Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway

# Helse og livskvalitet blant menn med lav inntekt

Litteraturoversikt og analyse av norske data

Anders Barstad, Thomas Hansen (FHI), Roger Hammersland og Lars Dommermuth

TALL SOM FORTELLER
RAPPORTER / REPORTS
2026/34

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

© Statistisk sentralbyrå

Publisert: 19. november 2026

ISBN 978-82-587-2145-8 (elektronisk)
ISSN 1892-7513 (elektronisk)

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

# Forord

Denne rapporten er utarbeidet av Statistisk sentralbyrå (SSB) i samarbeid med Folkehelseinstituttet (FHI) på oppdrag fra Kultur- og likestillingsdepartementet. Formålet med rapporten er å oppsummere forskningsbasert kunnskap om helse og livskvalitet blant menn med lav inntekt. Oppdragsgiver definerte målgruppen som menn i laveste inntektskvartil.

Rapporten har to hovedkomponenter. Den første er en kunnskapsoversikt basert på et systematisk litteratursøk og supplerende søk. Den andre er egne analyser av nyere norske data om egenvurdert helse og livskvalitet blant menn med lav inntekt.

Biblioteket i SSB har bistått med utforming og gjennomføring av det systematiske litteratursøket. Forfatterne takker Line Breivik og Elsa Granvoll for dette arbeidet. Forfatterne takker også Elin Skretting Lunde og Sindre Mikael Haugen i seksjon for Helse-, omsorg- og sosialstatistikk i SSB for levering av deskriptive tabeller om bruk av helsetjenester og Kenneth Aarskaug Wiik for nyttige innspill.

Statistisk sentralbyrå, 12.11.2026

Linda Nøstbakken

# Sammendrag

Denne rapporten handler om helse og livskvalitet blant menn med lav inntekt i Norge. Den er utarbeidet av Statistisk sentralbyrå i samarbeid med Folkehelseinstituttet på oppdrag fra Kultur- og likestillingsdepartementet. I tråd med oppdragsbeskrivelsen består rapporten av to overordnede deler. Del 1 gir en oversikt over nyere forskning om helse og livskvalitet blant menn med lav inntekt, om sammenhenger og mekanismer bak disse, og om effekten av tiltak for å bedre helse og livskvalitet i gruppen. Oversikten er basert på et systematisk litteratursøk i nordisk forskning. For tiltak ble søket utvidet til andre sammenlignbare høyinntektsland. I tillegg har vi brukt supplerende søk og mer generell forskning om ulikhet i helse på områder som er lite dekket i nordisk forskning. Del 2 presenterer egne analyser av norske befolkningsundersøkelser om helse, levekår og livskvalitet. Avslutningsvis diskuteres kunnskapshull, behov for videre forskning og prinsipper for utforming av tiltak.

Kunnskapsoversikten og våre egne analyser viser at menn med lav inntekt kommer relativt dårlig ut når det gjelder levealder, helse og livskvalitet. Samtidig er det store forskjeller blant menn med lav inntekt, og mange har i tillegg andre økonomiske og sosiale belastninger. Forskjellene i helse og livskvalitet må ses i sammenheng med slike belastninger.

Inntektsforskjellene i forventet levealder og dødelighet er godt dokumentert i nordisk og norsk forskning, og de er større blant menn enn blant kvinner. I Norge er forskjellen i forventet levealder ved 40 år mellom menn i høyeste og laveste inntektskvartil beregnet til om lag åtte år. Forskjellene finnes langs hele inntektsfordelingen, men den forventede levealderen er særlig lav blant dem med aller lavest inntekt.

Også for helse og livskvalitet kommer menn med lav inntekt gjennomgående dårligere ut. De har oftere dårlig egenvurdert helse og psykiske plager, og andelen med lav tilfredshet med livet er om lag dobbelt så høy i laveste som i høyeste inntektsgruppe. Lav inntekt sammenfaller ofte med andre belastninger og kjennetegn, som svak tilknytning til arbeidslivet, å være enslig, eller økonomisk stress. En del av disse bidrar til å forklare inntektsforskjellene blant menn, men med de datakildene vi har hatt til rådighet kan vi ikke si noe sikkert om årsaksforhold. Gruppen er svært sammensatt. Det er særlig blant lavinntektsmenn som står utenfor arbeidsliv og utdanning, som er enslige, har lav utdanning og som ikke er innvandrere at vi finner mange med nedsatt helse og livskvalitet.

Bruk av helsetjenester varierer også etter inntekt. Menn med lav inntekt bruker fastlege og psykolog oftere enn menn med høyere inntekt, i tråd med at gruppens behov er større, siden de rapporterer i gjennomsnitt dårligere helse. De går derimot sjeldnere til tannlege og bruker forebyggende tjenester sjeldnere. Her tyder resultatene på at økonomiske kostnader kan være en barriere.

Kunnskapsgrunnlaget om tiltak er svakt. Det systematiske litteratursøket identifiserte bare fire evalueringer med resultater for menn med lav inntekt. Den mest konsistente dokumentasjonen gjelder strukturelle virkemidler, som regulering av pris og tilgjengelighet for alkohol og tobakk. Individrettede tiltak har gjennomgående små effekter og når ofte dårligst fram til dem med færrest ressurser.

Et hovedbudskap fra rapporten er at kjønn og sosial bakgrunn i større grad bør ses i sammenheng i forskning på helse og livskvalitet. Analyser av menn som én gruppe kan skjule store forskjeller mellom menn med ulike økonomiske og sosiale ressurser. Det er også behov for longitudinelle analyser, både for å belyse utviklingen i helse og livskvalitet over livsløpet og for å gi et bedre grunnlag for å vurdere årsaksforhold. Norske registerdata og befolkningsundersøkelser gir gode muligheter til å følge dette opp. I et avsluttende kapittel beskriver vi kunnskapshullene nærmere og hvordan eksisterende data kan brukes bedre.

# Abstract

This report examines health and well-being among men with low income in Norway. It was prepared by Statistics Norway in collaboration with the Norwegian Institute of Public Health, commissioned by the Ministry of Culture and Equality. In accordance with the terms of reference, the report comprises two main parts. Part 1 provides an overview of recent research on health and well-being among men with low income, the associations and underlying mechanisms involved, and the effects of interventions aimed at improving health and well-being in this group. The review is based on a systematic literature search of Nordic research. For intervention studies, the search was extended to other comparable high-income countries. We also conducted supplementary searches and drew on broader research on health inequalities in areas insufficiently covered by Nordic studies. Part 2 presents our own analyses of Norwegian population surveys on health, living conditions, and well-being. Finally, we discuss knowledge gaps, priorities for future research, and principles for intervention design.

Both the literature review and our own analyses show that men with low income fare relatively poorly in terms of life expectancy, health, and well-being. At the same time, there is considerable heterogeneity among men with low income, many of whom also face additional economic and social disadvantages. Differences in health and well-being must be understood in the context of these disadvantages. Income inequalities in life expectancy and mortality are well documented in Nordic and Norwegian research and are greater among men than among women. In Norway, the difference in life expectancy at age 40 between men in the highest and lowest income quartiles has been estimated at approximately eight years. Inequalities are evident across the entire income distribution, but life expectancy is particularly low among those with the very lowest income. Men with low income also consistently fare worse in terms of health and well-being. They are more likely to report poor self-rated health and psychological distress, and the proportion reporting low life satisfaction is approximately twice as high in the lowest income group as in the highest. Low income often coincides with other disadvantages and characteristics, such as weak attachment to the labor market, being single, or experiencing financial strain. Some of these factors help explain income-related differences among men, but the available data do not allow us to draw firm conclusions about causal relationships. The group is highly heterogeneous. Poor health and well-being are particularly prevalent among low-income men who are outside employment and education, are single, have low educational attainment, and do not have an immigrant background.

Healthcare utilization also varies by income. Men with low income use general practitioner and psychologist services more frequently than men with higher income, consistent with their greater healthcare needs, as reflected in their poorer average health. However, they visit dentists less frequently and make less use of preventive services. Here, the findings suggest that financial costs may represent a barrier. The evidence base on interventions is limited. The systematic literature search identified only four evaluations reporting results for men with low income. The most consistent evidence concerns structural measures, such as regulating the price and availability of alcohol and tobacco. Individually targeted interventions generally have small effects and often fail to reach those with the fewest resources.

A key message of the report is that gender and social background should be considered together to a greater extent in research on health and well-being. Analyzing men as a single group may conceal substantial differences between men with varying economic and social resources. There is also a need for longitudinal analyses, both to examine how health and well-being develop across the life course and to provide a stronger basis for assessing causal relationships. Norwegian administrative register data and population surveys offer valuable opportunities for such research. In the final chapter, we discuss the knowledge gaps in greater detail and outline how existing data sources could be used more effectively.

# Innhold

**Forord** ..... **3**
**Sammendrag** ..... **4**
**Abstract** ..... **5**
**1. Innledning** ..... **8**
1.1. Bakgrunn ..... 8
1.2. Problemstillinger ..... 8
1.3. Viktige avgrensinger og begrepsavklaringer ..... 9
1.4. Rapportens oppbygging ..... 10
**2. Metode og data** ..... **11**
2.1. Systematisk litteratursøk og kunnskapsoppsummering ..... 11
2.2. Analyser av norske data om helse og livskvalitet blant menn med lav inntekt ..... 15
2.3. Bruk av generativ kunstig intelligens i utarbeidelsen av rapporten ..... 17
**3. Kunnskapsoppsummering fra litteratursøket om helse og livskvalitet blant menn med lav inntekt** ..... **18**
3.1. Forventet levealder og dødelighet blant menn med lav inntekt ..... 18
3.2. Helse og livskvalitet blant menn med lav inntekt ..... 28
3.3. Bruk av helsetjenester blant menn med lav inntekt ..... 38
**4. Supplerende litteratursøk: Helsekompetanse og maskulinitetsnormer** ..... **45**
4.1. Helsekompetanse blant menn ..... 45
4.2. Maskulinitet og maskulinitetsnormer og helse blant menn ..... 47
**5. Tiltak for å utjevne forskjeller i helse og livskvalitet blant menn med lav inntekt** ..... **49**
5.1. Fordelingsvirkning, egeninnsats og tilgjengelighet: tre kriterier for vurdering av tiltak ..... 49
5.2. Funn fra det systematiske litteratursøket ..... 50
5.3. Velferdsstat og makroøkonomiske rammebetingelser ..... 54
5.4. Inntektssikring og økonomisk trygghet ..... 56
5.5. Arbeid og arbeidsmarkedstiltak ..... 57
5.6. Bolig og bomiljø ..... 58
5.7. Levevaner: regulering og individrettede tiltak ..... 59
5.8. Psykisk helse, rus og sosial inkludering ..... 60
5.9. Utforming av helsetjenester ..... 61
5.10. Overførbarhet til norsk kontekst og samlet vurdering ..... 63
**6. Egne analyser** ..... **65**
6.1. Innledning ..... 65
6.2. Helse, livsstil og livskvalitet etter inntekt ..... 65
6.3. Sosiodemografisk sammensetning og sosiale helsedeterminanter blant menn med lav inntekt ..... 72
6.4. Sammenhengen mellom inntekt, helse og livskvalitet når vi justerer for andre faktorer ..... 93
6.5. Oppsummering ..... 101
**7. Drøfting og konklusjon** ..... **103**
7.1. Hovedfunn ..... 103
7.2. Kunnskapshull ..... 105
7.3. Anbefalinger for videre forskning og tiltak ..... 106
**Referanser** ..... **113**
**Vedleggstabeller** ..... **128**
**Figurregister** ..... **130**
**Tabellregister** ..... **131**

**Vedleggsregister..... 132**

# 1. Innledning

## 1.1. Bakgrunn

Å redusere de sosiale ulikhetene i levealder og helse har i en årrekke vært et viktig mål i norsk helsepolitikk. Folkehelsemeldinga er en nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller (Helse- og omsorgsdepartementet 2023). I regjeringens strategi for livskvalitet er også utjevning av sosiale forskjeller i livskvalitet et sentralt punkt (Helse- og omsorgsdepartementet 2025). Denne rapporten skal bidra til kunnskapsgrunnlaget for dette arbeidet, med vekt på én gruppe: menn med lav inntekt.

Kunnskapsoppsummeringen anlegger et interseksjonelt perspektiv på helse og livskvalitet. Dette innebærer å undersøke hvordan ulike sosiale kategorier virker sammen, her særlig kjønn og inntekt, og hvordan kombinasjonen av disse kan ha betydning for helse og livskvalitet. Levealder illustrerer dette tydelig: Menn med lav inntekt lever kortere enn kvinner på samme inntektsnivå. Til tross for slike forskjeller, har kombinasjonen av kjønn og sosioøkonomisk status fått relativt begrenset oppmerksomhet i forskningen på sosiale helseulikheter. Mannsutvalget (NOU 2024: 8) beskrev kortere levealder blant menn som en likestillingsutfordring. Utvalget mente også at vi vet for lite om menns helseproblemer, og at helsetjenestene i for liten grad er utformet med et kjønnsperspektiv.

Lav inntekt, dårlig helse og lav livskvalitet kan forsterke hverandre. Økonomiske utfordringer kan for eksempel gjøre det vanskeligere for personer med helseproblemer å ha et sunt kosthold og betale for medisiner (Barstad 2020). Samtidig kan sykdom føre til inntektstap (se avsnitt 3.2) eller redusere livskvalitet. Sammenhengene mellom inntekt, helse og livskvalitet går altså begge veier. Dette har betydning for hvordan sammenhengene som omtales i rapporten kan tolkes, og for hvilke slutninger som kan trekkes om årsaksforhold (se avsnitt 1.3).

## 1.2. Problemstillinger

Rapporten handler om menn med lav inntekt, her definert som menn i laveste inntektskvartil. Formålet er å oppsummere forskningsbasert kunnskap om gruppens helse og livskvalitet. Rapporten belyser tre hovedproblemstillinger.

Den første gjelder helse og livskvalitet blant menn med lav inntekt, sammenlignet med menn med høyere inntekter og med kvinner. Dette omfatter forventet levealder, dødelighet, egenvurdert og diagnostisert helse samt livskvalitet, og vi går gjennom studier som belyser spesifikke variasjoner etter inntekt blant menn. Vi vurderer også litteratur som ser på betydningen av kjønnsnormer og forventninger til maskulinitet som en mulig mekanisme bak forskjellene i helse. Den andre hovedproblemstillingen gjelder bruk av helsetjenester og helsekompetanse blant menn med lav inntekt sammenlignet med andre menn og med kvinner. Den tredje gjelder tiltak som kan bedre helse og livskvalitet i gruppen menn med lav inntekt. Det omfatter både tiltak i primærhelsetjenesten og tiltak innenfor bolig, inntekt, arbeid og helsetjenester mer generelt.

