blant bevegelseshemmede var andelen 16 prosent (Ramm, 2010, s. 63-64).

I levekårsundersøkelsen om helse 2015 ble det stilt et enkelt spørsmål om den intervjuede hadde opplevd å bli diskriminert i løpet av de siste 12 månedene. 8 prosent svarte bekreftende på dette. Blant sosialhjelpsmottakere, arbeidsledige, yngre mottakere av arbeidsavklaringspenger og blant innvandrere fra Afrika, Asia etc. var andelen som etter eget utsagn hadde vært utsatt for diskriminering mellom 17 og 20 prosent, altså mer enn det dobbelte av landsgjennomsnittet (tabell 6).

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).

Tabell 6. Andel som har opplevd å bli diskriminert de siste 12 måneder, i ulike utsatte grupper. 2015. Prosent

Yngre mottakere av arbeidsavklaringspenger ¹	20
Innvandrere fra Afrika, Asia etc.	19
Arbeidsledige	18
Sosialhjelpsmottakere	17
Uførepensjonister	15
Enslige forsørgere	13
Barnefamilier i laveste inntektskvintil	12
Yngre aleneboende ²	12
Kvinner 16-24 år	11
Eldre mottakere av arbeidsavklaringspenger ³	9
Lav utdanning ⁴	9
Eldre 80+ år	2
Hele befolkningen 16+ år	8

¹16-44 år, ²16-34 år, ³45-68 år, ⁴Grunnskole som høyeste utdanning

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse 2015

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 mulighetene på boligmarkedet. Personer i husholdninger med vedvarende lavinntekt er sjeldnere boligeiere, i tillegg har denne gruppen en noe dårligere boligstandard enn gjennomsnittet (Epland & Revold, 2016, s. 44-45).

Tidligere analyser av levekårsproblemer i norsk sammenheng, har funnet en opphopning blant ikke-yrkesaktive og enslige forsørgere (Iversen, Andersen, Ellingsæter, & Hansen, 1987), og blant unge sosialhjelpsmottakere (Sæbø & Øverbye, 1994). En analyse av mottakere av langvarig sosialhjelp viste en sterk overhyppighet av helse- og rusrelaterte problemer. Fire av fem langvarige sosialhjelpsmottakere hadde enten dårlig fysisk helse, dårlig psykisk helse, rusproblemer eller smerter, ifølge en studie fra 2006 (Van der Wel, Dahl, Løyland, Naper og Slagsvold (2006), gjengitt i Fløtten, Hermansen, Hippe og Lescher-Nuland (2011, s. 52)).

Blant nyere analyser har Tor Morten Normann (Normann, 2009a, 2009b), med utgangspunkt i Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2007, laget en indeks for levekårsproblemer basert på følgende sju indikatorer: 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. 9 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), teller opp antallet problemer innenfor de følgende levekårskomponentene: Arbeidsmarked, helse, økonomi, sosiale relasjoner, psykiske vansker, nærmiljø og bolig. Det er framfor alt fem grupper som skiller 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 tilhører en husholdning der noen har mottatt sosialhjelp i 2012. I alle disse gruppene har mer enn en fjerdedel minst tre problemer, mens landsgjennomsnittet er 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, er derfor arbeidsmarkedskomponenten tatt ut. Aller dårligst ut kommer sosialhjelpsmottakere, om lag halvparten av disse har minst tre problemer. En multivariat analyse, med sikte på å avdekke hvilke bakgrunnsfaktorer som alt i alt korrelerer sterkest med tallet på problemer, bekreftet i hovedtrekk disse forskjellene.

Heller ikke norsk samfunnsliv er altså fri fra klare tendenser til at visse grupper er utsatt for en akkumulering av velferdsproblemer. I tråd med annen nordisk samfunnsforskning er dette framfor alt personer som er i randsonen av eller utenfor arbeidslivet (arbeidsledige og uføre), enslige og enslige forsørgere, personer med lav utdanning og med fødeland utenfor Norge. Av de forskjellige problemene er det særlig dårlig økonomi som ofte går sammen med andre problemer, noe som også er bekreftet av annen levekårsforskning, se gjennomgangen i Barstad (2016).

Humanitære behov i grupper som er mangelfullt dekket i levekårsundersøkelsene

Innsatte i fengsler

Høsten 2014 ble det gjennomført en egen levekårsundersøkelse blant innsatte i norske fengsler. Levekårene for innsatte ble sammenlignet med referansegrupper som hadde de samme demografiske kjennetegnene, i SSBs generelle levekårsundersøkelser¹⁹ (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 prosent²⁰. Et flertall av de innsatte hadde brukt narkotika i året før de ble innsatt. 7 prosent hadde brukt heroin året før. Snaut fire av ti hadde smerter i kroppen, om lag dobbelt så mange som i levekårsundersøkelsen om helse 2012. Hele 51 prosent hadde søvnproblemer. 37 prosent sa at tannhelsen var 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 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 betydelig 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 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).

¹⁹ Referansegruppene ble laget ved å vekte utvalgene i levekårsundersøkelsene slik at fordelingen på kjønn og alder ble lik den som var i fengselsbefolkningen

²⁰ 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.

Personer med rusproblemer

Tallet på personer som inntar narkotika ved hjelp av sprøyter ble i 2013 anslått til 8100 personer, innenfor et sensitivitetsintervall mellom 6900 og 9800 personer (Skretting et al., 2016, s. 272). I absolutte forstand har antallet vært nokså stabilt de siste 10 årene. 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).

Personer 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. Det fortsatt høye antallet overdosedødsfall, og en generelt svært høy dødelighet blant narkotikadømte (jfr. Skardhamar og Skirbekk (2013)), gir imidlertid sterke indikasjoner på alvorlige helseproblemer og en vanskelig livssituasjon. En studie av narkotikamisbrukere i Oslo, gjennomført i 2001-2003, fant at utdanningsnivået var lavt; over 70 prosent manglet utdanning utover ungdomsskole. Inntektskildene hos menn var mest sosialhjelp og dernest innbrudd/tyveri, salg av narkotika og mottak av uføretrygd, mens det blant kvinner var sosialhjelp og prostitusjon som var de vanligste inntektskildene. 85 prosent hadde hepatitt C (Saeland et al., 2009). Kostholdet er mangelfullt. 70-100 prosent har lavere inntak av viktige vitaminer, og mindre selen og jern, enn anbefalt²¹. Et døgnåpent mattilbud kunne nådd flere, siden de som er avhengige av narkotika ofte er mest aktiv på kvelden og natten. Et døgnåpent senter var også et av forslagene fra Stoltenberg-utvalget (Stoltenberg, 2010). Underernæring og et generelt mangelfullt kosthold kan bidra til dårligere helse og utgjøre en risikofaktor for dødsfall i denne gruppen²².

En nyere studie, av pasienter under behandling for rusproblemer i utvalgte institusjoner, ble gjennomført i 2012-2015 (Muller, Skurtveit, & Clausen, 2016). Tre av fire i denne undersøkelsen beskrev sin livskvalitet som «svært dårlig» eller «dårlig». Hele 56 prosent hadde kliniske symptomer på depresjon, og om lag like mange hadde symptomer på angst. 73 prosent hadde en kronisk sykdom. Nesten alle, mer enn ni av ti, var enslige.

Personer med psykiske lidelser og andre funksjonshemmede

Funksjonshemming 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 som har de mest alvorlige funksjonshemmingene.

Det finnes ingen offisiell definisjon av hva det vil si å ha en funksjonshemming. Andelen som kan karakteriseres som varig funksjonshemmet varierer fra undersøkelse til undersøkelse. I surveyundersøkelser gjennomført av SSB varierer andelen mellom 12 og 15 prosent i aldersgruppen 20-66 år (Ramm & Otnes, 2013). En analyse av levekårsundersøkelsen om helse 2008 definerte gruppen med nedsatt funksjonsevne som personer med nedsatt syn, nedsatt hørsel, nedsatt bevegelsesevne, store kognitive vansker eller psykiske vansker. I tillegg skulle denne gruppen svare

²¹ <http://forskning.no/alkohol-og-narkotika-helsepolitikk-kriminalitet-velferdsstat/2014/03/bedre-mattilbud-kan-redde-flere>, lest 11.04. 2017

²² <http://forskning.no/alkohol-og-narkotika-helsepolitikk-kriminalitet-velferdsstat/2014/03/bedre-mattilbud-kan-redde-flere>, lest 11.04. 2017

bekreftende på at de hadde helseproblemer som påvirket hverdagen. Basert på disse kriteriene var 15 prosent av den voksne befolkningen funksjonshemmet (Ramm, 2010).

Det er mye som tyder på at funksjonshemminger på grunn av psykiske vansker har særlig store konsekvenser for andre sider ved livet. Gruppen funksjonshemmede med psykiske vansker, som andel av befolkningen 20-66 år, utgjør 7 prosent i levekårsundersøkelsen om helse (Ramm & Otnes, 2013). I Arbeidskraftundersøkelsen (AKU) er andelen med psykiske plager en god del lavere (2 prosent av alle 20-66 år). AKU har et annet spørsmål om funksjonshemming enn levekårsundersøkelsene, mens den totale andelen funksjonshemmede er ganske lik.

En tidligere analyse av «psykisk sykes» 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 har mer somatisk sykdom, har lavere utdanning og inntekt, er sjeldnere sysselsatt mm. Det var Ingen tegn til forbedring fra 1998 til 2005, slik en kunne vente på bakgrunn av Opptappingsplanen for psykisk helse. Personer som både har fysiske og psykiske plager har særlig dårlige sosioøkonomiske levekår. På ett levekårsområde kommer de som har psykiske plager betydelig dårligere ut enn de med somatiske plager: de skårer klart lavere på indikatorene for sosial kontakt (Myrvold et al., 2008). Personer med tyngre symptomer på dårlig psykisk helse har jevnt over dårligere levekår enn de som har lettere symptomer.

Det er spesielle utfordringer knyttet til å hjelpe psykisk syke med rusproblemer. Kommunene rapporterer om problemer med å bosette psykisk syke, særlig de som både har en psykisk lidelse og rusproblemer. Problemet er særlig stort i pressområder og landkommuner (Myrvold et al., 2008).

Levekårsundersøkelsene etter 2005 har bekreftet bildet som analysen av de tidligere levekårsundersøkelsene har gitt: De som har psykiske problemer sliter med vansker på mange områder av livet. Det gjelder ikke minst somatisk helse. Bare 38 prosent av funksjonshemmede med psykiske problemer oppgav i 2008 at de hadde god helse, i befolkningen som helhet var andelen 82 prosent (aldersstandardiserte tall). Personer med psykiske vansker hadde også langt høyere forekomst av smerteproblemer enn det som ellers er vanlig (Ramm, 2010, s. 24).

Den generelle livskvaliteten er nedsatt, det er mer misnøye og mindre glede. Mens 71 prosent av befolkningen i alt hadde følt glede mye av tiden de siste fire ukene, var andelen blant funksjonshemmede 40 prosent, og bare 17 prosent blant funksjonshemmede med psykiske vansker. 35 prosent av funksjonshemmede 20-66 år er godt fornøyd med livet (8-10 på en skala fra 1 til 10), mens 68 prosent av hele befolkningen oppgir det samme (Ramm & Otnes, 2013, s. 20-21). Andelen med betydelige psykiske problemer er også langt høyere blant funksjonshemmede enn ellers i befolkningen, som tidligere nevnt.

Funksjonshemmingen skaper problemer i kontakten med andre, og dermed muligheten for å tilfredsstille sosiale behov. 40 prosent av funksjonshemmede deltar mindre enn de ønsker i forskjellige sosiale aktiviteter på grunn av helse, funksjonshemming eller hindringer i omgivelsene. I hele befolkningen er andelen 9 prosent (Ramm & Otnes, 2013).

Pleie- og omsorgstrengende eldre

Snaut 34 000 personer i Norge bodde på sykehjem i 2015²³. Rundt 80 prosent har demens, og 70 prosent psykiske lidelser (Norsk senter for menneskerettigheter, 2015).

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. En studie blant beboere på 30 sykehjem i Bergen, fant at mer enn fire av ti beboere som ikke var demente hadde symptomer på depresjon. I denne undersøkelsen ble det også funnet en sammenheng mellom psykiske problemer og flere aspekter ved sosial støtte (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 utviklingen av personellsituasjonen. Blant annet har tallet på legeårsverk og fysioterapiårsverk per beboer økt. For eksempel får hver beboer på sykehjem nå i gjennomsnitt 32 minutter legetid per uke²⁴. Men det er også grunn til å tro at behovene har økt. De eldre på sykehjem har blitt en stadig mer selektert gruppe; bare de sykeste og mest pleietrengende får plass.

Konklusjonen i en gjennomgang av situasjonen for menneskerettighetene i norske sykehjem er 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 er, ifølge denne vurderingen, utstrakt bruk av ulovlig tvang og «inadekvat pleie». Utilstrekkelig bemanning og manglende kompetanse er et gjennomgående problem. Det er blant annet en 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.

Rapporten fra Norsk senter for menneskerettigheter baserer 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 fører til at mange uten pårørende dør 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).

Det er også, ifølge rapporten, utfordringer knyttet til inntak av mat og drikke. En betydelig andel er lider av underernæring eller er i risikozonen for dette, og få sykehjem har skriftlige prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus. I en undersøkelse oppga 36 prosent av ansatte i sykehjem at ernæring, pleie og andre omsorgsbehov ikke ble godt nok ivaretatt som følge av tidspress i tjenesten (Norsk senter for menneskerettigheter (2015), med henvisning til Gautun og Bratt (2014).

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 sammenheng både

²³ <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar/2016-06-29#content>, lest 3.04. 2017.

²⁴ <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar/2016-06-29#content>, lest 3.04. 2017

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).

Gjennom de siste ti-årene 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. I perioden 1994-2013 ble andelen blant eldre 67+ som mottok hjemmetjenester redusert, med unntak av dem som var 90 eller eldre (Otnes, 2015). Men også i 90+-gruppen har andelen som mottar hjemmetjenester gått noe ned etter 2008. Dekningsgraden for institusjonsplasser har også blitt betydelig lavere for de eldre. På 1990-tallet kom langt flere omsorgsboliger, men etter tusenårsskiftet har tallet på omsorgsboliger vært nokså konstant (Daatland & Otnes, 2014, s. 45).

Mens dekningsgraden har gått ned blant eldre, 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 intervjuundersøkelse blant personer i ledende stillinger i 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 aktivering og sosiale aktiviteter for eldre (Gautun & Grødem, 2015). Det så ut til å være en oppfatning i tjenesteapparatet som gikk ut på at de eldre hadde mindre behov for visse tjenester enn de yngre – de ble oppfattet som passive og lite energiske, og med lavere behov for sosial kontakt, høy standard for personlig hygiene osv. Et annet moment var at de eldre «hadde livet bak seg», mens en del av de yngre brukerne fremdeles hadde muligheten til å komme ut i yrkeslivet og leve «normale liv» (Gautun & Grødem, 2015, s. 79).