Rapporten har to hovedkomponenter. Den første er en kunnskapsoversikt basert på et systematisk litteratursøk. Den er supplert med ikke-systematiske søk på områder der det systematiske søket ga få treff. Omfanget av relevant eksisterende forskning er nokså ulikt for de tre problemstillingene. Kunnskapsgrunnlaget er best for inntektsforskjeller i levealder og dødelighet. Det er svakest for helsekompetanse, maskulinitetsnormer og tiltak rettet mot menn med lav inntekt.

Den andre komponenten er egne deskriptive analyser av norske data. Disse inngår ikke i kunnskapsoversikten. De utfyller kunnskapsoversikten på områder som er mindre belyst i forskningen eller hvor vi mangler nyere tall. Det gjelder særlig tre spørsmål: Skiller menn med lav inntekt seg ut når det gjelder egenvurdert helse og livskvalitet, sammenlignet med menn med høyere inntekter og med kvinner? Hvilke andre kjennetegn preger menn med lav inntekt? Og består

inntektsforskjellene i egenvurdert helse og livskvalitet når vi tar hensyn til slike kjennetegn? I tillegg presenterer vi nye deskriptive analyser om bruk av helsetjenester.

Det er de siste årene publisert flere rapporter og strategier om sosial ulikhet i helse, blant annet Marmot-rapporten for Norge (Goldblatt et al. 2023), anbefalingene fra Fagrådet for sosial ulikhet i helse (Arntzen et al. 2019) og den danske Sundhedsstyrelsens gjennomgang av tiltak (Sundhedsstyrelsen 2020). Disse rapportene gir anbefalinger for befolkningen som helhet. Denne rapporten ser særskilt på menn med lav inntekt, og i kapittel 7 sammenligner vi funnene med noen av anbefalingene i disse rapportene.

## 1.3. Viktige avgrensinger og begrepsavklaringer

- **Menn med lav inntekt:** I egne analyser tar vi som regel utgangspunkt i husholdningens inntekt etter skatt per forbruksenhet, det vil si justert for husholdningens størrelse og sammensetning. Kvartilene er definert for hele befolkningen, menn og kvinner samlet. Det er i tråd med oppdragets definisjon, og det gjør at menn og kvinner sammenlignes ut fra de samme inntektsgrensene. Fordi inntekten måles på husholdningsnivå, avhenger en manns plassering i inntektsfordelingen også av inntekten til andre i husholdningen. Avgrensningen varierer noe mellom datakildene, se kapittel 2. I kunnskapsoversikten har vi inkludert studier med ulike mål på lav inntekt og økonomiske ressurser, for eksempel lavinntektsgrenser, lav formue eller opplevde økonomiske vansker. Kravet har vært at menn med lav inntekt eller svak økonomi er skilt ut som en egen gruppe.
- **Sammenligninger:** Rapporten handler om menn med lav inntekt. Gruppen sammenlignes med menn med høyere inntekter, og med kvinner i ulike inntektsgrupper, først og fremst kvinner med lav inntekt.
- **Aldersgruppe:** I tråd med oppdraget ser vi på voksne menn, det vil si menn fra 18 år og oppover. De enkelte studiene bruker egne aldersavgrensninger, for eksempel eldre menn fra 50 år og oppover. I litteraturgjennomgangen er alder markert i oversiktstabellene. Aldersavgrensningen i våre egne analyser er beskrevet i kapittel 6.
- **Kontekst:** Rapporten skal være relevant for Norge. Det systematiske litteratursøket er avgrenset til studier med data fra de nordiske landene. For tiltak har vi utvidet søket til andre sammenlignbare høyinntektsland. I tillegg har vi gjort supplerende søk på områder der det systematiske litteratursøket ga få treff. Våre egne analyser tar utgangspunkt i norske data.
- **Helse:** I tråd med oppdraget omfatter helse både somatisk helse, psykisk helse og rusproblemer. Vi omtaler også forventet levealder og dødelighet, som er det best dokumenterte helseutfallet. Rusproblemer behandles ikke i et eget avsnitt. De omtales der de inngår i studiene, blant annet i omtalen av alkoholrelatert sykdom og dødelighet.
- **Livskvalitet:** Livskvalitet kan gis mange forskjellige betydninger (Barstad 2014; Barstad et al. 2023). I denne rapporten legger vi vekt på subjektiv livskvalitet. Her kan man skille mellom kognitiv eller vurderende livskvalitet (eksempelvis tilfredshet med livet), emosjonell livskvalitet (lykke, positive og negative følelser) og eudaimonisk livskvalitet (for eksempel opplevelse av mening med livet). Vi anser alle dimensjoner som relevante. Studiene vi har identifisert i litteraturgjennomgangen, måler i hovedsak tilfredshet med livet. I våre egne analyser legger vi hovedvekten på den kognitive dimensjonen, men trekker også inn noen indikatorer på emosjonell livskvalitet.
- **Årsakssammenhenger:** Studiene av helse, livskvalitet og bruk av helsetjenester i kunnskapsoversikten er som regel observasjonsstudier. Våre egne analyser bygger på tverrsnittsdata. Slike data viser sammenhenger, men sier ikke i seg selv noe om årsaksretningen. Lav inntekt kan bidra til dårligere helse, men dårlig helse kan også føre til

lav inntekt. Når vi i egne analyser kontrollerer for andre kjennetegn, er formålet å beskrive om inntektsforskjellene består. Formålet er ikke å anslå effekten av inntekt.

- **Tiltak og anbefalinger:** Rapporten oppsummerer tilgjengelig litteratur om virkningen av tiltak rettet mot menn med lav inntekt, og på bakgrunn av den samlede kunnskapen drøfter vi mulige implikasjoner for videre politikkutvikling. Der kunnskapsgrunnlaget er sterkt nok, peker vi på mulige innsatsområder og tiltak. Samtidig er dokumentasjonen av effekten av konkrete tiltak begrenset, og anbefalingene omfatter derfor også prioriteringer for videre forskning og bedre datagrunnlag (kapittel 7).

## 1.4. Rapportens oppbygging

Kapittel 2 beskriver data og metode. Det gjelder både det systematiske litteratursøket, de supplerende søkene og egne analyser. Gjennom hele rapporten skiller vi mellom to typer studier. Studier fra det systematiske litteratursøket er gjengitt i tabeller og omtalt i teksten. Studier funnet gjennom supplerende søk omtales bare i teksten.

Kapittel 3–5 utgjør kunnskapsoversikten. Kapittel 3 oppsummerer studiene fra det systematiske litteratursøket, ordnet etter tre temaer: forventet levealder og dødelighet, helse og livskvalitet, og bruk av helsetjenester. Kapittel 4 drøfter to mulige mekanismer som kan bidra til å forklare sammenhengen mellom lav inntekt og dårligere helse blant menn: helsekompetanse og maskulinitetsnormer. Begge kan også belyse hvorfor menn med lav inntekt i noen tilfeller skiller seg fra kvinner i samme inntektsgruppe. Det systematiske søket ga ikke treff på disse temaene, så kapittelet bygger på supplerende søk. Kapittel 5 gjennomgår forskning om tiltak, både fra det systematiske søket og supplerende søk. Gjennomgangen går fra overordnede samfunnsmessige rammebetingelser til tiltak rettet mot helsetjenesten og mot enkeltindivider.

Kapittel 6 presenterer egne analyser av norske data om helse, livskvalitet og bruk av helsetjenester blant menn med lav inntekt. Kapittel 7 drøfter hovedfunnene, peker på kunnskapshull og gir anbefalinger for videre forskning og politikkutvikling.

# 2. Metode og data

## 2.1. Systematisk litteratursøk og kunnskapsoppsummering

Vi har gjennomført en systematisk kunnskapsoversikt i form av en hurtigoversikt (rapid review), med en strukturert og transparent fremgangsmåte (Folkehelseinstituttet 2026) for å identifisere, vurdere og sammenstille relevant forskning om helse og livskvalitet blant menn med lav inntekt, i tråd med prosjektets protokoll (Hansen et al. 2026). Som hurtigoversikt ble enkelte deler av prosessen forenklet sammenlignet med en full systematisk kunnskapsoversikt, blant annet ved at hovedsøket ble avgrenset til én internasjonal litteraturdatabase (Web of Science).

Utvelgelsen av studier gjennom det systematiske søket er dokumentert i flytdiagrammet under (figur 2.1), og de inkluderte studiene presenteres i oversiktstabeller i kapittel 3 og 5.

Det systematiske søket ga imidlertid få relevante studier på enkelte områder, særlig helsekompetanse, maskulinitetsnormer og tiltak. For å gi et bredere kunnskapsgrunnlag ble hurtigoversikten derfor supplert med målrettede, ikke-systematiske søk på disse områdene. For tiltak har vi også lagt til grunn et bredere perspektiv enn studier av tiltak spesifikt rettet mot menn med lav inntekt, og inkluderer relevant forskning om mer overordnede tiltak og rammebetingelser som kan påvirke sosiale forskjeller i helse og livskvalitet. I rapporten skiller vi tydelig mellom studier identifisert gjennom det systematiske søket og forskning identifisert gjennom de supplerende søkene.

### Systematisk litteratursøk

Det systematiske litteratursøket ble gjennomført i april 2026 av Biblioteket ved Statistisk sentralbyrå, av bibliotekarer med erfaring fra systematiske litteratursøk. Forskerne i prosjektgruppen utformet søkestrategien, mens biblioteket bisto i spesifiseringen av søket og gjennomførte det overordnede søket. Den fullstendige søkeprotokollen er registrert i PROSPERO (Hansen et al. 2026). Hovedsøket ble gjennomført i den internasjonale vitenskapelige litteraturdatabasen Web of Science. Søkestrategien besto av en kombinasjon av relevante tekstord knyttet til lav inntekt, menn, helse, livskvalitet, helseatferd, helsetjenestebruk og beslektede begreper. For å fange opp relevant «grå litteratur», det vil si statistikk og forskning publisert andre steder enn i fagfellevurderte publiseringskanaler, søkte Biblioteket ved Statistisk sentralbyrå også i norske databaser, blant annet Oria. I tillegg ble rapporter utgitt av sentrale aktører i Norden gjennomgått.

For å identifisere flere studier av tiltak gjennomførte vi i tillegg et eget systematisk søk. Dette tok utgangspunkt i søkestrategien fra hovedsøket, men den geografiske avgrensningen ble utvidet fra Norden til sammenlignbare høyinntektsland, og søket ble spesifisert til studier av tiltak. Det utvidede søket ga 1 078 nye treff. Disse ble vurdert etter samme framgangsmåte og i hovedsak de samme inklusjons- og eksklusjonskriteriene som studiene fra hovedsøket. Tre ytterligere studier av tiltak ble inkludert. De vanligste årsakene til eksklusjon var at studiene ikke rapporterte resultater særskilt for menn med lav inntekt eller relevante sammenligningsgrupper, at de var begrenset til kliniske populasjoner og derfor ikke ble vurdert som overførbare til den generelle befolkningen, eller at dataene falt utenfor den definerte tidsperioden.

### Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Studier ble inkludert basert på forhåndsdefinerte kriterier knyttet til populasjon, utfall, studiedesign og kontekst.

- **Tidsramme:** Søket omfattet studier publisert fra 2016 og senere, med data fra 2010 eller senere.

- **Populasjon:** Menn i alderen 18 år og eldre med lav inntekt, definert som laveste inntektskvartil eller tilsvarende mål på økonomiske ressurser (for eksempel selvrapporterte økonomiske vansker eller lav formue). Studier måtte rapportere resultater for lavinntektsmenn som egen gruppe eller muliggjøre separate analyser.
- **Utfall:** Vi inkluderte studier som rapporterte utfall relatert til livskvalitet og helse, herunder subjektivt velvære, psykisk helse (for eksempel angst og depresjon), fysisk helse, mortalitet, helseatferd, helsetjenestebruk og helserelatert kompetanse.
- **Tiltak:** Alle typer tiltak med relevans for helse og livskvalitet blant lavinntektsmenn ble inkludert. Dette omfattet både helsetjenestebaserte tiltak, forebyggende tiltak, helsefremmende tiltak og bredere strukturelle eller politiske tiltak (for eksempel knyttet til arbeid, inntekt eller tilgang til tjenester).
- **Studiedesign:** For den deskriptive delen inkluderte vi kvantitative observasjonsstudier (tverrsnitt, kohort og registerstudier), samt relevante kvalitative studier. For intervensjonsdelen inkluderte vi både randomiserte kontrollerte studier og ikke-randomiserte studier (for eksempel kvasi-eksperimentelle design og før–etter-studier).
- **Geografisk avgrensning:** For studier av helse, livskvalitet, helsetjenestebruk og helsekompetanse inkluderte vi studier basert på data fra de nordiske landene (Norge, Sverige, Danmark, Finland og Island). For studier av tiltak ble den geografiske avgrensningen utvidet til andre sammenlignbare høyinntektsland i Europa (Belgia, Nederland, Luxemburg, Frankrike, Tyskland, Sveits, Østerrike, Storbritannia og Irland).
- **Eksklusjonskriterier:** Studier ble ekskludert dersom de ikke muliggjorde separate analyser av lavinntektsmenn, var begrenset til kliniske populasjoner, eller ikke rapporterte empiriske data for relevante utfall. Undersøkelser som var basert på regionale, ikke landsrepresentative tall i de nordiske landene (unntatt Norge) ble også tatt ut.

### Screening og datauthenting

Screening av titler, sammendrag og fulltekstartikler ble gjennomført av minst to forskere med hjelp av Covidence, en nettbasert programvare for håndtering av systematiske litteratursøk og for å generere systematiske kunnskapsoppsummeringer. Uenighet om inklusjon ble løst gjennom konsensusmøter mellom forskerne. Datauthenting ble gjennomført av én forsker og kontrollert av en annen. Det ble hentet ut informasjon om blant annet studiepopulasjon, kontekst, studiedesign, tiltak, sammenligningsgruppe og utfallsmål.

### Analyse og syntese

Studiene fra det systematiske litteratursøket ble sammenstilt ved hjelp av narrativ syntese. På grunn av stor variasjon i studienes design, populasjoner, tiltak og utfall ble det ikke gjennomført metaanalyser. Syntesen er strukturert tematisk etter (i) forventet levealder og dødelighet, (ii) helse og livskvalitet, (iii) bruk av og tilgang til helsetjenester og (iv) tiltak. I den narrative gjennomgangen har vi lagt vekt på retning og konsistens i funnene, samt variasjon mellom studier og kontekstuelle forhold som kan ha betydning for tolkning og overførbarhet.

På områder der det systematiske søket ga få relevante studier, er kunnskapsgrunnlaget supplert med forskning identifisert gjennom de supplerende søkene beskrevet nedenfor. Denne litteraturen brukes for å utdype og kontekstualisere funnene fra den systematiske kunnskapsoversikten, men inngår ikke som en del av den systematiske syntesen. I rapporten fremgår det hvilke studier som er identifisert gjennom henholdsvis det systematiske og de supplerende søkene.

Det ble ikke gjennomført en formell vurdering av risiko for systematiske skjevheter i de enkelte studiene. I sammenstillingen ble det imidlertid lagt vekt på studiedesign, utvalgsstørrelse, analysemetode og andre forhold som kunne ha betydning for tolkningen av resultatene.

### Resultat av litteratursøket

Figur 2.1 viser søke- og utvelgelsesprosessen. Etter fjerning av duplikater ble 3 046 studier vurdert på tittel- og sammendragsnivå. Av disse ble 135 forsøkt innhentet i fulltekst, hvorav 132 var tilgjengelige og ble vurdert for inklusjon. Totalt 60 studier oppfylte inklusjonskriteriene og inngår i den systematiske kunnskapsoversikten. De inkluderte studiene er presentert tematisk i kapittel 3 og kapittel 5. Som beskrevet over ga det separate systematiske søket etter *tiltak* 1 078 treff, hvorav tre studier ble inkludert.

### Supplerende litteratursøk

Det systematiske litteratursøket ga få treff på enkelte temaer, særlig maskulinitet og kjønnsnormer, helsekompetanse og tiltak. Det var dessuten gjennomgående vanskelig å finne studier som analyserer menn med lav inntekt særskilt og som sammenligner dem med andre inntektsgrupper. For å styrke kunnskapsgrunnlaget på disse områdene har vi brukt flere supplerende strategier.

For det første har vi gjennomført supplerende søk på de nevnte temaene i de samme litteraturdatabasene, men med færre eksklusjonskriterier. For det andre har vi brukt en avgrenset form for snøballmetode. Vi gjennomgikk referanselistene til inkluderte studier for å identifisere ytterligere relevante publikasjoner, og undersøkte om særlig relevante studier var sitert i nyere studier og oversiktsartikler. For det tredje har vi vurdert om studier som ble ekskludert i det systematiske litteratursøket, likevel kunne tilføre relevant kunnskap. Eksempler er studier som ble ekskludert fordi de var publisert utenfor tidsavgrensningen for søket, eller fordi dataene var eldre enn inklusjonskriteriene tillot. For det fjerde har vi brukt verktøyet Keenious og generelle KI-baserte søkeverktøy. Keenious identifiserer tematisk beslektet litteratur gjennom semantisk analyse av en tekst, framfor å matche søkeord.

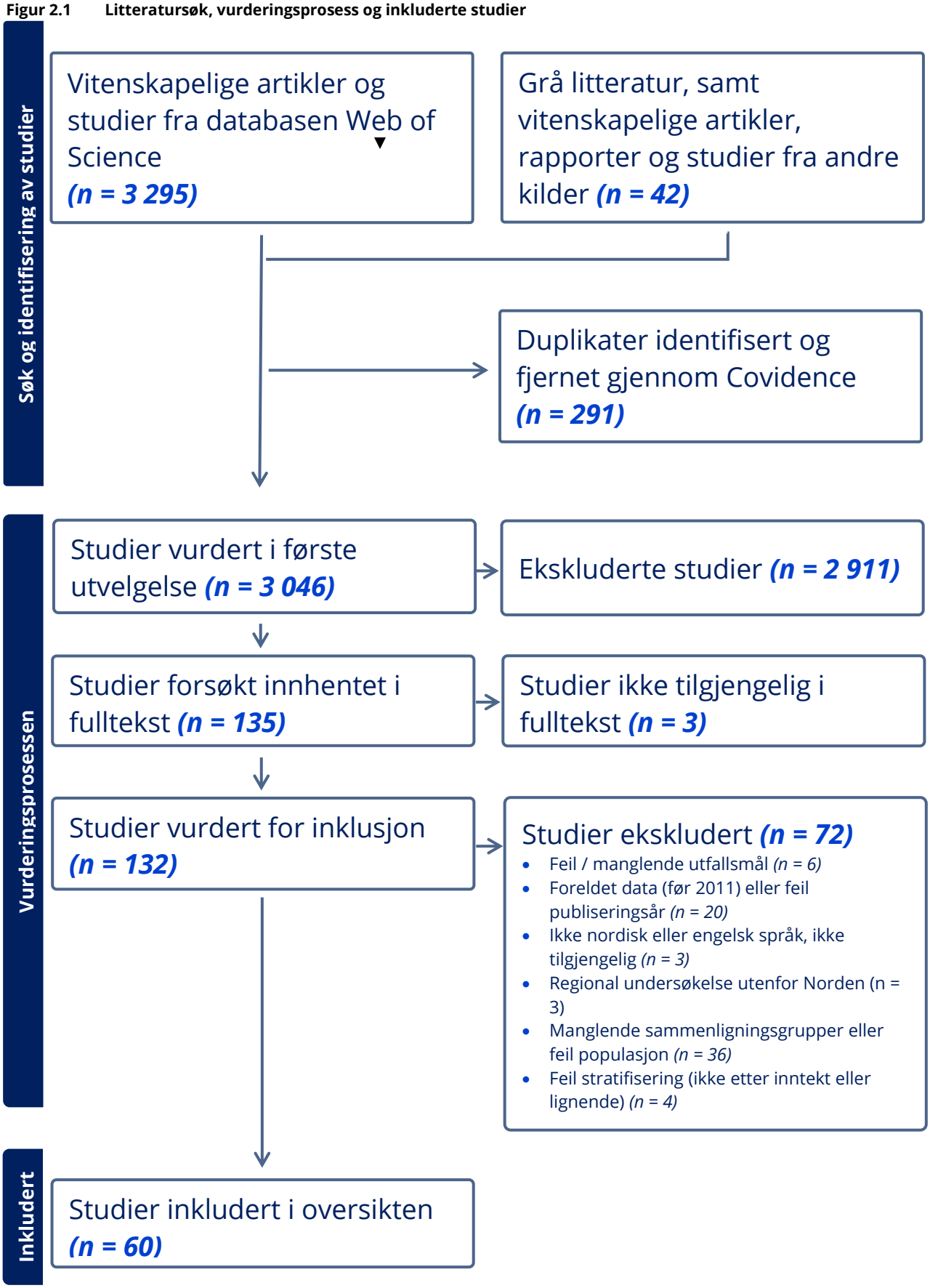
De supplerende strategiene er ikke systematiske, og studiene som er identifisert gjennom dem gir derfor ikke en systematisk kunnskapsoversikt. Disse studiene inngår derfor ikke i tabellene som omfatter studier identifisert i det systematiske litteratursøket, men omtales i teksten. Ved første omtale av en slik studie framgår det av teksten at den ikke ble fanget opp i det systematiske litteratursøket.

### Oppbygging av litteraturgjennomgangen

Litteraturgjennomgangen er organisert i tre kapitler. Kapittel 3 oppsummerer forskning om forventet levealder og dødelighet, helse og livskvalitet og bruk av helsetjenester blant menn med lav inntekt. Her bygger fremstillingen i hovedsak på studiene identifisert gjennom det systematiske litteratursøket, som også presenteres i oversiktstabeller. Kapittel 4 omhandler helsekompetanse og maskulinitetsnormer. Fordi det systematiske søket ga få eller ingen relevante studier på disse områdene, bygger dette kapittelet i hovedsak på supplerende litteratursøk. Kapittel 5 gjennomgår forskning om tiltak og bygger på både det systematiske og de supplerende søkene. Her er perspektivet utvidet til også å omfatte mer overordnede tiltak og rammebetingelser med mulig betydning for helse og livskvalitet blant menn med lav inntekt.

Gjennom hele litteraturgjennomgangen skiller vi mellom studier fra det systematiske litteratursøket og studier identifisert gjennom supplerende søk.

**Figur 2.1 Litteratursøk, vurderingsprosess og inkluderte studier**



## 2.2. Analyser av norske data om helse og livskvalitet blant menn med lav inntekt

For å supplere kunnskapsoversikten med oppdaterte tall fra Norge har vi gjennomført egne analyser av norske befolkningsdata. Analysene er konsentrert om områder der litteraturgjennomgangen ga et mer begrenset kunnskapsgrunnlag, og hvor det samtidig forelå egnede norske data. Hovedvekten er lagt på helse og livskvalitet, og på bruk av helsetjenester. Vi har ikke gjennomført egne analyser av dødelighet og forventet levealder, ettersom dette allerede er godt belyst gjennom norsk og nordisk registerforskning. De egne analysene inngår ikke i den systematiske kunnskapsoversikten, men brukes til å supplere og aktualisere denne. Dette er i tråd med prosjektets opprinnelige plan om å kombinere litteraturgjennomgangen med analyser av eksisterende norske befolkningsdata.

### Datakilder

#### Livskvalitetsundersøkelsen

Den viktigste datakilden er Livskvalitetsundersøkelsene. Livskvalitetsundersøkelsen er en nasjonalt representativ undersøkelse som SSB nå gjennomfører årlig, med et bruttoutvalg på 40 000, og et nettoutvalg på om lag 17 000. Svarprosenten var 45 i 2025 (Falnes-Dalheim og Støren 2026). De som deltar, svarer på et spørreskjema på web. Spørreskjemaet var i 2025 tilgjengelig på fire språk (engelsk, polsk, litauisk og arabisk), ved siden av norsk bokmål og nynorsk. I tillegg til 2025-undersøkelsen, vil vi også i noen sammenhenger, når vi skal si noe om undergrupper blant menn i laveste inntektskvartil, slå sammen Livskvalitetsundersøkelsene gjennomført i 2023, 2024 og 2025. Det gir et større og mer robust grunnlag for å si noe om mindre grupper.

Resultatene som vi presenterer fra denne undersøkelsen, er vektet for forskjeller i frafall mellom ulike grupper. Vektingen innebærer at personer med kjennetegn som er underrepresentert teller mer, mens personer med kjennetegn som er overrepresentert teller mindre. I vektingsgrunnlaget inngår egenskapene kjønn, alder, utdanningsnivå, student, familiestørrelse og Innvandringsbakgrunn, samt to kryssledd, ett mellom kjønn og alder, og ett mellom utdanning og alder.

Livskvalitetsundersøkelsen omfatter hele befolkningen 18 år og eldre. I mange av tabellene og figurene vil vi imidlertid avgrense oss til aldersgruppen 30-59 år. En begrenset aldersgruppe gjør det mindre sannsynlig at alder spiller en stor rolle for resultatene. Ved ikke å ta med de yngste, unngår vi også i stor grad problemet med at studenter ofte lever på studielån, og slik sett har «kunstig» lav inntekt. I slutten av kapitlet gjennomfører vi imidlertid regresjonsanalyser der hele aldersspektret er med.

Inntektsvariabelen som brukes i analysen er husholdningsinntekt etter skatt per forbruksenhet. Antall forbruksenheter er beregnet ved bruk av EUs ekvivalensskala, der første voksne får vekt 1, neste voksne vekt 0,5, mens hvert barn får vekt 0,3. På grunnlag av dette vil for eksempel en barnefamilie med to voksne og to barn trenge en inntekt som er 2,1 ganger så høy som inntekten til en enslig for å ha samme økonomiske velferdsnivå (Falnes-Dalheim og Støren 2026).

Opplysninger om inntekt og inndelingen i inntektskvartiler er hentet fra inntekts- og formuesregisteret. De er hentet inn for inntektsåret to år før undersøkelsen ble gjennomført (altså inntektsåret 2023 for dem som deltok i 2025-undersøkelsen, 2022 for dem som deltok i 2024-undersøkelsen osv.). Som vi skal se, er det liten grunn til å tro at avstanden i tid fra måling av inntekt til måling av helse og livskvalitet har særlig betydning for resultatene – det kommer blant annet fram ved sammenligning med de andre undersøkelsene (Levekårsundersøkelsen om helse 2025 og Folkehelseundersøkelsen 2025).

Inndelingen i inntektskvartiler er gjort for befolkningen 18+ som helhet. Det er altså ikke gjort egne kvartilberegninger for ulike grupper i befolkningen, for eksempel for menn og kvinner, eller innvandrere versus den øvrige befolkningen. Det er viktig å være oppmerksom på dette i tolkningen av tallene. Fordelingen mellom menn og kvinner er uansett svært lik, men andelen som tilhører laveste kvartil er langt høyere blant innvandrere enn i den øvrige befolkningen. Lav inntekt er altså

vanligere blant innvandrere, og lavinntektsgruppene kan derfor ha ulik sammensetning. I den øvrige befolkningen utgjør laveste kvartil en mindre og trolig mer selektert del av gruppen. Alternativet hadde vært å beregne kvartilgrenser separat for ulike grupper, innvandrere versus øvrig befolkning osv., men de anonymiserte filene som utleveres til forskningsformål fra SIKT gir ikke inntektsopplysninger som er detaljerte nok for dette. Men også en slik løsning ville hatt sine svakheter, siden en da ville sammenlignet kvartiler med ulik gjennomsnittsinntekt på tvers av grupper.

**Levekårsundersøkelsen om helse 2025**

Resultatene fra Livskvalitetsundersøkelsen vil bli sammenlignet med resultatene fra to andre undersøkelser. Den første er Levekårsundersøkelsen om helse 2025. Levekårsundersøkelsen om helse er en surveyundersøkelse gjennomført av SSB, med et tilfeldig trukket utvalg fra den hjemmeboende delen av den norske befolkningen, 16 år og eldre (Lunde og Lundgaard 2020). I 2025 var nettoutvalget vel 5700 personer (Statistisk sentralbyrå 2026). Svarprosenten var 48. Intervjuene ble utført over telefon. I forbindelse med foreliggende kunnskapsoppsummering var det ikke mulig å gjøre egne eller mer detaljerte analyser på Levekårsundersøkelsen om helse 2025, siden datamaterialet ikke har blitt ferdig anonymisert for forskningsformål. Derimot lagde Seksjon for helsestatistikk i SSB noen utvalgte deskriptive tabeller etter inntekt.

Inntektsbegrepet som brukes i disse tabellene er svært likt det som brukes i Livskvalitetsundersøkelsen, og ekvivalensskalaen er den samme. Husholdningsinntekten per forbruksenhet måles imidlertid på månedsbasis, og inntekten er inndelt i kvintiler framfor kvartiler. I dette tilfellet er inntektsopplysningene hentet fra året før undersøkelsen. I tabellene fra undersøkelsen benyttes aldersgruppen 16+ år. Siden antallet deltakere er om lag en tredjedel av antallet i Livskvalitetsundersøkelsen, er det mindre rom for å splitte opp utvalget etter både alder, kjønn og inntekt.

**Folkehelseundersøkelsen 2025**

Den andre undersøkelsen vi noen ganger vil sammenligne med, er den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2025, gjennomført av Folkehelseinstituttet. Tall fra denne undersøkelsen er nylig publisert av Folkehelseinstituttet (Vedaa et al. 2026). Som Livskvalitetsundersøkelsen er også denne undersøkelsen basert på selvutfylling av et skjema tilgjengelig via web. Nettoutvalget var vel 28 000 personer. Svarprosenten var 28 for hele utvalget, men det har delvis sammenheng med at noen innvandrergrupper ble oversamplet i utvalget. Det ble trukket et forsterket utvalg blant personer født i Polen, Ukraina, Somalia, Pakistan, Eritrea, Syria og Irak. For den øvrige befolkningen var svarprosenten 34. Spørreskjemaet var tilgjengelig på samisk, engelsk, polsk, ukrainsk, somali og tigrinja, foruten norsk bokmål og nynorsk.