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.

IPLoS-registret kartlegger behov for bistand til ulike aktiviteter blant mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester, og om behovene blir dekket, men gir ikke tall for situasjonen langt tilbake i tid. Det registreres opplysninger om mottakerne har behov for bistand for 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. Dårligst behovsdekning er det for hjelp til å delta i organisasjonsarbeid, fritid og kultur. Om lag 55 prosent av dem som hadde behov for dette fikk hjelp. Blant dem som hadde behov for transport i forbindelse med fritiden fikk 69 prosent dekket dette, helt eller delvis (Mørk et al., 2016, s. 21-23).

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 (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).

Asylsøkere

Ved utgangen av april 2017 var det 9664 beboere i norske asylmottak²⁵. 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. Den siste gruppen 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). En studie av vel 90 irregulære innvandrere som hadde oppsøkt Helsen senteret 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 skårer over grenseverdien som tilsier behov for nærmere utredning og mulig 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, føle seg ensomme og ha søvnproblemer. 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. Nesten alle som ble intervjuet ga uttrykk for psykiske plager av forskjellig styrkegrad. Blant de vanligste problemene var konstant frykt og en mangel på søvn (Øien & Sønsterudbråten, 2011, s. 70). De irregulære migrantene er sikret rettigheter til akutt helsehjelp, men dårlig økonomi begrenser likevel tilgangen, siden de ikke har rett til økonomisk støtte som dekker utgiftene ved de fleste medisinske behandlinger.

²⁵ <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/beboere-i-asylmottak-etter-fylke-og-maned-2017/>, lest 31.05. 2017

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 HIV-smittet fryktet både stigmaet hun og familien kunne utsettes for i hjemlandet, og mangelen på behandlingsmuligheter (Øien & Sønsterudbråten, 2011, s. 70).

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 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 blant 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.

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 et ansvar for den situasjonen de er i, slik voksne til en viss grad kan. 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 i dette kapitlet, 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 barndommen, både av økonomisk og sosial art (Loyland, 2016).

De fleste barn og unge i Norge har det bra, men mange forhold varierer med foreldres inntekt og utdanning, slik som fysisk aktivitet, kosthold, bruk av tobakk og rusmidler (Folkehelseinstituttet, 2016). Mange barn har utrygge perioder i oppveksten. Antall barn som får hjelp av barnevernet har stabilisert seg på vel 45 000 per år.

Opplysninger fra Ungdata-undersøkelsene viser at mange unge sliter med forskjellige typer helseplager i hverdagen – hodepine, magevondt og smerter i nakke, skuldre og ledd. Mer enn en av fem unge jenter i videregående har daglig minst en fysisk plage, som hodepine og nakke- og skuldersmerter. Blant jenter som blir mobbet er andelen langt høyere, blant guttene som mobbes er det også en overhyppighet av helseplager (Bakken, 2016).

Mange jenter kjenner på ensomhet, og andelen ser ut til å være svakt økende: 26 prosent er ganske mye eller veldig mye plaget på ungdomstrinnet, opp fra 22 prosent i 2011. På videregående er rundt tre av ti jenter mye plaget av ensomhet. Omfanget av psykiske helseplager blant jentene er også høyt, og har økt noe blant jenter i ungdomsskolen siden 2011. Mer enn en av fire jenter i videregående har et høyt nivå av depressive symptomer (Bakken, 2016). Blant guttene er nivået lavere, og det har ikke vært noen økning over tid. Mer enn 40 prosent av jentene som mobbes har depressive symptomer, sammenlignet med en av ti blant dem som aldri blir mobbet (Bakken, 2016, s. 74).

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. Jeg skal nå se nærmere på noen særlig utsatte grupper blant barn og unge.

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 & Rognmo, 2011). Depresjon blant mødre kan for eksempel være uheldig for barns utvikling, siden det bidrar til å gjøre mødre mer kritiske og samtidig mindre følelsesmessig tilgjengelige (Rognerud et al., 2007).

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

Barn i familier som er asylsøkere

Vel 3000 av beboerne på norske asylmottak var barn i alderen 0-17 år ved utgangen av april 2017²⁶. 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 (B. 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 begrensninger bidrar også i noen tilfeller til at familier utsetter å

²⁶ <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/beboere-i-asylmottak-etter-alder-og-maned-2017/>, lest 31.05. 2017

melde behov for helsetjenester eller lar være å ta reseptbelagte medisiner (B. 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 B. 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. Det har derfor blitt foreslått at refusjonsordningen for barnehageplass til barn i asylsøkerfasen utvides til å gjelde alle barn over 2 år. De samme forskerne anbefaler også gratis helsehjelp til barn og unge i mottak – uavhengig av hvilken legal status de har (B. Berg & Tronstad, 2015).

Enslige mindreårige asylsøkere

Enslige mindreårige asylsøkere er en annen særlig 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 2016 var antallet bare 320 (Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter, 2017). Noen av dem som er mellom 16 og 18 år får en tidsbegrenset oppholdstillatelse som varer til de fyller 18. Det har nylig vært en sterk økning i bruken av slike tillatelser.

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 (T. K. Jensen, Fjermestad, Granly, & Wilhelmsen, 2015; Tine K. Jensen, Skårdalsmo, & Fjermestad, 2014). 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 (T. K. Jensen et al., 2015).

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 tilstrekkelig for å sikre at denne gruppa har et tilstrekkelig næringsrikt kosthold, og får de nødvendige helsetjenester (Lidén, Eide, Wærdahl, Nilsen, & Hidle, 2013, s. 238).

Et aktuelt tema 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 betydelige 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 (B. 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 (B. Berg & Tronstad, 2015, s. 172-173). Nasjonal institusjon for menneskerettigheter har på bakgrunn av dette konkludert med at myndighetene forskjellsbehandler enslige flyktningebarn 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).

Et annet problem knyttet til omsorgen for enslige mindreårige flyktninger, er de som forsvinner fra mottakene, og som man ikke vet hvor er. På dette området er det en mangelfull oppfølging og koordinering, på tross av at problemet har vært påpekt gjennom flere år (Staver & Lidén, 2014).

Forskere på feltet har registrert et økende antall bekymringsmeldinger om gruppen fra helsepersonell og andre som jobber med barn som søker asyl (Michelsen & Hellen, 2017). Den sterke tilstrømningen av enslige mindreårige asylsøkere høsten 2015 og våren 2016, særlig fra Afghanistan, førte til endringer i asylopolitikken. De fleste enslige mindreårige asylsøkere fra Afghanistan gis nå kun begrenset opphold til de er 18 år, hvorpå mange antakelig må påregne en retur til hjemlandet. Det skaper en svært usikker situasjon for denne gruppen, og kan ha bidratt til at mange av dem forsvinner fra mottakene. Usikkerheten som den midlertidige oppholdstillatelsen gir, forverrer situasjonen for en gruppe som i utgangspunktet har betydelige psykiske problemer (Michelsen & Hellen, 2017).