I forbindelse med foreliggende kunnskapsoppsummering gjengir vi noen utvalgte tabeller fra denne undersøkelsen (Vedaa et al. 2026). Det ble brukt en vekt som både korrigerte for oversampling av utvalgte fødelandsgrupper og som standardiserte til befolkningen i Norge etter kjønn og alder.

Inntekt inngår ikke i undersøkelsen, men indikatorene ble fordelt etter respondentenes egen vurdering av husholdningsøkonomien, altså hvor vanskelig eller lett det er å få pengene til å strekke til i det daglige med inntekten som er til rådighet. Dette er en subjektiv indikator som, skal vi se, er sterkt korrelert med det objektive inntektsnivået brukt i de to andre undersøkelsene.

Som vi også skal se, er det i noen tilfeller klare forskjeller i resultater mellom disse tre undersøkelsene, selv ved bruk av helt like spørsmål. For eksempel er andelen som oppgir at de har svært god eller god helse bare 63 prosent i Livskvalitetsundersøkelsen, og hele 76 prosent ifølge Levekårsundersøkelsen om helse. Det er flere faktorer som kan forklare dette. En anonym spørreundersøkelse basert på selvutfylling gir noen ganger andre svar enn de som er basert på telefonintervju, særlig når spørsmålene er sensitive og oppfattes som private. En annen faktor er frafallsvektingen, som er mer omfattende i SSBs undersøkelser enn i Folkehelseundersøkelsen 2025. En tredje faktor er ulikheter i frafall, det vil si hvor stor andel av de uttrukne som deltar i

undersøkelsen, og hvor selektivt dette frafallet er. En fjerde og siste faktor har med rekkefølgeeffekter å gjøre, at svarene på et spørsmål kan påvirkes av sammenhengen det står i, og at denne varierer fra undersøkelse til undersøkelse.

Selv om det absolutte nivået ofte er forskjellig, skal vi også se at konklusjonene om størrelsen på ulikheten mellom de sosioøkonomiske gruppene blant menn og kvinner gjennomgående er svært like på tvers av undersøkelsene.

### Variabler og analyse

I hovedanalysene defineres lav inntekt som husholdningsinntekt etter skatt per forbruksenhet i den laveste inntektskvartilen. Inntektskvartilene er beregnet for menn og kvinner samlet, slik at kjønnene sammenlignes ut fra de samme inntektsgrensene. Menn med lav inntekt sammenlignes både med menn i høyere inntektsgrupper og, der det er relevant, med kvinner med lav inntekt. Vi presenterer først deskriptive fordelinger av sentrale helse- og livskvalitetsutfall etter inntekt og kjønn. Deretter benyttes regresjonsanalyser for å undersøke om observerte inntektsforskjeller består når det tas hensyn til relevante demografiske og sosiale kjennetegn. Analysene er deskriptive og basert på tverrsnittsdata; de er derfor ikke egnet til å fastslå årsakssammenhenger. Formålet med de justerte analysene er å beskrive i hvilken grad inntektsforskjellene består når andre kjennetegn tas i betraktning, ikke å estimere en kausal effekt av inntekt.

## 2.3. Bruk av generativ kunstig intelligens i utarbeidelsen av rapporten

Generativ kunstig intelligens (KI) ble benyttet som støtte i deler av arbeidet med rapporten. KI-bruken var begrenset til løsninger som var godkjent av Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet for intern bruk. KI ble brukt i forbindelse med utvidede litteratursøk på avgrensede temaområder der det systematiske litteratursøket identifiserte få relevante studier. Videre ble KI benyttet til å gjennomgå sammendrag og oppsummeringer av enkeltstudier, blant annet som grunnlag for presentasjonen av studiene i tabeller. KI ble også brukt som støtte i skrivearbeidet, hovedsakelig til språklig bearbeiding og, i kapittel 7, til å kontrollere oppsummeringen mot de foregående kapitlene. KI ble ikke brukt i gjennomføringen av egne dataanalyser. Alle søkefunn, studieoppsummeringer og tekstutkast utarbeidet med støtte fra KI ble gjennomgått, kontrollert og bearbeidet av rapportens forfattere. Forfatterne har hatt det fulle ansvaret for rapportens innhold, fortolkninger og konklusjoner.

# 3. Kunnskapsoppsummering fra litteratursøket om helse og livskvalitet blant menn med lav inntekt

## 3.1. Forventet levealder og dødelighet blant menn med lav inntekt

### Lavere forventet levealder og høyere dødelighet blant menn med lav inntekt

Av alle helseutfall er det inntektsforskjellene i forventet levealder og dødelighet vi har best og mest systematisk kunnskap om. Dette henger sammen med at de nordiske landene har registerdata av høy kvalitet, der inntekts- og dødelighetsopplysninger kan kobles på individnivå for hele befolkningen. Det gjør det mulig å følge store grupper over tid og beregne presise forskjeller i dødelighet og levealder mellom ulike inntektsgrupper. I vårt systematiske litteratursøk har vi identifisert 27 studier og rapporter som belyser sammenhengen mellom inntekt og forventet levealder eller dødelighet, med spesifikke resultater for menn med lav inntekt eller lave økonomiske ressurser (se tabell 3.1).

Eksisterende forskning og statistikk viser at forventet levealder generelt er høyere for kvinner enn for menn i Norge. Innad i gruppen av menn er det samtidig betydelige forskjeller etter inntekt. Det samlede bildet er entydig: Det er en sterk og robust sammenheng mellom inntektsnivå og forventet levealder. Menn med lav inntekt lever kortere og har høyere dødelighet enn menn med høyere inntekt. For Norge viser Kinge et al. (2019) at forventet levealder ved fylte 40 år, i perioden 2011–2015, var om lag åtte år høyere for menn i øverste inntektskvartil sammenlignet med menn i laveste kvartil. I den mest ekstreme sammenligningen, mellom den rikeste og fattigste prosenten av befolkningen, var forskjellen 13,8 år for menn. Flere studier viser en gradient gjennom store deler av inntektsfordelingen, der dødeligheten øker trinnvis jo lavere man befinner seg i inntektsfordelingen. Samtidig er gradienten ofte særlig bratt nederst i fordelingen. Kinge og Reme (2023) beskriver denne formen som en "hockeykølle": forskjellene finnes langs hele inntektsfordelingen, men utslagene er størst blant dem med lavest inntekt. I tillegg fins det en tydelig kjønnsforskjell: Inntektsgradientene i levealder er gjennomgående sterkere blant menn enn blant kvinner (Kinge og Reme 2023).

### Norge i nordisk sammenheng og endringer i forventet levealder over tid

Disse mønstrene er ikke særnorske. Brønnum-Hansen et al. (2021a) sammenligner inntektsforskjeller i forventet levealder og livslengdevariasjon i Danmark, Finland, Norge og Sverige fra 1997 til 2017. I alle fire land er det et tydelig gap mellom inntektsgruppene, og gapet er gjennomgående større blant menn enn blant kvinner.

Flere studier viser at inntektsforskjellene i forventet levetid og dødelighet ikke bare er store, men har økt over tid. Forventet levetid har økt for menn (og kvinner) i alle inntektsgrupper, men veksten er lavere blant dem i nederste inntektskvartil (Brønnum-Hansen et al. 2021a). Fra Sverige dokumenterer Hagen et al. (2025) en jevn og sterk økning av inntektsgradienten i levealder over seks tiår – fra rundt 3,5 år mellom de ytterste inntektspersentilene på 1960-tallet til 10,9 år på 2010-tallet blant menn. For Danmark viser Brønnum-Hansen (2024) at forskjellen i forventet levealder mellom laveste og høyeste inntektskvartil blant menn økte fra 5,5 år i 1987 til 10,9 år i 2023. Den komparative studien til Brønnum-Hansen et al. (2021a) plasserer Norge i denne nordiske konteksten. Forskjellen i forventet levealder ved fylte 30 år mellom høyeste og laveste inntektskvartil blant menn, økte i alle fire land fra 1997 til 2017: i Danmark fra 8,5 til 9,8 år, i Finland fra 7,1 til 8,9 år, i Sverige fra 6,0 til 8,3 år og i Norge fra 6,1 til 7,7 år.

### Ulike mål på inntekt og økonomiske ressurser

Sammenhengen mellom økonomiske ressurser og dødelighet gjenfinnes på tvers av ulike mål. De fleste studiene bruker inntektsmål (for eksempel disponibel husholdningsinntekt eller ekvivalisert husholdningsinntekt), men bildet er det samme når forskerne anvender andre indikatorer eller tar

for seg andre sider av økonomisk ulikhet. Gugushvili og Wiborg (2025) finner i norske registerdata at lav formue i slutten av 30-årene er sterkt assosiert med økt dødelighet frem til tidlig 60-årsalder. Sammenhengen er tydeligere blant menn enn blant kvinner. Dette viser at økonomiske ressurser ikke bare handler om løpende inntekt. Også svenske studier av formue finner store dødelighetsforskjeller (Katikireddi et al. 2020). Kreiner et al. (2018) viser at inntektsforskjeller i forventet levealder i Danmark blir noe mindre når man tar hensyn til mobilitet mellom inntektsgrupper. Et beslektet poeng finnes hos Bijwaard og Barclay (2025), som viser at mye av sammenhengen mellom utdanning og dødelighet blant svenske menn går via inntektsutvikling gjennom livsløpet. Disse to studiene understøtter dermed at utviklingen i økonomiske ressurser over tid, ikke bare inntekt målt på ett tidspunkt, er viktige for forskjeller i levealder og dødelighet.

### Ulike livsfaser og spredning av dødelighet

Inntektsforskjellene i dødelighet viser seg i ulike deler av livet. For Norge, viser Kinge et al. (2019) at dødsårsaker som rus og selvmord er særlig utbredt blant unge menn med lav inntekt og dermed bidrar til inntektsforskjeller i levealder i yngre voksen alder. Hjerte- og karsykdommer, kreft, kols og demens bidrar mer til lignende inntektsforskjeller i eldre aldersgrupper. Det betyr at inntektsforskjeller i levealder ikke skyldes én bestemt livsfase eller én bestemt dødsårsak, men oppstår gjennom ulike mekanismer på ulike alderstrinn (Kinge et al. 2019). Fors et al. (2021) viser med utgangspunkt i data fra Sverige at inntektsforskjeller i levealder også er tydelige i høy alder, og at de er økende over tid.

Et interessant tilleggsperspektiv er variasjon i levealder eller spredning av dødsalder, som beskriver hvor ulikt levealderen fordeler seg innad i en inntektsgruppe. Høy variasjon i levealder betyr at mange dør på svært ulike alderstrinn, inkludert relativt tidlig i voksenlivet. Lavere variasjon betyr at dødsfallene i større grad samles rundt høyere aldre. Som forventet, finner Brønnum-Hansen et al. (2021a) at variasjonen i levealder fra 30-årsalderen er høyest blant dem med lavest inntekt i alle de fire nordiske landene. Samtidig viser tallene et særegent mønster for Norge: Norske menn i laveste inntektskvartil er den eneste lavinntektsgruppen blant de fire nordiske landene der variasjonen i levealder etter fylte 30 år gikk ned i perioden 1997–2017 (fra 10,9 til 10,3 år). Denne utviklingen er positiv, siden det innebærer at færre dør tidlig.

### Mulige årsaker til lavere forventet levealder og høyere dødelighet blant menn med lav inntekt

Studiene vi identifiserte i litteraturgjennomgangen peker ikke på én enkelt årsak til at menn med lav inntekt har høyere dødelighet. Overdødeligheten blant lavinntektsmenn ser snarere ut til å oppstå gjennom flere mekanismer samtidig: økonomisk stress og psykisk belastning, sosial isolasjon, rusmiddelbruk, forskjeller i forebygging og behandling, og ulik risiko for spesifikke sykdommer. Kinge et al. (2019) viser for Norge at hjerte- og karsykdommer bidrar mest til forskjellene i forventet levealder, etterfulgt av kreft. I yngre aldersgrupper bidrar derimot rusrelaterte dødsfall og selvmord mer. Dette viser at årsakene varierer gjennom livsløpet: blant yngre lavinntektsmenn handler mye av overdødeligheten om rus, psykisk helse og ytre dødsårsaker, mens kroniske sykdommer, diagnostikk og behandlingsforløp får større betydning senere i livet.

### Høyere forekomst av unngåelige dødsfall blant menn med lav inntekt

Et sentralt norsk bidrag er Heggebø og van der Wel (2024), som skiller mellom dødsfall som i prinsippet kan forebygges eller behandles, og dødsfall det er langt vanskeligere å gjøre noe med. Unngåelige dødsfall er dødsfall av årsaker som kan forebygges eller behandles med kjente virkemidler. Det omfatter dødsårsaker som kan forebygges gjennom endret helseatferd (f.eks. hjerteinfarkt og alkoholisk leversykdom), som kan behandles effektivt i helsetjenesten (f.eks. brystkreft, prostatakreft og lungebetennelse) eller som kan forebygges med sikkerhetstiltak (f.eks. trafikkulykker og fallulykker). Inntektsforskjellene i for tidlig død er først og fremst knyttet til disse dødsårsakene. For både kvinner og menn har tidelen med lavest inntekt omtrent fem ganger så høy dødelighet av unngåelige årsaker som tidelen med høyest inntekt. Inntektsforskjellene er langt

mindre for dødsårsaker som i analysen regnes som vanskelige å forebygge eller behandle med dagens kunnskap, for eksempel kreft i magesekk, bukspyttkjertel og urinveier samt enkelte sykdommer i lever og galleblære. Ifølge Heggebø og van der Wel (2024) tyder dette på at ulikhetene i stor grad er samfunnsskapte og gjenspeiler en skjev fordeling av materielle forhold, psykososiale belastninger og helseatferd. Analysen skiller imidlertid ikke mellom ulik eksponering for risiko, ulik helseatferd og ulik tilgang til forebygging og behandling, og forfatterne påpeker at inntektsforskjellene delvis kan skyldes at sykdom gir lavere inntekt. Funnene gir derfor grunn til å undersøke nærmere hvordan lavinntektsgrupper nås av forebygging, tidlig diagnostikk og behandling.

Dette samsvarer med Kinge et al. (2019), som viser at flere av dødsårsakene som bidrar mest til inntektsforskjeller i forventet levealder i Norge – hjerte- og karsykdom, kreft, røykerelaterte sykdommer, rus og selvmord – er områder der forebygging, diagnostikk og behandling kan ha stor betydning, og hvor helsevesenet og folkehelsepolitikken har en rekke kjente virkemidler. Det tyder på at det finnes et betydelig potensial for å redusere forskjellene.

### Spesifikke sykdommer og ulikhet i diagnostikk og behandling

Flere studier viser at inntektsforskjeller ikke bare handler om hvem som blir syke, men også om diagnostikk, behandling og overlevelse etter sykdom. Tomic et al. (2018) undersøker 74 643 menn med prostatakreft i Sverige. Gjennomgående kommer menn med høy inntekt bedre ut enn menn med lav inntekt. Menn med høy inntekt hadde større sannsynlighet for at prostatakreften ble oppdaget gjennom helsesjekk, lavere sannsynlighet for framskreden kreft ved diagnose, kortere ventetid til prostatektomi (fjerning av hele eller deler av prostata), større sannsynlighet for kurativ behandling ved intermediær- og høyrisikokreft, og lavere risiko for ufullstendig kirurgisk reseksjon (kirurgisk fjerning). Prostatakreftdødeligheten etter seks år var også noe lavere blant menn med høy inntekt.

Jonsson et al. (2021) viser et tilsvarende mønster etter hjertestans. I Sverige hadde personer i høyeste inntektskvintil nesten dobbelt så høy sannsynlighet for 30-dagersoverlevelse etter hjertestans utenfor sykehus som personer i laveste kvintil. Dette peker på at ulikhet også kan oppstå i akutte behandlingskjeder. For Danmark finner Falkentoft et al. (2021) og Simoni et al. (2023) et lignende mønster. Lav inntekt er forbundet med høyere risiko for alvorlige hjerte- og karhendelser blant pasienter med nyoppdaget type 2-diabetes (Falkentoft et al. 2021). Forekomsten av akutt koronarsyndrom falt i alle inntektsgrupper gjennom perioden 1998–2017, men nivået var fortsatt høyere i nederste enn i øverste inntektskvartil, både blant menn og kvinner (Simoni et al. 2023).

Kriegbaum et al. (2019) supplerer dette med et livsløpsperspektiv. Studien bygger på danske registerdata og viser at risikoen for akutt hjerteinfarkt etter fylte 60 år økte med lavere akkumulert inntekt gjennom voksenlivet. Blant menn hadde de i laveste kvartil 40 prosent høyere risiko for akutt hjerteinfarkt enn de i høyeste kvartil. Studien fant ingen tydelig «særlig sårbar» aldersperiode; snarere ser det ut til at langvarig lav inntekt gjennom voksenlivet akkumulerer risiko.

Disse sykdomsspesifikke studiene styrker hovedpoenget fra studiene om unngåelige dødsfall (Heggebø og van der Wel, 2024): inntektsforskjeller i dødelighet blant menn handler ikke bare om individuelle risikofaktorer, men også om hvordan forebygging, diagnostikk og behandling faktisk når ulike grupper.

### Selvmord og psykisk helse

Samlet sett utgjør selvmord og psykisk helse en liten andel av dødsfallene i Norge, men bidrar til inntektsforskjellene i bestemte aldersgrupper. Hughes og Hermansen (2025) viser i norske registerdata at betalingsproblemer – målt som trekk i lønn eller ytelser – er forbundet med økt risiko for selvmord. Etter justering for alder, innvandrerbakgrunn, utdanning, sivilstand og husholdningsinntekt hadde menn med slike betalingsproblemer 1,5 ganger høyere risiko for

selvmord. For kvinner var den relative risikoen enda høyere, men siden menn generelt har høyere risiko for selvmord, er dette likevel et særlig viktig funn for lavinntektsmenn.

Johansen et al. (2025) nyanserer bildet for eldre i Norge. Studien undersøker selvmord blant personer over 60 år og finner at risikofaktorene varierer med kjønn og alder. Blant menn er det særlig det å bo alene som peker seg ut, også i aldersgruppene 70–79 år og 80 år og eldre. For 60–69-åringer er uføretrygd og blandede inntektskilder forbundet med økt risiko. Her er laveste inntektskvartil ikke entydig utslagsgivende, og livssituasjon, tilknytning, ensomhet, helseproblemer og overganger ut av arbeidslivet har også betydning.

Chen et al. (2025) viser fra Danmark at personer med psykiske lidelser har betydelig kortere forventet levealder enn befolkningen ellers, uansett inntektsnivå. Samtidig er de absolutte forskjellene i dødelighet mellom personer med og uten psykiske lidelser større i lavinntektsgruppen enn i høyinntektsgruppen. Et viktig poeng er at inntektsgradienten gjelder dødelighet av naturlige årsaker, ikke eksterne dødsårsaker som selvmord og ulykker. Forfatterne konkluderer med at personer med psykiske lidelser og lav inntekt har høyest risiko for død av naturlige årsaker.

### Alkoholrelaterte dødsfall

Som nevnt er overdødelighet blant menn med lav inntekt også knyttet til rus. Mäkelä og Lindell (2025) ser på hvordan endringer i skattlegging av alkohol i Finland har påvirket dødeligheten. Etter skattekutt på alkohol i 2004 ble alkohol billigere og mer tilgjengelig. Dette ble igjen endret fra 2008, og fram til 2017 ble det gjennomført flere avgiftsøkninger på alkohol. Studien viser at alkoholrelatert dødelighet var sosialt skjevt fordelt gjennom hele perioden, men at endringene var særlig tydelige blant menn. Da alkohol ble billigere, økte alkoholrelatert dødelighet sterkere blant lavinntektsmenn enn blant høyinntektsmenn. Da alkohol ble dyrere, falt dødeligheten mer blant lavinntektsmenn enn blant høyinntektsmenn. Blant kvinner var mønsteret svakere og mindre statistisk tydelig. Forfatterne er forsiktige med å hevde at studiedesignet beviser kausalitet, men kombinasjonen av først økt og deretter redusert alkoholtilgjengelighet, med tilsvarende endringer i ulikhetene blant menn, styrker tolkningen av at pris og tilgjengelighet har betydning.

### Implikasjoner for tiltak

Studiene vi har gjennomgått hittil, tyder på at forskjellene ikke bare henger sammen med enkeltpersoners livsstil, men også med ulik eksponering for helseskadelige forhold og forskjeller i utredning og behandling. Heggebø og van der Wel (2024) viser at de sosiale forskjellene i for tidlig død i Norge særlig gjelder dødsårsaker som kan forebygges eller behandles. Studien om prostatakreft i Sverige (Tomic et al. 2018) viser at det selv i et universelt helsevesen kan oppstå inntektsforskjeller i utredning, ventetid og behandling. Mäkelä og Lindell (2025) fant at inntektsforskjeller i alkoholrelatert dødelighet blant menn ble mindre i en periode med økte alkoholavgifter i Finland. Til slutt peker Strozza et al. (2025) på at pensjonsreformer bør ta hensyn til sosiale forskjeller i dødelighet. Eksisterende forskning på tiltak som kan redusere forskjellene i dødelighet og forventet levealder, særlig regulering av pris og tilgjengelighet for alkohol og tobakk, drøftes i kapittel 5.

**Tabell 3.1 Studier av forventet levealder og dødelighet blant menn med lav inntekt, identifisert i det systematiske litteratursøket**

| Studie<br><br>Land / år | Data<br><br>Mål på lave ressurser | Utvalg[1] | Utfallsvariabler[2] | Resultater[3] |
|---|---|---|---|---|
| Bijwaard & Barclay 2025<br><br>Sverige / 1968-2012 | Register, longitudinelle populasjonsdata<br><br>Inntekt | 519 609 totalt (alle inntekts-grupper)<br><br>18-67 år | Dødelighet | Studien viser at lav utdanning er tydelig forbundet med høyere dødelighet blant menn, og at en betydelig del av denne sammenhengen kan forklares av inntekt gjennom livsløpet. Menn med kort utdanning hadde lavere samlet inntekt gjennom yrkeslivet og samtidig høyere risiko for tidlig død enn menn med lengre utdanning. Analysene tyder dermed på at inntekt er en viktig mellomliggende faktor mellom utdanning og dødelighet. Samtidig var lav utdanning forbundet med økt dødelighet også etter at det ble tatt hensyn til inntekt, noe som tyder på at andre ressurser og forhold knyttet til utdanning også har betydning for menns helse.<br>**Nøkkelfunn: Lav livsløpsinntekt forklarer en betydelig del av den høyere dødeligheten blant menn med kort utdanning, men utdanning har også en selvstendig sammenheng med dødelighet.** |
| Brønnum-Hansen 2017<br><br>Danmark / 2014 | Register, longitudinelle populasjonsdata<br><br>Laveste kvartil av ekvivalert disponibel inntekt | 460 000<br><br>30-90 år | Dødelighet | Studien viser at menn i den laveste inntektskvartilen i Danmark hadde betydelig svakere økning i levealder enn menn i den høyeste kvartilen i perioden 1986–2014: 4,2 mot 8,4 år, og at de i motsetning til høyinntektsmenn ikke opplevde noen tydelig kompresjon av dødelighet. Blant lavinntektsmenn forble variasjonen i levealder høy, og de opplevde ikke samme reduksjon i prematur dødelighet som høyinntektsmenn. Dette tyder på at menn med lav inntekt i mindre grad har dratt nytte av den generelle helseutviklingen. Blant kvinner økte levealderen med henholdsvis 5,2 og 5,6 år i laveste og høyeste inntektskvartil, og forskjellene var dermed mindre enn blant menn.<br>**Nøkkelfunn: Levealderen økte dobbelt så mye blant menn i høyeste som i laveste inntektskvartil (8,4 vs. 4,2 år) fra 1986 til 2014, mens inntektsforskjellene var langt mindre blant kvinner**. |
| Brønnum-Hansen 2024<br><br>Danmark / 1987-2023 | Register, longitudinelle populasjonsdata<br><br>Laveste kvartil av ekvivalert disponibel inntekt | 3 800 000<br><br>30+ år | Dødelighet | Studien analyserer sammenhengen mellom inntekt, utdanning og dødelighet i Danmark fra 1987 til 2023. Menn i den laveste inntektskvartilen hadde en klart svakere utvikling i levealder enn menn med høy inntekt, og forskjellen mellom laveste og høyeste kvartil økte fra 5,5 år i 1987 til 10,9 år i 2023. Mot slutten av perioden stagnerte og delvis falt levealderen blant lavinntektsmenn, mens den fortsatte å øke blant menn med høyere inntekt. Høyinntektsmenn opplevde også en tydeligere kompresjon av dødelighet, med færre tidlige dødsfall og flere som levde til høy alder. Også blant kvinner økte inntektsforskjellene i levealder, fra 5,3 til 7,3 år, men forskjellene var mindre enn blant menn.<br>**Nøkkelfunn: Gapet i levealder mellom menn i laveste og høyeste inntektskvartil ble nesten doblet fra 1987 til 2023 (5,5 til 10,9 år), og levealderen blant lavinntektsmenn viste tegn til nedgang mot slutten av perioden.** |
| Brønnum-Hansen et al. 2021a | Register, longitudinelle populasjonsdata | Antall menn i laveste kvartil i Norge 2016-2017: 375 568 | Levealder | Fra 1996–1997 til 2016–2017 økte forventet levealder blant norske menn over 30 år med 4 år i laveste inntektskvartil, mot 5,6 år i høyeste kvartil. Blant norske kvinner i laveste kvartil var økningen bare 1,6 |

| Studie<br><br>Land / år | Data<br><br>Mål på lave ressurser | Utvalg[1] | Utfallsvariabler[2] | Resultater[3] |
|---|---|---|---|---|
| Danmark, Norge, Sverige, Finland / 1996-1997, 2016-2017 | Laveste kvartil av ekvivalert disponibel inntekt | 30+ år | | år, den nest laveste i Norden. Generelt økte inntektsforskjellene i dødelighet i de nordiske landene, med unntak av danske og finske kvinner. Blant menn økte forskjellen mellom laveste og høyeste inntektsgruppe mest i Sverige og minst i Danmark.<br>**Nøkkelfunn: Levealderen økte mindre i laveste enn i høyeste inntektsgruppe i Norge, og utviklingen inngår i en generell nordisk trend med økende inntektsforskjeller i dødelighet.** |
| Brønnum-Hansen et al. 2021b<br><br>Danmark / 2013-2016 | Register, longitudinelle populasjonsdata + surveydata<br><br>Laveste kvartil av ekvivalert disponibel inntekt | 4 337<br><br>50+ år | Dødelighet | Studien undersøker sammenhengen mellom inntekt, levealder og funksjonsfrisk levetid blant personer over 50 år i Danmark. Ved 50-årsalder hadde menn i laveste inntektsgruppe i gjennomsnitt 8,6 år kortere levealder og 12,8 færre år uten funksjonsbegrensninger enn menn i høyeste inntektsgruppe. Også blant kvinner var forskjellene betydelige, men noe mindre: henholdsvis 5,5 og 11,0 år. Lavinntektsmenn lever dermed både kortere og en større del av livet med funksjonsbegrensninger.<br>**Nøkkelfunn: Menn med lav inntekt hadde 8,6 år kortere levetid og 12,8 færre funksjonsfriske leveår enn menn med høy inntekt.** |
| Chen et al. 2025<br><br>Danmark / 2000-2020 | Register, longitudinelle populasjonsdata<br><br>Inntektsper-centiler: lav <20 %, middels 20-79 %, høy ≥80 % | 5,3 mill.<br><br>18+ år | Dødelighet | Studien analyserer hele den danske befolkningen fra 2000 til 2020 og undersøker om sammenheng mellom psykiske lidelser og dødelighet varierer med inntekt. I lavinntektsgruppen var dødeligheten blant personer med psykiske lidelser 34,2 per 1 000 personår, sammenlignet med 21,5 per 1 000 personår i høyinntektsgruppen. Blant menn var forskjellen i dødelighet av naturlige årsaker mellom dem med og uten psykiske lidelser størst i lavinntektsgruppen (21,1 mot 13,6 per 1 000 personår i høyinntektsgruppen). Målt i tapte leveår sammenlignet med befolkningen på samme inntektsnivå var tapet for menn med psykiske lidelser derimot mindre ved lav inntekt (7,2 år) enn ved høy inntekt (9,6 år). Det henger sammen med at forventet levealder allerede er lavere i lavinntektsgruppen.<br>**Nøkkelfunn: Blant menn med psykiske lidelser var den absolutte overdødeligheten av naturlige årsaker størst ved lav inntekt.** |
| Falkentoft et al. 2021<br><br>Danmark / 2012-2018 | Registerbaserte kohortdata<br><br>Inntektskvartiler | 57 000 personer med nydiagnostisert type 2-diabetes<br><br>40-79 år | Kardiovaskulær død og dødelighet (sekundære utfall), | Studien fulgte personer med nydiagnostisert type 2-dibaetes. Blant menn var den standardiserte risikoen for kardiovaskulær død innen fem år signifikant høyere blant dem i lavest inntektskvartil (4,3%) sammenlignet med dem i høyest inntektskvartil (2,5%). For død uansett årsak var forskjellen mellom lavet og høyest inntektskvartil 3,5 prosentpoeng. Blant kvinner var forskjellene mellom lavest og høyest inntektskvartil mindre (1,0 prosentpoeng for kardiovaskulær død, eller ikke signifikant for død uansett årsak). Analysene er justert for komorbiditet og legemiddelbruk.<br>**Nøkkelfunn: Blant menn med type 2-diabetes var lav inntekt forbundet med høyere risiko for kardiovaskulær død og død uansett årsak. Inntektsforskjellene blant kvinner er lavere eller ikke signifikant.** |
| Folkhälsomyndigheten 2025 | Register, survey | Varierende | Dødelighet, selvmord, | Svenske data viser store inntektsforskjeller i dødelighet og helse. Blant menn 25–64 år var |