Barn av asylsøkere som har fått avslag

Den vanskelige og svært usikre livssituasjonen for de irregulære migrantene skaper også problemer for barna. Ved årsskiftet 2012-2013 bodde det 1264 barn med avslag på sin asylsøknad i norske mottak (Weiss, 2013). 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» (B. 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 B. Berg og Sveaass (2005)). Den dårlige økonomien gjør at barna føler seg utelukket fra sosiale arenaer som klasseturer, bursdager og fritidsaktiviteter.

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

I det følgende skal jeg diskutere hvordan en kan vurdere størrelsen på de humanitære behovene, og hvilke grupper som på grunnlag av dette bør ha særlig høy prioritet. 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 prioriteringsliste ulike utsatte og sårbare grupper opp mot hverandre. Et annet mulig problem er at når en skiller ut grupper med særlig 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 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 forskjellige opplysninger i levekårsundersøkelsene og andre spørreundersøkelser, som hvor sterke smertene er, hvor mye en er plaget av angst, depresjon mm. Graden av opphopning eller akkumulering av forskjellige problemer, på individ- eller gruppenivå, kan også 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.** Det er 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, psykosier eller andre psykiske/helsemessige problemer som medfører nedsatt evne til å ta ansvar for seg selv, bør ha 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 viser at mens 27 prosent av menn med grunnskoleutdanning røyker, er andelen bare 6 prosent blant personer med høyere utdanning. Forskjellene er like store blant kvinner (B. H. Strand et al., 2016). En av fire sosialhjelpsmottakere er dagligrøykere, dobbelt så mange som i befolkningen som helhet (se vedleggstabell 1), og det er flere i denne gruppen som har brukt hasj og andre narkotiske stoffer. Men betyr dette at helse- og dødelighetsforskjellene som dette bidrar til, er disse gruppens 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 (se referanse i Barstad (2014, s. 262).

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 et 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 forankret både 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.
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 de forskjellige humanitære behovene, men det langt fra alltid klart om det er en reell årsakssammenheng eller ikke. Jeg 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 nylig 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, viser 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).

Hva er de største behovene, og hvordan bør de prioriteres?

Det følgende er et forslag til rangering av de 8 største humanitære behovene, basert på de foregående kriteriene. For hver gruppe er det gitt en kort begrunnelse. Til slutt følger en generell kommentar til listen.

1. **Personer som inntar narkotika med sprøyte eller har andre alvorlige rusproblemer.**
Dette er en gruppe med svært høy dødelighet, og med store helseproblemer av fysisk og psykisk art. I 2015 ble det registrert 289 narkotikautløste dødsfall i Norge, slike dødsfall er vanligere her i landet enn i mange andre europeiske land²⁷. Mange av de narkotikarelaterte dødsfallene er knyttet til overdoser. Noe 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). Mange menneskeliv kan reddes hvis det settes inn gode tiltak mens innsatte er i fengsel, sier en av forskerne bak denne studien²⁸. Det understrekes også at det er avgjørende at alle tiltakene som settes i gang i fengsel følges

²⁷ <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/overdose#rapporter>, lest 08.05. 2017

²⁸ «Det er ikke nok å ha en behandlingsavtale en til to uker etter løslatelse», se <https://www.nrk.no/dokumentar/mange-overdosedodsfall-like-etter-loslatelse-fra-fengsel-1.13431962>

opp av bostedskommunen etter at innsatte er løslatt²⁹. Gode tiltak for dem som har et risikofylt 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.

- 2. Barn som utsettes for mishandling, vold, mobbing og omsorgssvikt.** 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. Flere av disse behovene har som nevnt sine røtter i en vanskelig barndom. Internasjonal forskning tyder på at hjemmebesøks- og foreldreveiledningsprogrammer kan bidra til å forhindre mishandling og omsorgssvikt. Folkehelseinstituttet har derfor anbefalt hjemmebesøk til førskolebarn som et tiltak som bør gjennomføres i kommunene (Major et al., 2011). Det er også viktig med et velfungerende barnevern. Dessverre er det tegn på at barnevernet i noen tilfeller svikter sin oppgave. Et landsomfattende tilsyn med den kommunale barnevernstjenesten, gjennomført av Statens helsetilsyn i 2015-2016, konkluderer med betydelige mangler i hvordan barnevernet håndterer mottak og vurdering av meldinger. Svikten i vurderingene gjelder også meldinger med alvorlig innhold om vold, seksuelle overgrep og psykisk sykdom. «Meldinger som fylkesmennene vurderte at åpenbart skulle vært undersøkt, var henlagt. Det betyr at barn ikke har fått vurdert sine behov slik de har hatt krav på. Noen barn fikk ikke nødvendig hjelp og omsorg til rett tid» (Helsetilsynet, 2017).

Mobbing kan ha alvorlige konsekvenser. Kan den forebygges og stoppes gjennom skolebaserte tiltak? Systematiske oversikter over forskningen på slike intervensjoner viser blandede resultater. Tiltakene har hatt varierende grad av suksess. En nylig meta-analyse som kun inkluderte studiene med høyest kvalitet, metodisk sett (randomiserte studier med intervensjons- og kontrollgrupper), konkluderer med at tiltakene gjennomgående har positive, men moderate effekter på forekomsten av mobbing (Jiménez-Barbero, Ruiz-Hernández, Llor-Zaragoza, Pérez-García, & Llor-Esteban, 2016). Den kortsiktige effekten er dessuten sterkere enn effekten på lengre sikt. 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).

- 3. Asylsøkere, særlig barn og de som har fått avslag.** Asylsøkere befinner seg i en særdeles usikker situasjon, en usikkerhet som kommer som en ytterligere belastning for dem som har opplevd mange vanskeligheter før de kommer til landet. Situasjonen er antakelig særlig vanskelig for flyktningene som har fått avslag, og som ikke kan eller vil returnere. En svært høy andel sliter med betydelige psykiske problemer. Det går også ut over barna i disse familiene. Blant asylsøkerne som ikke (ennå) har fått avslag, er de mindreårige enslige en spesielt sårbar gruppe. 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

²⁹ <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/aktuelt/aktuelle-saker/2017/hoy-overdosefare-etter-loslatelse-fra-fengsel.html>

med konvensjonen om barns rettigheter. Et annet tema er bruken av begrenset oppholdstillatelse fram til fylte 18 år, som skaper en utrygg tilværelse. Foreslåtte tiltak for å bedre situasjonen blant asylsøkerbarn mer generelt, er å utvide refusjonsordningen for barnehageplass til å gjelde alle barn over 2 år, og gi gratis helsehjelp til alle barn og unge som befinner seg i mottak, uavhengig av legal status (B. Berg & Tronstad, 2015).