| Studie<br><br>Land / år | Data<br><br>Mål på lave ressurser | Utvalg[1] | Utfallsvariabler[2] | Resultater[3] |
|---|---|---|---|---|
| Sverige / Varierende, nyeste tall som regel fra 2022, 2023 eller 2024 | Laveste inntektskvintil | Varierende, ofte 16-84 år | egenvurdert helse, alvorlige psykiske belastninger, bruk av tannlegetjenester og legetjenester, konsum av tobakk og alkohol | dødeligheten i laveste inntektskvintil mer enn fem ganger så høy som i høyeste kvintil, og høyere enn blant kvinner med tilsvarende lav inntekt (549 mot 350 per 100 000 i 2023). Lavinntektsmenn hadde også høyere selvmordsrate, 21 prosentpoeng lavere andel med god egenvurdert helse og langt høyere forekomst av alvorlige psykiske belastninger (19 % mot 6 %). De avstod dessuten oftere fra lege- og tannlegebesøk av økonomiske grunner; 25 % hadde avstått fra tannlege, mot knapt 6 % i høyeste kvintil. **Nøkkelfunn: Menn i laveste inntektskvintil hadde mye høyere dødelighet og gjennomgående dårligere helse og tilgang til helsetjenester enn menn med høy inntekt.** |
| Fors et al. 2021<br><br>Sverige / 2006-2015 | Registerbaserte longitudinelle kohortdata<br><br>Inntektskvartiler | 2,74 mill.<br><br>65+ år | Dødelighet | Studien viser betydelige og økende inntektsforskjeller i gjenstående levealder etter 65 år i Sverige fra 2006 til 2015. For menn økte gapet i forventet levealder ved 65 år mellom laveste og høyeste inntektskvartil fra 3,42 år i 2006 til 4,49 år i 2015; ved slutten av perioden hadde menn i høyeste kvartil 21,1 forventede gjenstående leveår, mot 16,6 år i laveste kvartil. For kvinner økte tilsvarende gap fra 2,31 til 3,44 år; i 2015 hadde kvinner i høyeste inntektskvartil 23,2 år igjen ved 65 år, sammenlignet med 19,8 år i laveste kvartil. Økningen i ulikhet skyldtes særlig raskere forbedring i levealder blant høyinntektsgruppene, mens kvinner i laveste inntektskvartil i praksis ikke opplevde noen forbedring i levealder ved 65 år i perioden. Tilsvarende, men noe mindre, inntektsforskjeller ble også observert ved 75 og 85 år. **Nøkkelfunn: Blant menn 65+ økte levealdersgapet mellom laveste og høyeste inntektskvartil med over ett år på bare ni år.** |
| Gugushvili & Wiborg 2025<br><br>Norge / 1993-2017 | Register-basert kohortstudie<br><br>Formue, konsum-prisjustert og relativisert etter fødselsår; målt som desiler og omvendt kumulativ rang | 620 282 menn, 583 245 kvinner<br><br>38-62 år | Dødelighet | Studien undersøkte sammenhengen mellom formue i slutten av 30-årene og dødelighet frem til 62 år i en norsk registerkohort. Menn i den laveste delen av formuesfordelingen hadde nesten seks ganger høyere dødelighetsrisiko enn menn i den høyeste delen i ujusterte analyser (HR 5,76; 95 % KI 5,47–6,06). Etter omfattende justering og søskenfaste effekter var risikoen fortsatt mer enn dobbelt så høy (HR 2,39; 95 % KI 2,02–2,83). Gradientene var også tydelige blant kvinner, men svakere (HR 1,74 i full modell). **Nøkkelfunn: Lav formue var sterkt forbundet med prematur dødelighet, og sammenhengen var klart sterkere blant menn enn kvinner.** |
| Gurzo et al. 2025<br><br>Sverige / 1970-2016 | Register-basert kohortstudie<br><br>Vigintiler (20 like store grupper) | 877 074<br><br>50-61 år | Dødelighet | Studien sammenlignet inntektsulikheter i overlevelse mellom 50 og 61 år i to svenske fødselskohorter (1922–1926 og 1951–1955). Gjennomsnittlig overlevelse økte noe i den yngre kohorten, men forbedringene var sosialt skjevt fordelt. Menn med lave inntekter i den yngre kohorten hadde omtrent samme levealder som lavinntektsmenn i den eldre kohorten, mens menn i høyere inntektsgrupper fikk tydelige gevinster. For kvinner var inntektsgradienten svak i den eldre kohorten, men tydelig i den yngre. **Nøkkelfunn: Dødeligheten stagnerte i de laveste inntektsgruppene, særlig blant menn, mens høyinntektsgruppene opplevde forbedringer.** |

| Studie<br><br>Land / år | Data<br><br>Mål på lave ressurser | Utvalg[1] | Utfallsvariabler[2] | Resultater[3] |
|---|---|---|---|---|
| Hagen et al. 2025<br><br>Sverige / 1960-2021 | Registerbasert kohortstudie<br><br>Inntektspercentiler | 9,4 mill.<br><br>40+ år | Dødelighet | Studien analyserte den svenske befolkningen ≥40 år fra 1960 til 2021 og fant en kraftig økning i inntektsgradienten i levealder. Forskjellen ved 40 år mellom øverste og nederste inntektspersentil økte for menn fra 3,5 år på 1960-tallet til 10,9 år på 2010-tallet, og for kvinner fra 3,8 til 8,6 år. Levealderen økte i alle inntektsgrupper, men klart mest blant høyinntektsgruppene. Økende ulikhet var særlig knyttet til større reduksjoner i dødelighet av sirkulasjonssykdommer, kreft og forebyggbare dødsårsaker blant høyinntektsgrupper.<br>**Nøkkelfunn: Levealdersgapet mellom de rikeste og fattigste mennene økte til nær 11 år og var større enn blant kvinner.** |
| Heggebø & van der Wel 2024<br><br>Norge / 2017-2019 | Registerbaserte longitudinelle kohortdata<br><br>Samlet inntekt per forbruksenhet i desiler | Ikke oppgitt<br><br>30-69 år | Aldersstandardiserte dødelighetsrater per 100 000 | Studien viser at personer i laveste inntektsdesil hadde omtrent fem ganger så høy dødelighet av årsaker som kan forebygges eller behandles som personer i øverste desil, både blant menn og kvinner. Blant menn hadde nest laveste desil den høyeste dødeligheten av unngåelige årsaker, noe høyere enn laveste desil. Dødsfall av årsaker som i mindre grad kan forebygges eller behandles var jevnere fordelt mellom inntektsgruppene.<br>**Nøkkelfunn: Menn i nederste inntektsgrupper hadde rundt fem ganger høyere dødelighet av unngåelige årsaker enn menn i øverste desil.** |
| Hughes & Hermansen 2025<br><br>Norge / 2008-2018 | Registerbaserte longitudinelle kohortdata<br><br>Trekk i lønn eller ytelser, husholdnings-inntekt per forbruksenhet under / > 60% av medianen | Ikke oppgitt (registerdata for helebefolkningen)<br><br>18+ år | Selvmord | Menn som hadde opplevd trekk i ytelser eller lønn hadde 1,9 ganger høyere risiko for selvmord i perioden 2009–2018. Etter justering for sivilstatus, utdanning, alder, innvandrerbakgrunn og inntekt var risikoen fortsatt 1,5 ganger høyere. Blant kvinner var den justerte risikoen om lag dobbelt så høy. Selvmordsrisikoen var også klart høyere blant personer med husholdningsinntekt under 60 % av medianen, også etter kontroll for økonomiske problemer og sosiodemografiske faktorer.<br>**Nøkkelfunn: Økonomiske problemer og lav inntekt var begge selvstendig forbundet med økt selvmordsrisiko blant menn.** |
| Johansen et al. 2025<br><br>Norge / 2005-2019 | Registerbaserte longitudinelle kohortdata<br><br>Inntektskvartiler | 238 selvmord blant menn i laveste inntektskvartil, 797 er menn i laveste kvartil som var kontrolltilfeller<br><br>60+ år | Selvmord | Blant menn 60–69 år var selvmordsrisikoen lavere i høyeste inntektskvartil enn i andre kvartil (OR=0,5), etter kontroll for andre sosiodemografiske variabler. Menn i laveste inntektskvartil skilte seg derimot ikke signifikant fra referansegruppen. Sammenhengen var omtrent den samme blant kvinner, og i aldersgruppene 70–79 og 80+ var det ingen signifikant sammenheng mellom inntekt og selvmord.<br>**Nøkkelfunn: Det var begrenset evidens for høyere selvmordsrisiko i laveste inntektskvartil blant eldre menn.** |
| Jonsson et al. 2021<br><br>Sverige / 2010-2017 | Registerbaserte longitudinelle kohortdata<br><br>Laveste inntektskvintil per forbruksenhet | 3 647 menn i laveste kvintil<br><br>25+ år | Overlevelse etter hjertestans | Sannsynligheten for å overleve etter hjertestans utenfor sykehus økte med inntekt. Blant menn var den relative sannsynligheten for å overleve de første 30 døgnene 1,85 i høyeste inntektskvintil sammenlignet med laveste, etter kontroll for alder, utdanning, ekteskapelig status, komorbiditet og år. Forskjellen mellom høyeste og laveste kvintil var omtrent den samme blant kvinner.<br>**Nøkkelfunn: Menn i høyeste inntektskvintil hadde 85 % høyere sannsynlighet for 30-dagers** |

| Studie<br><br>Land / år | Data<br><br>Mål på lave ressurser | Utvalg[1] | Utfallsvariabler[2] | Resultater[3] |
|---|---|---|---|---|
| | | | | **overlevelse etter hjertestans enn menn i laveste kvintil.** |
| Katikireddi et al. 2020<br><br>Sverige / 1990-2008 | Registerbaserte longitudinelle kohortdata<br><br>Lav formue (lav formuesskatt), lav inntekt | 1 089 739 betalte ikke formuesskatt<br><br>25+ år | Dødelighet, generelt og for ulike årsaker | Studien fant betydelige formuesforskjeller i dødelighet blant menn, og forskjellene var noe sterkere enn blant kvinner. Sammenhengen mellom lav formue og høyere dødelighet bestod også etter at det ble tatt hensyn til andre indikatorer på sosial posisjon, som utdanning samt individuell- og husholdningsinntekt.<br>**Nøkkelfunn: Formue hadde en selvstendig sammenheng med dødelighet, og gradienten var sterkere blant menn enn kvinner.** |
| Kinge et al. 2019<br><br>Norge / 2005-2015 | Registerbaserte longitudinelle kohortdata<br><br>Husholdnings-inntekt etter skatt per forbruksenhet, inndelt i kvartiler | Registerdata for hele befolkningen<br><br>40+ år | Dødelighet (levealder) | I 2011–2015 var forventet levealder ved 40 år 8 år lengre for norske menn i høyeste inntektskvartil enn i laveste; blant kvinner var forskjellen 6 år. Kardiovaskulære dødsfall bidro mest til gapet, etterfulgt av kreft, mens rusrelaterte dødsfall og selvmord var særlig viktige i alderen 40–49 år. Røyking ble anslått å forklare 1,7 år av forskjellen blant menn. Fra 2005 til 2015 økte levealdersgapet mellom inntektskvartilene med 2,2 år blant menn og 3,7 år blant kvinner.<br>**Nøkkelfunn: Norske menn i høyeste inntektskvartil levde 8 år lenger fra fylte 40 enn menn i laveste kvartil.** |
| Kinge & Reme 2023<br><br>Norge / 2019 | Tverrsnitt EU-SILC 2019 (samt litteraturoversikt)<br><br>Husholdnings-inntekt, vigintiler og prosentiler | 6 080 voksne totalt, N ikke oppgitt for menn med lav inntekt<br><br>16+ år | Dødelighet (levealder) | Studien omtaler norske registerfunn der menn i øverste 1 % av inntektsfordelingen lever om lag 14 år lenger enn menn i nederste 1 %; tilsvarende forskjell blant kvinner er rundt 8 år.<br>**Nøkkelfunn: Det er en sterk inntektsgradient i levealder i Norge, med særlig store forskjeller blant menn.** |
| Kreiner et al. 2018<br><br>Danmark / 1980-2013 | Registerbaserte longitudinelle kohortdata<br><br>Inntektsper-centiler, forskjell p20 og p80 | N er ikke oppgitt, basert på registerdata for hele befolkningen<br><br>40+ år | Dødelighet (levealder) | Studien viser at inntektsforskjeller i forventet levealder blir mindre når det tas hensyn til mobilitet mellom inntektsgrupper gjennom livet. Ved 40 år reduseres forskjellen mellom inntektspersentil 20 og 80 blant menn fra 4,6 til 2,3 år, og blant kvinner fra 4,1 til 2,2 år. Dette skyldes blant annet at personer kan bevege seg inn og ut av lave og høye inntektsgrupper. Også med denne metoden økte imidlertid inntektsforskjellene i dødelighet over tid.<br>**Nøkkelfunn: Justering for inntektsmobilitet halverte omtrent levealdersgapet, men eliminerte ikke den økende sosiale ulikheten.** |
| Kriegbaum et al, 2019<br><br>Danmark / 1980-2015 | Registerbaserte longitudinelle kohortdata<br><br>Akkumulert avvik fra median husholdnings-sinntekt per forbruksenhet over livsløpet, i kvartiler | N er ikke oppgitt, basert på registerdata for hele befolkningen<br><br>60+ år | Akutt hjerteinfarkt | Menn i laveste kvartil for akkumulert relativ husholdningsinntekt gjennom livsløpet hadde høyere risiko for akutt hjerteinfarkt etter 60 år enn menn i høyeste kvartil (HR=1,40), etter kontroll for utdanning, etnisitet og fødselskohort. Sammenhengen var enda sterkere blant kvinner (HR=1,78).<br>**Nøkkelfunn: Lav akkumulert livsløpsinntekt var forbundet med 40 % høyere risiko for akutt hjerteinfarkt blant menn.** |
| Mäkelä & Lindell 2025<br><br>Finland / 2000-2017 | Registerbaserte longitudinelle kohortdata<br><br>Laveste kvintil i fordelingen av husholdnings- | Antall personår blant menn i laveste kvintil var 5 873 862 i perioden 2000-2017 | Dødsfall av alkoholrelaterte årsaker | Studien sammenlignet inntektsforskjeller i alkoholrelatert dødelighet i Finland i en periode der alkohol ble billigere (2000–2007) og en periode der alkohol ble dyrere (2008–2017). Da alkohol ble billigere, økte dødeligheten per måned mer blant menn med lav enn høy inntekt (0,55 mot 0,17 %). Da alkohol ble dyrere, falt dødeligheten, med tydelige |