4. **Eldre med og uten demens, i sykehjem.** Demens er en av de store omsorgsutfordringene som melder seg med en økende andel eldre. 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. Omfanget av ensomhet og psykiske vansker blant dem som ikke har demens er betydelig. Spørsmålet er så om de store hjelpebehovene blir møtt i tilstrekkelig grad. Konklusjonen fra en gjennomgang av situasjonen i sykehjemmene er som nevnt at behandlingen som blir gitt neppe er i overensstemmelse med menneskerettighetene. I en forskningsartikkel beskrives andelen som opplever smerter og andre plager i de siste dagene av sine liv som uakseptabelt høy. Både tiltak for å øke bemanningen og styrke den helsefaglige kompetansen på sykehjemmene er aktuelle botemidler, siden både utilstrekkelig bemanning, med tilhørende tidspress, og manglende kompetanse blir beskrevet som gjennomgående problemer på en del sykehjem.
5. **Personer med alvorlige psykiske lidelser.** Dette er en stor og sammensatt gruppe. Den overlapper med flere andre grupper på listen, som langtids sosialhjelpsmottakere og asylsøkere med avslag. Hvis en kan forebygge og redusere andelen med alvorlige psykiske lidelser, 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 nærmere fire av ti bostedsløse en psykisk sykdom. 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 vansker. Sysselsettingen er også betydelig 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 har oppsummert 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 nevnes 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 eldrecentre. Sist, men ikke minst, anbefales tiltak som kan sikre at personer med psykiske lidelser i større grad kan delta i arbeidslivet. Programmer som «Arbeid med bistand» bør være tilgjengelig i alle kommuner. I slike programmer inngår deltaking i arbeidslivet som en integrert del av

rehabiliteringen; forskningen på feltet viser at man, under visse forutsetninger, kan bli frisk eller i hvert fall friskere, av å få en jobb (Schafft, 2013). OECD har 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, som Sveits og Danmark (OECD, 2013). Det er også tankevekkende at sysselsettingen blant funksjonshemmede i Norge er betydelig lavere enn i Sverige (46 versus 62 prosent). En sammenlignende studie tyder på at disse forskjellene i hovedsak er reelle, og ikke et resultat av metodene som er brukt (Næsheim & Sundt, 2016).

- 6. Langtids sosialhjelpsmottakere.** Dette er en gruppe som, i følge en rekke undersøkelser, har en usedvanlig sterk opphopning av velferdsproblemer. I tillegg er dødeligheten høy. Nesten halvparten av langtidsmottakerne av sosialhjelp er innvandrere, blant sosialhjelpsmottakere generelt er andelen en drøy tredjedel. Nesten tre av ti langtidsmottakere har forsørgeransvar for barn. Den høye innvandrerdelen forklarer at mange av langtidsmottakerne bor i Oslo og andre sentrumsnære strøk (Dokken, 2016). Gruppen overlapper med mange av de andre på denne listen. Sosialhjelpsmottakerne er for eksempel overrepresentert blant unge utenfor utdanning og arbeid, og blant dem som har psykiske lidelser og rusproblemer. 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, som enslige forsørgere, langtids arbeidsledige, tidligere barnevernsbarn og mottakere av kvalifiseringsstønad. Mange langtidsmottakere har også rusproblemer (Dahl et al., 2014, s. 274-275).

I Kunnskapsoversikten 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. Det er bare en liten andel som kommer i stabilt arbeid gjennom Kvalifiseringsprogrammet. Kunnskapsoversikten anbefaler tre typer av tiltak: Arbeidsorienterte intervensjoner, som omfatter bruk av lønnstilskudd og tiltak av typen «Arbeid med bistand» nevnt ovenfor, tilbud om et mangfold av tjenester, der blant annet samordnet innsats mellom ulike etater, inkludert helsetjenester, inngår, og endelig en styrking av økonomien, for eksempel gjennom å høyne satsene i sosialstøtaden (Dahl et al., 2014, s. 288-289).

- 7. Fattige barnefamilier.** Antallet og andelen barn som lever i familier med vedvarende lavinntekt har vist en stigende tendens de siste årene. 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. Mer enn halvparten av de i alt 92 000 barna som i 2014 levde i familier med vedvarende lavinntekt hadde innvandrerbakgrunn, særlig fra land som Irak, Afghanistan, Syria, Eritrea og Somalia (Epland & Revold, 2016). Tiltak for disse barna vil dermed også komme noen av de største flyktning-gruppene til gode, som har flere andre velferdsproblemer, ikke minst en forholdsvis svak tilknytning til arbeidslivet og psykiske vansker. Denne gruppen overlapper i tillegg med langtids sosialhjelpsmottakere, der nesten tre av ti har forsørgeransvar for barn. 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. Den norske kunnskapsoversikten over ulikhet i helse hevder at et «føre var»-prinsipp tilsier at en bør unngå å la norske barn vokse opp i relativ fattigdom i kritiske og sårbare perioder i livet. (Dahl et al., 2014, s. 287).

En rekke av de økonomiske støtteordningene til barnefamiliene har blitt redusert i omfang 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). Et offentlig utvalg har nylig (mars 2017) kommet med forslag til hvordan de offentlige støtteordningene til barnefamiliene kan organiseres (Barne- og likestillingsdepartementet, 2017). Flertallet går inn for å øke barnetrygden, men samtidig gjøre den behovsprøvd. Et mindretall vil øke satsene i barnetrygden og beholde den som en universell ordning. Gode barnehager til en overkommelig pris er også en viktig del av de offentlige støtteordningene, og har særlig stor betydning for familier med lav inntekt. Flertallet i det offentlige utvalget går inn for gratis barnehage til alle barn, mens mindretallet vil styrke inntektsgraderingen slik at barnehagene blir gratis for lavinntektsfamiliene (Barne- og likestillingsdepartementet, 2017). Generelt har det skjedd en dreining i politikken rettet mot lavinntektsfamiliene, fra kontantytelser til tjenester (Grødem, 2017).

- 8. Unge utenfor eller i randsonen av arbeidsliv og utdanning.** Som tidligere vist har det de siste årene vært en økende andel blant menn mellom 20 og 29 år som verken er i arbeid eller utdanning, såkalte NEETs. Ungdom som står i denne situasjonen har ofte fysiske eller psykiske helseproblemer. Andelen er betydelig høyere blant innvandrerdømt enn annen ungdom. Flertallet ser på seg selv som arbeidsledige, men ofte uten å tilfredsstille de formelle kriteriene for å bli definert som ledig. En del er uførepensjonert; ved utgangen av 2016 var vel 14 000 personer i alderen 18-29 år mottakere av uføretrygd i alderen 18-29 år. Gruppen overlapper særlig med langtids sosialhjelpsmottakere og med gruppen som har alvorlige psykiske lidelser.

Bakgrunnen for at en del ungdom verken får fotfeste i arbeidsmarked eller utdanning er, som tidligere redegjort for, sammensatt. Siden svake skolerresultater og frafall fra videregående er sterkt korrelert med denne marginaliseringen, har noen forskere tatt til orde for at det bør satses mer på alternative ruter til arbeidsmarkedet, og andre måter å gjennomføre videregående opplæring på (Hyggen, 2015; E. Markussen, 2016). Et alternativ er å utvide tilbudet av yrkesutdanninger som gir kompetanse på et lavere nivå enn full yrkeskompetanse. Det finnes to slike ordninger i dag: lærekandidat og forsøksordningen praksisbrev. En nylig litteraturstudie av tiltak spesielt rettet mot ungdom i de nordiske landene, Tyskland og Storbritannia, konkluderer med at opplæringstiltak i regi av arbeidskontorene og lønnskudd er forbundet med mer positive effekter enn arbeidspraksis og sysselsettingstiltak i offentlig sektor (Hardoy et

al., 2016). Effektene var målt over et vidt spekter, og omfattet både arbeidsinntekter, arbeidsledighet, bruk av velferdsytelser og utdanning. Et sammensatt årsaksbilde peker likevel mot at tiltak i enkeltsektorer ikke alltid vil være tilstrekkelig, særlig ikke for ungdommene som står lengst fra arbeidsmarkedet. Dette er ungdommer som både har lav utdanning, liten arbeidserfaring og psykiske problemer. Hvis hovedutfordringen for ungdommene det gjelder er helse eller familieproblemer, er det ikke sikkert at arbeidsmarkedstiltak vil ha så mye å si, isolert sett (Hyggen, 2015).