| Studie<br><br>Land / år | Data<br><br>Mål på lave ressurser | Utvalg[1] | Utfallsvariabler[2] | Resultater[3] |
|---|---|---|---|---|
| | inntekt per forbruksenhet | 25+ år | | endringer også blant lavinntektsmenn. Blant kvinner var forskjellene mellom inntektsgruppene mindre. **Nøkkelfunn: Alkoholpris ser ut til å påvirke sosial ulikhet i alkoholrelatert dødelighet, særlig blant menn med lav inntekt.** |
| Simoni et al. 2023<br><br>Danmark / 1998-2017 | Populasjonsbasert, gjentatt tverrsnitts-studie<br><br>Inntektskvatiler | 220 070 pasienter med første gangs ACS (1998–2017)<br><br>20+ år (median alder ved ACS: 70 år) | Akutt koronarsyndrom (ACS) | Studien undersøkte utviklingen i inntektsrelatert ulikhet i førstegangs akutt koronarsyndrom (ACS) i Danmark fra 1998 til 2017. Selv om den totale ACS-insidensen falt betydelig, var forekomsten gjennomgående høyere i laveste enn høyeste inntektskvartil for begge kjønn. Blant menn var insidensen 397 per 100 000 personår i laveste kvartil og den relative insidensraten 1,46 sammenlignet med høyeste kvartil; blant kvinner var tilsvarende IRR 1,50. Inntektsforskjellene ble bare marginalt redusert over tid. **Nøkkelfunn: Lavinntektsmenn hadde vedvarende høyere forekomst av ACS, og den relative inntektsgradienten var omtrent like sterk blant kvinner og menn.** |
| Strozza et al. 2025<br><br>Danmark / 1986-2019 | Nasjonale registerdata<br><br>Inntektskvartiler basert på ekvivalisert disponibel familieinntekt | Hele danske befolkningen i kohortene 1936–1954<br><br>50-67 år | Dødelighet | Studien analyserte sosioøkonomiske forskjeller i sannsynligheten for å overleve til pensjonsalder i Danmark i 19 fødselskohorter (1936–1954). Personer med lav inntekt og utdanning hadde liten eller ingen forbedring i dødelighet over tid, mens grupper med høy sosioøkonomisk status hadde betydelig nedgang. For menn i laveste inntektskvartil økte sannsynligheten for å dø mellom 50 og 65 år til rundt 22 %, omtrent tre ganger høyere enn i høyeste kvartil. En økning i pensjonsalderen fra 65 til 67 år ga størst absolutt økning i dødelighet før pensjon blant lav-SES-grupper, særlig menn. **Nøkkelfunn: Omtrent én av fem menn i laveste inntektskvartil døde før 65 år, og høyere pensjonsalder rammer denne gruppen særlig sterkt.** |
| Tarkiainen et al. 2024<br><br>Finland / 1997-2020 | Individnivå, årlige registerdata for hele befolkningen i Finland<br><br>Inntektskvintiler basert på ekvivalisert disponibel husholdnings-inntekt | Hele befolkningen ≥30 år, 1997-2020 (ca. 3,4 mill. personår per år)<br>30+ år | Forventet levealder ved 30 år, årsaksspesifikk dødelighet | Studien undersøkte inntektsforskjeller i forventet levealder og variasjon i levealder i Finland blant personer 30+ i perioden 1997–2020. Levealderen økte i alle inntektsgrupper, men stagnerte i laveste inntektskvintil etter 2015 for både menn og kvinner. I 2018–2020 var levealdersgapet mellom høyeste og laveste kvintil 11,2 år for menn og 5,9 år for kvinner. Alkohol- og røykerelaterte dødsfall forklarte rundt 40 % av gapet, men den siste økningen i ulikhet skyldtes stagnasjon på tvers av mange dødsårsaker. **Nøkkelfunn: Finske menn i laveste inntektskvintil hadde 11,2 år kortere forventet levealder enn menn i høyeste kvintil i 2018–2020, og forskjellene økte etter 2015.** |
| Tarkiainen et al. 2025<br><br>Finland og Sverige / 1994-2020 | Registerdata for hele befolkningen i Finland og Sverige<br><br>Inntektskvintiler basert på ekvivalisert disponibel husholdnings-inntekt | Ca. 2,1-3,7 mill. personer per år og per land<br><br>30-64 år | Dødelighet | Studien undersøkte hvordan utdanning og inntekt sammen påvirket dødelighetsulikheter blant 30–64-åringer i Finland og Sverige. Utdanningsforskjellene i dødelighet var størst i de laveste inntektskvintil, og større i Finland enn i Sverige. Blant kvinner økte utdanningsforskjellen i dødelighet i laveste inntektskvintilgruppe betydelig over tid, mens ulikhetene blant menn i stor grad var stabile. **Nøkkelfunn: Kombinasjonen av lav utdanning og lav inntekt var forbundet med særlig høy dødelighet. Blant menn var** |

| Studie<br><br>Land / år | Data<br><br>Mål på lave ressurser | Utvalg[1] | Utfallsvariabler[2] | Resultater[3] |
|---|---|---|---|---|
| | | | | **utdanningsforskjellene i dødelighet størst i laveste inntektskvintil, og forskjellene ble ikke mindre over tid.** |
| Tomic et al. 2018<br><br>Sverige / 2007-2014 | Registerbaserte longitudinelle kohortdata<br><br>Laveste kvartil i fordelingen av disponibel personinntekt | 18 660 tilhørte populasjonen av menn i laveste kvartil i perioden<br><br>54% var <70 år | Dødelighet, ventetid for behandling, type av behandling | Menn med høyere inntekt hadde større sannsynlighet for å få prostatakreft oppdaget ved rutinemessig helsesjekk enn menn med lav inntekt. De hadde også kortere ventetid til kirurgi, større sannsynlighet for enkelte behandlinger, inkludert prostatektomi og strålebehandling, og lavere dødelighet av prostatakreft. Forskjeller i behandling ble observert også ved alvorlig sykdom.<br>**Nøkkelfunn: Menn med lav inntekt hadde senere oppdagelse, mindre gunstig behandling og høyere dødelighet ved prostatakreft.** |

[1] Antall (N), alder, og evt. andre kjennetegn; [2] De variabler som er relevant for tema her; [3] OR = Odds ratio, HR = Hazard ratio, is= ikke signifikant (p> .05). Studier identifisert gjennom supplerende søk inngår ikke i tabellen, men er omtalt i teksten.

## 3.2. Helse og livskvalitet blant menn med lav inntekt

Mens forventet levealder og dødelighet er endelige utfall, er helse og livskvalitet indikatorer som påvirker disse gjennom livsløpet. Ved måling av helse, skiller forskningen som regel mellom egenvurdert helse og diagnostiserte sykdommer. Det kan være inntektsforskjeller i begge disse utfallsvariablene, og konsekvensene av dårlig egenvurdert helse eller sykdom kan også variere etter inntekt. Livskvalitet er, som egenvurdert helse, et subjektivt mål som blant annet kan påvirkes av både helse og inntekt. Til sammen har vi identifisert 25 studier som belyser helse og livskvalitet, og som inneholder spesifikk informasjon for menn fordelt etter inntekt (se tabell 3.2).

### Egenvurdert helse

I alt 9 undersøkelser bruker varianter av egenvurdert helse. 5 av dem er basert på norske data (se tabell 3.2). Også her er resultatene nokså entydige. Alle finner at den egenvurderte helsa er klart dårligere blant både menn og kvinner med lav inntekt eller økonomiske problemer, sammenlignet med dem som har høyere inntekt eller færre problemer. Unntaket er Artazcoz et al. (2021), som bare finner en sammenheng med opplevd økonomi blant kvinner. Hvor store forskjellene er, avhenger av hva som legges inn av kontrollvariabler. Ifølge WHO (2019) og Folkhälsomyndigheten (2025, aldersstandardisert) er inntektsforskjellene om lag 20 prosentpoeng (basert på sammenligning av henholdsvis kvartiler og kvintiler). Når det kontrolleres for flere sosiodemografiske faktorer og ulike risikofaktorer, finner for eksempel Vedøy et al. (2025) at sannsynligheten for god egenrapportert helse er 7 prosentpoeng lavere blant menn i laveste inntektskvintil sammenlignet med høyeste kvintil.

Kjønnsforskjellene ser gjennomgående ut til å være små. Verken analysene i WHO et al. (2019), Barstad (2020), Hofoss et al. (2023) eller Folkhälsemyndigheten (2025) finner nevneverdige kjønnsforskjeller i hvordan inntekten slår ut på den egenvurderte helsa. Mens Olsen et al. (2020) og Veenstra og Aartsen (2022) finner større inntektsforskjeller blant kvinner enn blant menn. Veenstra og Aartsen (2022) er den eneste blant disse som benytter seg av longitudinelle inntektsdata over livsløpet, som er en styrke. Samtidig er inntektsdataene knyttet til person, og ikke til husholdningen, som er en svakhet med tanke på å si noe om økonomisk levestandard.

En svensk studie (Wemrell et al. 2021) skiller seg ut ved å trekke inn innvandrermenn og -kvinner. Referansegruppen er menn med høy inntekt født i Sverige. Sammenlignet med denne gruppen har innvandrere med lav inntekt høyest odds for dårlig egenvurdert helse, særlig kvinner (OR = 7,0), men også menn (OR = 5,6). Blant personer med lav inntekt født i Sverige er oddsen om lag den samme for menn og kvinner (OR = 3,7 og 3,8). Innvandrere har høyere odds for dårlig helse enn personer

født i Sverige med samme kjønn og inntektsnivå. Wemrell et al. (2021) påpeker samtidig at store forskjeller i gjennomsnittsrisiko ikke betyr at gruppene (f.eks. innvandrermenn med lav inntekt) er homogene med hensyn på egenvurdert helse. Tvert imot er variasjonen innad i hver gruppe stor. Selv i grupper med høy gjennomsnittsrisiko, som menn med lav inntekt født i utlandet, har de fleste god helse, og mange med dårlig helse tilhører grupper med lavere gjennomsnittsrisiko. Tiltak som bare rettes mot undergruppene med høyest risiko, vil dermed både omfatte mange med god helse, og gå glipp av mange med dårlig helse i andre grupper. Forfatterne argumenterer på dette grunnlaget for universelle tiltak framfor tiltak rettet utelukkende mot høyrisikogrupper.

### Forekomst av sykdommer

Seks studier tar for seg registre over forskjellige diagnosegrupper og ser dette i forhold til inntekt. Bare en av disse er norsk, de andre er basert på svenske og danske registerdata. Også disse studiene bekrefter at ulike typer sykdommer er mer utbredt blant menn med lav enn med høy inntekt. Det er visse unntak, slik som prostata- og føflekkreft.

Tre av fem studier som sammenligner menn og kvinner finner at menn med lav inntekt er spesielt utsatt. Det gjelder risikoen for alvorlig alkoholrelatert sykdom (Edwards et al. 2024), diagnose for psykiske lidelser blant menn i helårsarbeid som tjener under 60 prosent av medianinntekten (Gaevert et al. 2025) og forskjellige kreftformer (Larsen et al. 2020). I denne norske studien (Larsen et al. 2020) var det klare inntektsforskjeller blant menn, men ikke blant kvinner. For noen typer kreft (lunge, spiserør, lever) var risikoen om lag halvert blant mennene med høyest sammenlignet med lavest personinntekt.

### Ulikhet i konsekvenser av sykdom

Fire studier ser nærmere på personer med bestemte sykdommer, og hvordan det går med disse over tid. De bekrefter at lav inntekt er en risikofaktor for dårlig prognose blant både menn og kvinner. Lav inntekt er forbundet med økt kardiovaskulær risiko hos dem med type 2-diabetes (Falkentoft et al. 2021), med ny hjertesykdom etter det første infarktet (Ohm et al. 2018), og med reinnleggelser eller død etter å ha opplevd akutt koronarsyndrom (Graversen et al. 2021).

Sykdom kan også føre til inntektstap. Inntektstapet i prosent etter diagnose for depresjon er særlig stort hos menn med lav inntekt, mens for slag og alkoholrelaterte sykdommer er det størst blant menn og kvinner med i utgangspunktet høyere inntekter (Johnson et al. 2026).

Flere av studiene finner at sammenhengen med inntekt er sterkest blant menn (Falkentoft et al. 2021, Ohm et al. 2018), det samme gjelder inntektstapet forbundet med depresjon (Johnsson et al. 2026). Blant danske pasienter med akutt koronarsyndrom var økningen i risiko knyttet til lav inntekt omtrent den samme blant menn og kvinner (Graversen et al. 2021).

### Mulige årsaker til forskjeller i helse

De refererte studiene gir begrenset med kunnskap om årsaker til de observerte forskjellene mellom inntektsgrupper blant menn. To av studiene indikerer at ulik bruk av helsetjenester kan ha betydning. I den danske undersøkelsen (Graversen et al. 2021) av pasienter med akutt koronarsyndrom, var det mange som hadde opphold i bruken av statiner og antitrombotisk behandling (ikke-persistens). Det var flere uten vedvarende bruk blant menn med lav enn høy inntekt, mens det ikke var en slik forskjell blant kvinner. Mangelen på vedvarende bruk forklarte rundt 13 % av den inntektsrelaterte forskjellen i alvorlig hjertesykdom/død blant menn. At framskreden prostatakreft er mer vanlig blant menn med lav enn med høy inntekt, mens menn med lav husholdningsinntekt har lavere forekomst av lavrisiko prostatakreft (Strömberg et al. 2025), tyder på lavere diagnostisk aktivitet og senere oppdagelse av denne krefttypen blant menn med lav inntekt.

En måte å nærme seg spørsmålet om årsaker på, er å undersøke om inntektsforskjellene forsvinner når man tar hensyn til andre kjennetegn ved gruppene. Dersom forskjellene består, taler det for at inntekt fanger opp noe mer enn bare sammensetningen av gruppene. Gjennomgående består mye av forskjellene mellom inntektsgruppene også når det kontrolleres for sosiodemografiske kjennetegn. For eksempel kontrolleres det ofte for utdanningsforskjeller, uten at inntektsforskjeller forsvinner helt. Det samme gjelder etnisitet/innvandrerbakgrunn.

Noen undersøkelser kontrollerer også for forskjeller i livsstil, særlig helseskadelig atferd. Slike analyser sier noe om hvor mye av inntektsforskjellen som har sammenheng med helseatferd, ikke om inntektsforskjellen i helse er reell. Kontroll for livsstil reduserer inntektsforskjellene, men fjerner dem ikke. Landberg et al. (2018) finner store relative inntektsforskjeller i bruk av narkotika og i sigarettavhengighet. De med lavest inntekt brukte mest narkotika og var mest sigarettavhengige. Med hensyn på alkoholavhengighet var det ikke signifikante forskjeller når det ble kontrollert for alder. Forskjellene mellom menn og kvinner var små, men inntektsforskjellene i narkotikabruk var sterkere blant kvinner enn blant menn. Samlet sett tyder dette på at inntektsgradienten ikke kan reduseres til ulik forekomst av helseskadelig atferd alene. Siden livsstil ofte er grovt målt i slike analyser, blir bidraget fra helseatferd trolig noe undervurdert. Resultatene bør derfor tolkes som en indikasjon på at flere mekanismer virker samtidig, ikke som et presist mål på betydningen av hver enkelt faktor.