Noen avsluttende kommentarer

Listen er forsøkt rangordnet slik at de gruppene som antas å ha de mest akutte behovene kommer først (som narkomane og barn som blir mishandlet eller utsatt for mobbing), mens de som kommer lenger ned ofte klarer seg bra, men er å regne som sårbare grupper under risiko for å utvikle mer alvorlige problemer (som barn i lavinntektsfamilier). Dette er naturligvis svært vanskelige vurderinger å gjøre, og bør på ingen måte tas som noen fasit.

Mange vil sikkert savne andre grupper, som også har pekt seg ut som grupper med betydelige humanitære behov i denne gjennomgangen. De vel 6000 som var bostedsløse ifølge siste måling er en slik gruppe, en annen er de innsatte i norske fengsler. Disse kunne meget vel ha inngått i listen. Det har vært et mål å holde listen kort, og siden det er en betydelig grad av overlapp med flere andre grupper, har jeg valgt å holde dem utenfor. I begge disse gruppene er for eksempel både narkotikabruk og rusproblemer svært utbredt, og mange bostedsløse er avhengige av sosialhjelp.

Arbeidsledige er en annen gruppe som vi har sett er preget av en opphopning av problemer på flere områder. Som nevnt er mange av de unge som står utenfor arbeid eller utdanning også arbeidsledige, slik de selv definerer det. Det samme gjelder sosialhjelpsmottakerne. Uføre og de som mottar arbeidsavklaringspenger (AAP) i relativt ung alder er også utsatte grupper med til dels betydelige problemer. Her fanges de delvis opp av gruppene med rusproblemer og alvorlige psykiske lidelser, i tillegg til at en del av de unge som står utenfor arbeid og utdanning mottar AAP eller er uføre.

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 i dette kapitlet. 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 særlig høy risiko for å utvikle demens, og utgjør en stor del av dem som får demens i relativt ung alder (Helsedirektoratet, 2017, s. 64).

Hvilke tiltak peker seg ut, på generell basis, som særlig viktige for å møte, og på lengre sikt redusere, de humanitære behovene i Norge?

Et 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» innvandrene er imidlertid problemet først og fremst at de ikke har tilgang til regulært arbeid. Forbausende mange ser ut til å ha en viss tilknytning til arbeidslivet. I denne gruppen er likevel ikke arbeid forbundet med bedre psykisk helse, som er vanlig ellers i befolkningen. Det kan ha sammenheng med ekstremt dårlige arbeidsvilkår, som lange arbeidsdager, lav lønn og «destruktiv avhengighet» av arbeidsgiver (Myhrvold & Småstuen, 2017). For personer med psykiske lidelser er det mye som tyder på at arbeidet kan være en del av prosessen med å bli frisk(ere). Det ser ut til at mye er ugjort på dette området i Norge. Det er for eksempel påfallende at Sverige synes å ha en såpass mye høyere sysselsettingsprosent blant sine funksjonshemmede.

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 både på helseområdet, risiko for vold og selvmord, sikring av barns rett til en trygg oppvekst mm. 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, blant annet barnehager av høy kvalitet, tilgjengelige for alle barn, og et skolesystem som tilbyr tilpasset opplæring og 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 humanitært behov, men også bidra til å avhjelpe andre behov, ikke minst relatert 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).

Vedleggstabeller.

Vedleggstabell 1. Forskjellige helseindikatorer i ulike utsatte grupper. 2015. Prosent

	Nedsatt funksjons- evne	Dårlig helse ¹	Smerter siste fire uker ²	Røyker daglig
Uførepensjonister	63	32	56	31
Eldre mottakere av arbeidsavklaringspenger ³	58	27	56	25
Yngre mottakere av arbeidsavklaringspenger ⁴	55	29	44	24
Eldre 80+ år	30	18	25	4
Enslige forsørgere	25	11	33	21
Sosialhjelpsmottakere	24	11	31	26
Lav utdanning ⁵	24	12	28	19
Arbeidsledige	20	12	27	18
Barnefamilier i laveste inntektskvintil	16	6	28	20
Innvandrere fra Afrika, Asia etc.	15	10	25	14
Yngre aleneboende ⁶	10	4	17	11
Hele befolkningen 16+ år	17	7	24	13

¹Vurderer egen helse som dårlig eller svært dårlig, ²Moderate, sterke eller veldig sterke smerter i hode eller kropp, ³45-68 år, ⁴16-44 år, ⁵Grunnskole som høyeste utdanning, ⁶16-34 år

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse 2015

Vedleggstabell 2. Forskjellige indikatorer på mellommenneskelige problemer i ulike utsatte grupper. 2015. Prosent

	Mye plaget av ensomhet	Litt eller mye plaget av ensomhet	Samliv opphørt siste 12 mnd	Urolig for å bli utsatt for vold ¹	Ingen å få hjelp av ved problemer	To eller færre å få hjelp av ved problemer
Yngre mottakere av arbeidsavklaringspenger ²	10	32	11	20	2	28
Sosialhjelpsmottakere	10	25	9	13	3	32
Eldre 80+ år	9	28	1	8	2	38
Arbeidsledige	9	26	6	12	3	34
Eldre mottakere av arbeidsavklaringspenger ³	9	25	3	11	2	24
Innvandrere fra Afrika, Asia etc.	9	24	8	16	5	37
Uførepensjonister	8	27	4	12	3	30
Yngre aleneboende ⁴	8	26	15	12	3	18
Enslige forsørgere	7	23	19	13	4	29
Lav utdanning ⁵	6	21	6	10	2	27
Barnefamilier i laveste inntektskvintil	6	17	7	11	3	32
Kvinner 16-24 år	5	26	10	18	0	13
Hele befolkningen 16+ år	4	16	4	7	1	20

¹Vært noe eller svært urolig for å bli utsatt for vold eller trusler når en går ute alene der en bor, ²16-44 år, ³45-68 år, ⁴16-34 år, ⁵Grunnskole som høyeste utdanning

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse 2015

Litteratur

- 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).
- Aarø, L. E. (2016). Faktaark. Fakta om mobbing blant barn og unge. Hentet 29.03 fra <https://www.fhi.no/fp/barn-og-unge/oppvekst/fakta-om-mobbing-blant-barn-og-unge/>
- Amundsen, E. J. (2015). Drug-related causes of death: Socioeconomic and demographic characteristics of the deceased. *Scand J Public Health*, 43(6), 571-579. doi: 10.1177/1403494815585909
- Andersen, P. L., & Bakken, A. (2015). *Ung i Oslo 2015* (NOVA-rapport nr. 8/2015). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- 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.
- 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.
- Arstad, I. M., & Lunde, E. S. (2017). *Levekårsundersøkelsen om helse 2015. Dokumentasjonsrapport* (Notater nr. 2017/9). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Bakken, A. (2016). *Ungdata 2016. Nasjonale resultater* (Rapport nr. 8/16). Oslo: NOVA.
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2017). *NOU 2017: 6. Offentlig støtte til barnefamiliene*. 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 nr. 2016/32). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- 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* (nr. IS-2479). Oslo: Helsedirektoratet.
- Barstad, A., & Sandvik, L. (2015). *Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet : en analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene* (Rapporter nr. 2015/51). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Berg, B., & Sveaass, N. (2005). *"Det hainnle om å leve -" : tiltak for å bedre psykisk helse for beboere i asylmottak* (SINTEF rapport nr. 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. Kjølsvold (red.), *Det norske samfunn. Bind 2* (s. 190-210). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Blom, S. (1997). Levekår blant ikke-vestlige innvandrere: Hvorfor er så mange ensomme? *Samfunnsspeilet*, 11(4), 43-53.
- Blom, S. (2008). *Innvandrerens helse 2005/2006* (Rapporter nr. 2008/35). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Blom, S. (2010). *Sosiale forskjeller i innvandrerens helse : funn fra undersøkelsen Levekår blant innvandrere 2005/2006* (Rapporter nr. 2010/47). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Blom, S., & Henriksen, K. (2008). *Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006* (Rapporter nr. 2008/5). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Brage, S., & Thune, O. (2015). Ung uførhet og psykisk sykdom. *Arbeid og velferd*(1), 37-49.

- 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>
- 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*, n/a-n/a. doi: 10.1111/add.13803
- Bø, T. P., & Håland, I. (2016). *Funksjonshemma på arbeidsmarknaden i 2016* (Rapporter nr. 2016/33). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Bøe, T. (2015). *Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling: Familiestressmodellen og familieinvesteringsperspektivet* (nr. 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. doi: 10.1007/s00127-015-1074-6
- 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. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.09.013
- Daatland, S. O., & Otnes, B. (2014). Boliggjøring av eldreomsorgen? Utviklingslinjene. I S. O. Daatland (red.), *Boliggjøring av eldreomsorgen? NOVA-rapport 16/2014* (s. 39-53). Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA.
- 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.
- De Jong Gierveld, J., Van Tilburg, T., & 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.
- 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. doi: 10.1207/s15327965pli1104_01
- Dokken, T. (2016). Langtidsmottakere av økonomisk sosialhjelp. *Arbeid og velferd*(1), 91-103.
- Dommermuth, L., Hart, R. K., Lappegård, T., Rønsen, M., & Wiik, K. A. (2015). *Kunnskapsstatus om fruktbarhet og samliv i Norge* (Rapporter nr. 2015/31). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- 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. doi: 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. doi: 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. doi: <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2015.03.006>
- Duncan, G. J., Telle, K., Ziol-Guest, K., & Kalil, A. (2011). Economic deprivation in early childhood and adult attainment: comparative evidence from Norwegian registry data and the U.S. panel study of income dynamics. I T. M. Smeeding, R. Erikson & M. Jäntti (red.), *Persistence*,

- privilege, and parenting. The comparative study of intergenerational mobility* (s. 209-234). New York: Russel Sage Foundation.
- Dyb, E., & Johannessen, K. (2013). *Bostedsløse i Norge 2012 : en kartlegging* (NIBR-rapport nr. 2013:5). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Ellingsen, J. (2017). Utviklingen i uføretrygd per 31. desember 2016. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet/Statistikkseksjonen.
- Elstad, J. I. (2010). Geografiske forskjeller i uføres dødelighet: Levekår, seleksjon, sosial avstand? *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 51(2), 191-219.
- Elstad, J. I., Dahl, E., & Hofoss, D. (2005). Skjev inntektsfordeling og geografiske forskjeller i dødelighet. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 125(22), 3082–3084.
- Epland, J. (2016). Lavinntekt og inntektsfordeling. I E. L. Omholt (red.), *Økonomi og levekår for ulike lavinnteksgrupper 2016. Rapporter 2016/30* (s. 20-34). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Epland, J., & Kirkeberg, M. I. (2017). Ett av ti barn tilhører en husholdning med vedvarende lavinntekt. Hentet 24.03.2017 fra <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/ett-av-ti-barn-tilhorer-en-husholdning-med-vedvarende-lavinntekt>
- Epland, J., & Revold, M. K. (2016). Vedvarende lavinntekt. I E. L. Omholt (red.), *Økonomi og levekår for ulike lavinnteksgrupper 2016. Rapporter 2016/30* (s. 35-61). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Faggruppen for IA-avtalen (2016). *Målene om et mer inkluderende arbeidsliv - status og utviklingstrekk. Rapport 2016* (Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet).
- Fløtten, T., Hansen, I. L. S., & Kavli, H. C. (2009). *De ti største humanitære utfordringene i Norge* (Fafonotat nr. 2009:05). Oslo: Fafo.
- Fløtten, T., Hermansen, Å., Hippe, J. M., & Lescher-Nuland, B. R. (2011). *Innmeldt, utmeldt eller påmeldt? : et annet bilde av utenforskap i Norge* (FAFO-rapport nr. 2011:13). Oslo: Fafo. Hentet fra http://www.faf.no/media/com_netsukii/20204.pdf
- 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>
- Frønes, I. (2010). Status Zero Youth in the Welfare Society. *Child Indicators Research*, 3(3), 313-326. doi: 10.1007/s12187-009-9056-4
- Gautun, H., & Bratt, C. (2014). *Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem* (NOVA-rapport nr. 14/2014). Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA.
- Gautun, H., & Grødem, A. S. (2015). Prioritising care services: Do the oldest users lose out? *International Journal of Social Welfare*, 24(1), 73-80. doi: 10.1111/ijsw.12116
- 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.
- 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 helserelevante ytelser. Fordelingen mellom offentlig og familiebasert forsørgelse av unge NEET* (Fafo-rapport nr. 2014:37). Fafo.
- Hansen, T., & Daatland, S. O. (2016). *Aldring, mestringsbetingelser og livskvalitet* (nr. IS-2475). Oslo: Helsedirektoratet.
- Hardoy, I., Røed, K., Von Simson, K., & Zhang, T. (2016). *En komparativ analyse av effekter av innsats for å inkludere utsatte unge i arbeid i Norden* (Rapport nr. 2016:13). Oslo: Institutt for samfunnsforskning. Hentet fra http://www.samfunnsforskning.no/content/download/112000/1976141/file/Rapport_13_16_endelig.pdf

- Helsedirektoratet (2017). *Analyse av utviklingstrekk i omsorgssektoren 2016* (nr. IS-2613). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsetilsynet (2017). *Bekymring i skuffen. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 og 2016 med barnevernets arbeid med meldinger og tilbakemelding til den som har meldt* (Rapport nr. 1/2017). Oslo: Helsetilsynet.
- 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. doi: 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. doi: 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. doi: 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. doi: 10.1111/bdi.12389
- Hyggen, C. (2015). *Unge utenfor utdanning og arbeid i Norden. Utfordringer, innsatser og anbefalinger* (TemaNordKøbenhavn: Nordisk ministerråd.
- 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. doi: 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. doi: 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.
- 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. Kjølsvrud (red.), *Det norske samfunn. Bind 3* (s. 38-57). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- 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. doi: <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-+. doi: 10.1111/j.1728-4457.2012.00491.x
- Lidén, H., Eide, K., Wærdahl, R., Nilsen, A. C. E., & Hidle, K. (2013). *Levekår på mottak for enslige mindreårige asylsøkere* (Rapport nr. 2013:03). Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Lien, L., Huus, G., & Morken, G. (2015). Psykisk syke lever kortere. *Tidsskr Nor Laegeforen*, *135*(3), 246-248.
- 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. doi: 10.1016/j.sjpain.2015.12.003
- Lødemel, I., & Flaa, J. E. (1993). *Sosial puls : myter og fakta om velferd* (FAFO-rapport nr. 156). Oslo: FAFO. Hentet fra <http://www.nb.no/nbsok/nb/58f3b8631887a4d8bfb13c0ab52beab4.nbdigital?lang=no#107>

- 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 nr. 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 frafalne. 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?*
- Mayerfeld, J. (2002). *Suffering and moral responsibility*. New York: Oxford University Press.
- Michelsen, H., & Hellen, M. G. (2017, 02.04). Aldri før har det vært så mange alvorlige psykiske symptomer hos enslige mindreårige asylsøkere [Kronikk]. *Aftenposten*. Hentet fra <http://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/Aldri-for-har-det-vart-sa-mange-alvorlige-psykiske-symptomer-hos-enslige-mindrearige-asylsokere--Hellen-og-Michelsen-618385b.html>
- Midtbøen, A. (2015). Etnisk diskriminering i arbeidsmarkedet. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 55(01), 4-30.
- 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. doi: 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. doi: 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.
- 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. doi: 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. doi: 10.1111/jocn.13670
- Myklestad, I., Rognerud, M. A., & Johansen, R. (2008). *Utsatte grupper og psykisk helse : levekårsundersøkelsen 2005* (Rapport nr. 2008:8). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- 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. doi: 10.1192/bjp.bp.108.054866
- Myrvold, T. M., Helgesen, M. K., & Berglund, F. (2008). *Psykisk sykes levekår* (NIBR-rapport nr. 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 nr. 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. doi: 10.1177/1403494809347023
- Naper, S. O., & Dahl, E. (2009). Sosialhjelpsmottakeres dødelighet: I hvilken grad kan overdødeligheten tilskrives deres sosiale status? *Norsk Epidemiologi*, 17(1). doi: 10.5324/nje.v17i1.166
- Nes, R. B., & Clench-Aas, J. (2011). *Psykisk helse i Norge : tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger* (Rapport nr. 2011:2). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Nes, R. B., & Ørstavik, R. E. (2016). Psykisk helse. I I. Frønes & L. Kjølørød (red.), *Det norske samfunn. Bind 3*. (s. 159-183). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Nielsen, C. S., Steingrimsdottir, O. A., & Berg, C. L. (2015). Kroniske smerter - faktaark med helsestatistikk. Hentet 16.03 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. doi: 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 levestilnærming* (Rapporter nr. 2009/11). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Normann, T. M. (2009b). Inntektsfattig eller levestilfattig? : det vanskelige fattigdomsbegrepet. *Samfunnsspeilet*, 23(2), 12-19.
- Normann, T. M. (2011). Sosial kontakt og organisasjonsaktivitet. I E. Mørk (red.), *Seniorer i Norge 2010* (s. 167-188). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- 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 nr. 2016/42). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- OECD. (2013). *Mental health and work: Norway*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2016). *Society at a Glance 2016*. Paris: OECD Publishing.
- Olsen, B. (2017). *Flyktninger i og utenfor arbeidsmarkedet 2015* (Rapporter nr. 2017/8). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Omholt, E. L. (2016). *Økonomi og levestil for ulike lavinntektsgrupper 2016* (Rapporter nr. 2016/30). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Otnes, B. (2015). Stadig mer hjelp til dem under 67 år. *Samfunnsspeilet*, 29(3), 7-14.
- Pascoe, E. A., & Richman, L. S. (2009). Perceived Discrimination and Health: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 135(4), 531-554. doi: 10.1037/a0016059
- Pedersen, A. W. (2015). Inntekt og helse. Underlagsrapport til prosjektet Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt, Høgskolen i Oslo og Akershus, 2014: Unpublished.
- Ramm, J. (2010). *På like vilkår? : helse og levestil blant personer med nedsatt funksjonsevne* (Statistiske analyser nr. 115). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Ramm, J., & Otnes, B. (2013). *Personer med nedsatt funksjonsevne : indikatorer for levestil og likestilling* (Rapporter nr. 8/2013). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Rasmussen, I., Strøm, S., Sverdrup, S., & Vennemo, H. (2012). *Samfunnsøkonomiske kostnader av vold i nære relasjoner* (Rapport nr. 2012/41). Oslo: Vista Analyse.
- Revol, M. K. (2015). *Innsattes levestil 2014 : før, under og etter soning* (Rapporter nr. 2015/47). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Revol, M. K. (2016). Økende sosiale forskjeller mellom utdanningsgrupper. Hentet 23.03 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 nr. 2007:1). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Saeland, M., Haugen, M., Eriksen, F. L., Smehaugen, A., Wandel, M., Bohmer, T., & Oshaug, A. (2009). Living as a drug addict in Oslo, Norway - a study focusing on nutrition and health. *Public Health Nutrition*, 12(5), 630-636. doi: 10.1017/s1368980008002553
- 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. doi: 10.1016/j.jamda.2016.05.006

- Schafft, A. (2013). Om å komme seg i arbeid. I R. Norvoll (red.), *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s. 188-212). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Selbaek, G., Kirkevold, O., & Engedal, K. (2007). The prevalence of psychiatric symptoms and behavioral disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(9), 843-849. doi: 10.1002/gps.1749
- 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. doi: 10.1371/journal.pone.0078893
- 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* (Rapporter nr. 2014:014). Oslo: Institutt for samfunnsforskning. Hentet fra http://www.samfunnsforskning.no/content/download/103188/1666899/file/Rapport_R_2014-14_v5_nettpdf
- Steptoe, 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. doi: 10.1073/pnas.1219686110
- Stoltenberg, T. (2010). *Rapport om narkotika*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/rappomnarkotika_nettpdf.pdf
- 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. B., & Larsen, K. M. (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. doi: 10.1016/j.adolescence.2013.09.003
- Svendsen, L. F. H. (2015). *Ensomhetens filosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- 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. doi: 10.4054/DemRes.2016.34.22
- Sæbø, G., & Øverbye, E. (1994). Når det beste blir det godes fiende: Et forsvar for bruken av "naive" indekser i levekårsforskningen. *Sosiologisk tidsskrift*, 2(3), 205-222.
- 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. doi: 10.1111/aphw.12000
- Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2014). *Vold og voldtekt i Norge : en nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv* (Rapport nr. 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. doi: 10.3402/ejpt.v6.26259
- Torvik, F. A., & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk : omfang og konsekvenser* (Rapport nr. 2011:4). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Tyldum, G. (2015). *Fattige tilreisende fra Romania i Oslo. En diskusjon rundt diskriminering og tilgang på offentlige rom* (Fafo-notat nr. 2015:13). Oslo: Fafo.
- Tønnessen, M., Leknes, S., & Syse, A. (2016). Befolkningsframskrivninger 2016-2100: Hovedresultater. *Økonomiske analyser*, 35(3), 4-13.
- 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. doi: 10.1086/529072

- Van der Wel, K., Dahl, E., Løyland, B., Naper, S. O., & Slagsvold, M. (2006). *Funksjonsevne blant langtidsmottakere av sosialhjelp* (HiO-rapport nr. 2006: 29). Oslo: Høgskolen i Oslo.
- 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 nr. 2013:47). Oslo: FAFO.
- Widding-Havnerås, T. (2016). Unge voksne som verken er i arbeid eller utdanning: En registerbasert studie, 1993–2009. *Søkelys på arbeidslivet*, 32(04). doi: 10.18261/issn.1504-7989-2016-04-05
- 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. doi: 10.1177/2156869315616258
- Wolff, J., & de-Shalit, A. (2007). *Disadvantage*. 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. doi: 10.1111/cdev.12306
- Zhang, L.-C. (2008). *Developing methods for determining the number of unauthorized foreigners in Norway* (Documents nr. 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 nr. 2011:03). Oslo: FAFO.