Et perspektiv som de inkluderte studiene i liten grad dekker, er akkumulering av ulemper over livsløpet. Sieber et al. (2022) finner i data fra 20 europeiske land at sosioøkonomiske ulemper gjennom livsløpet henger sammen med både dårligere egenvurdert helse og svakere gripestyrke etter fylte 50 år. Studien inngår ikke i den systematiske kunnskapsoppsummeringen, Norge er ikke med i datagrunnlaget, og målet på sosioøkonomiske ulemper er bredere enn inntekt alene. Den omtales nærmere i kapittel 5.

### Livskvalitet

I alt har vi funnet fem studier av sammenhengen mellom subjektiv livskvalitet og inntekt/formue og/eller vurderinger av økonomien blant menn og kvinner. 4 av 5 bruker norske data. Alle studiene finner som forventet at den subjektive livskvaliteten, målt som tilfredshet med livet, synker med fallende inntekter, og blir bedre desto færre økonomiske problemer den enkelte opplever. Forskjellene er til dels betydelige, særlig gjelder det sammenhengen mellom tilfredshet og økonomiske problemer. Tilfredsheten på en 0-10 skala er ifølge Nes et al. (2025) bare 4,4 blant menn som synes det er svært vanskelig å få pengene til å strekke til, mens tilfredsheten var 7,8 blant dem som syntes det var «svært lett». Forskjellene var omtrent de samme blant kvinner. Det er også klare inntektsforskjeller i tilfredshet, men opplevd økonomi betyr mer enn objektive inntektsmål. Sammenlignet med utdanningsnivå, betyr inntekt mest (Olsen et al. 2020; Barstad 2020).

Det er vanskelig å trekke klare konklusjoner om kjønnsforskjellene. Når det gjelder sammenhengen mellom tilfredshet og vurderinger av økonomien, varierer resultatene fra at det bare er menns tilfredshet som påvirkes (Artazcoz et al. 2021), til at det ikke er kjønnsforskjeller (Barstad 2020; Nes et al. 2025). Sammenhengen mellom tilfredshet og inntekt er heller ikke entydig sterkere blant menn enn blant kvinner. Barstad (2020) finner at inntekt betyr særlig mye for tilfredsheten blant menn, og analysene i WHO (2019) peker også på en noe større inntektsforskjell i lav tilfredshet blant menn enn blant kvinner. Olsen et al. (2020) finner derimot en svakt sterkere sammenheng blant kvinner. Disse forskjellene i resultater kan ha sammenheng med ulike metodevalg, slik som ulikheter i hvordan inntekt (f.eks. personlig vs. hushold) og tilfredshet er målt.

Litteraturen om tiltak rettet mot de underliggende levekårene, blant annet økonomisk trygghet, arbeidstilknytning og boforhold, behandles i kapittel 5.

**Tabell 3.2 Studier av helse og livskvalitet blant menn med lav inntekt, identifisert i det systematiske litteratursøket**

| Studie<br><br>Land / år | Data<br><br>Mål på lave ressurser | Utvalg[1] | Utfallsvariabler[2] | Resultater[3] |
|---|---|---|---|---|
| Artazcoz et al. 2021<br><br>Norden (Danmark, Sverige og Finland) / 2015 | Survey, tverrsnitt<br><br>Problemer få endene til å møtes | 627 menn og 580 kvinner<br><br>16-64 år<br><br>Yrkesaktive | Subjektiv helse (0/1), subjektiv livskvalitet (0/1) | I de nordiske landene var forekomsten av økonomiske vansker lav (12 % blant både menn og kvinner), men blant dem som opplevde slike vansker var det tydelige kjønnsforskjeller. For menn var økonomiske vansker ikke signifikant assosiert med dårlig selvrapportert helse (OR=1,28; 95 % KI: 0,64–2,54), men var sterkt assosiert med dårlig psykisk velvære (OR=3,56; 95 % KI: 1,84–6,88). Denne sammenhengen var sterkere enn i de øvrige europeiske regionene som ble undersøkt. For kvinner var økonomiske vansker derimot assosiert med dårlig selvrapportert helse (OR=2,61; 95 % KI: 1,19–5,72), men ikke med psykisk velvære (OR=1,36; 95 % KI: 0,66–2,79). **Nøkkelfunn: Blant nordiske menn var økonomiske vansker ikke signifikant assosiert med dårlig selvrapportert helse, men med dårlig psykisk velvære (OR=3,56), og sammenhengen var sterkere enn i øvrige europeiske regioner.** |
| Barstad 2020<br><br>Norge / 2017 | Survey & register<br><br><20% (kvintil) inntekt og finansformue | 3 029 menn og 2 869 kvinner<br><br>16+ år | Helse & livstilfredshet (0-10) | Menn i laveste inntekt/formueskvintil har dårligere helse enn menn i høyeste kvintil. Det samme gjelder kvinner, og utslaget er omtrent det samme (rundt 0.5 poeng på skalaen fra 0-10). Disse forskjellene er uavhengig av alder, utdanning, familiesituasjon og arbeidsmarkedstilknytning. Når det kontrolleres for vurderingen av økonomien, tilgangen på materielle og sosiale goder, og for problemer i bolig og bomiljø, er ikke forskjellene lenger signifikante. Menn i laveste kvintil har lavere tilfredshet med livet enn menn i høyeste kvintil. Forskjellen er snaut 1 poeng på skalaen 0-10. Her er forskjellen mellom inntektskvintilene blant kvinner mindre (0.6). Også lav formue gir et negativt utslag for tilfredsheten, men svakere enn inntekt, både blant menn og kvinner. Ved kontroll for vurdering av økonomien, mangelen på goder og problemer i bolig og bomiljø blir forskjellene mellom inntektskvintilene vesentlig mindre, men er fremdeles statistisk signifikante blant menn, ikke blant kvinner. **Nøkkelfunn: Lav inntekt og formue var assosiert med dårligere helse og lavere livstilfredshet blant både menn og kvinner, men inntektsgradienten for livstilfredshet var sterkere blant menn. Sammenhengene ble i stor grad forklart av økonomiske og materielle levekår, men forskjeller i livstilfredshet vedvarte blant menn etter justering.** |
| Edwards et al. 2024<br><br>Sverige / 2018 | Register<br><br>Inntektskvartiler | 1 162 679 kvinner og 1 196 659 menn<br><br>48-68 år | Alkohol-relaterte medisinsk tilstander (inkl. "alcoholic cardiomyopathy, hepatitis, cirrhosis, etc.") | Menn med lav inntekt hadde en betydelig høyere risiko for å utvikle alkoholrelaterte medisinske tilstander enn menn med høy inntekt i en stor svensk kohort fulgt fra 40-årsalder til 2018. Det ble observert en tydelig dose–respons-sammenheng, der risikoen økte gradvis med synkende inntektsnivå, og menn i laveste inntektskvartil hadde mer enn seks ganger høyere risiko enn menn i høyeste kvartil. Sammenhengen ble bare delvis forklart av sosiodemografiske faktorer, psykiske lidelser og alkoholbrukslidelse, og risikoen forble klart forhøyet gjennom hele oppfølgingsperioden. Et tilsvarende mønster ble funnet blant kvinner, som også hadde markant økt risiko ved lav inntekt, i enkelte analyser på nivå med eller sterkere enn blant menn (HR 1,10–5,86 for kvinner og 1,07–6,41 for menn). **Nøkkelfunn: Lav inntekt var en sterk og vedvarende risikofaktor for alvorlig alkoholrelatert sykdom hos** |

| Studie<br><br>Land / år | Data<br><br>Mål på lave ressurser | Utvalg[1] | Utfallsvariabler[2] | Resultater[3] |
|---|---|---|---|---|
| | | | | **både menn og kvinner, med en tydelig sosial gradient der risikoen økte jo lavere inntekten var.** |
| Gevaert et al. 2025<br><br>Sverige / 2014-2019 | Registerbasert kohortstudie<br><br>Husholdnings-inntekt <60% av median | 2 590 742<br><br>24-60 år (i 2013)/ yrkesaktive | Diagnosed mental health disorders and prescribed Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs). | I en svensk registerstudie hadde arbeidstakere med lav inntekt («in-work poverty») betydelig høyere risiko for psykiske lidelser enn arbeidstakere med høyere inntekt. Sammenhengen var sterkere blant menn enn blant kvinner: lavinntektsmenn hadde 58 % høyere risiko for diagnostiserte psykiske lidelser (HR=1,58; 95 % KI: 1,51–1,66) sammenlignet med høyinntektsmenn, mens tilsvarende økning blant kvinner var 30 % (HR=1,30; 95 % KI: 1,25–1,34). Et tilsvarende mønster ble observert for bruk av antidepressiva.<br>**Nøkkelfunn: Lav inntekt var assosiert med dårligere psykisk helse blant både menn og kvinner, men inntektsgradienten var tydelig sterkere blant menn.** |
| Graversen et al. 2021<br><br>Danmark / 2010-2017 | Registerbasert kohortstudie | 45 874<br><br>18+ år | Alvorlig kardiovaskulært helseproblem | Studien fant en tydelig inntektsgradient i risiko for alvorlige kardiovaskulære hendelser (MACE: død uansett årsak, kardiell død og kardiovaskulær reinnleggelse) hos begge kjønn, etter akutt koronarsyndrom (ACS). Justert for alder og etnisitet hadde menn med høy inntekt 33 % lavere risiko enn lavinntektsmenn (HR 0,67; 95 % KI 0,64–0,70), og kvinner med høy inntekt 34 % lavere risiko (HR 0,66; 95 % KI 0,61–0,72). Gradienten ble svekket, men besto, ved ytterligere justering for utdanning, sivilstatus og somatisk og psykisk komorbiditet (HR 0,79 for begge kjønn).<br>**Nøkkelfunn: Både inntekt og utdanning var assosiert med risiko for alvorlige kardiovaskulære hendelser etter ACS hos begge kjønn, og manglende etterlevelse av sekundærforebyggende legemiddelbehandling medierte deler av den inntektsrelaterte ulikheten kun blant menn.** |
| Falkentoft et al. 2021<br><br>Danmark / 2012-2017 | Registerbaserte kohortdata | 57 106<br><br>40-79 år | Første alvorlige hjerte- og karhendelse (MACE) | Falkentoft et al. (2021) fulgte 57 106 danske pasienter i alderen 40–79 år med nyoppdaget type 2-diabetes (diagnostisert 2012–2017) i inntil fem år, og beregnet standardisert absolutt risiko for første alvorlige hjerte- og karhendelse (MACE: hjerteinfarkt, hjerneslag eller kardiovaskulær død). Blant menn økte den standardiserte femårsrisikoen fra 5,7 % i høyeste inntektskvartil til 9,3 % i laveste. Blant kvinner økte risikoen fra 4,2 % til 6,1%. De relative forskjellene var derimot like store for begge kjønn (risikoratio 1,6 for menn og 1,5 for kvinner); den større absolutte forskjellen blant menn følger av at menn har høyere bakgrunnsrisiko.<br>**Nøkkelfunn: Lav inntekt var forbundet med klart høyere absolutt risiko for første alvorlige hjerte- og karhendelse blant både menn og kvinner med type 2-diabetes, uavhengig av komorbiditet og legemiddelbruk. Den absolutte forskjellen var størst blant menn, mens den relative forskjellen var lik mellom kjønnene.** |
| Folkhälse-myndigheten 2025<br><br>Sverige / 2022-2024 | Survey & register<br><br>Laveste inntektskvintil | Varierende N og alder (ofte 16-84 år) | Egenvurdert helse, alvorlige psykiske belastninger, konsum av tobakk og alkohol | Det var markante inntektsrelaterte helseforskjeller blant både menn og kvinner, men nivåene var gjennomgående dårligst blant menn med lav inntekt. I 2023 var dødeligheten blant menn i laveste inntektskvintil over fem ganger høyere enn blant menn i høyeste kvintil, og betydelig høyere enn blant kvinner i samme inntektsgruppe. Menn med lav inntekt hadde også høyere selvmordsrate, dårligere egenvurdert helse, mer psykiske belastninger og større sannsynlighet for å avstå fra lege- eller tannlegebesøk av økonomiske årsaker enn menn |

| Studie<br><br>Land / år | Data<br><br>Mål på lave ressurser | Utvalg[1] | Utfallsvariabler[2] | Resultater[3] |
|---|---|---|---|---|
| | | | | med høy inntekt. Forskjellene i egenvurdert helse og psykiske belastninger var omtrent like store blant kvinner, mens forskjellene i dødelighet og selvmord var særlig markante blant menn.<br>**Nøkkelfunn: Lav inntekt var assosiert med høyere selvmordsrate, dårligere egenvurdert helse og flere psykiske belastninger. Forskjellene i egenvurdert helse og psykiske belastninger var omtrent like store blant menn og kvinner, mens selvmordsratene var betydelig høyere blant menn.** |
| Hofoss et al. 2023<br><br>Norge / 2015 og 2019 (slått sammen) | Nasjonalt representativ undersøkelse (EHIS),<br><br>Tilhører de to laveste inntekts-kvartilene, både for IO og partner | N ikke oppgitt<br><br>Snitt=49 år (30-66)<br><br>Personer med partner | Selvrapport helse | I en norsk studie var høy personinntekt assosiert med bedre egenvurdert helse blant både menn og kvinner, også etter kontroll for utdanning, alder, undersøkelsesår og antall barn i husholdet. Blant menn var sammenhengen mellom inntekt og helse sterkere enn sammenhengen mellom egen utdanning og helse, mens partnerens inntekt hadde ingen betydning. For begge kjønn var det derimot en positiv sammenheng mellom partnerens utdanningsnivå og egen helse.<br>**Nøkkelfunn: Høy personinntekt var sterkt assosiert med god egenvurdert helse blant både menn (OR=2,4) og kvinner (OR=2,8), mens partnerens inntekt ikke hadde betydning for menns helse når andre faktorer ble holdt konstante.** |
| Johnson et al. 2026<br><br>Danmark / 2000-2023 | Register<br><br>Personinntekt, inndelt i kvintiler | N blant menn lavest for alkoholrelatert sykdom (83 754)<br><br>18-65 år | Inntektstap over en 10-årsperiode etter diagnose for fire ulike sykdommer: Depresjon, alkoholrelatert sykdom, slag og brystkreft | Alvorlige sykdommer var forbundet med betydelige og langvarige inntektstap, særlig blant menn. Ti år etter diagnose var inntektstapet blant menn 13,7 % for depresjon, 10,4 % for alkoholrelatert sykdom og 4,3 % for slag, sammenlignet med matchede kontrollpersoner. Tilsvarende tap blant kvinner var gjennomgående mindre, men størst for depresjon (10,2 %). Menn med depresjon og lav inntekt hadde de største økonomiske konsekvensene; i den laveste inntektskvintilen var inntekten redusert med 20,4 % fem år etter diagnose. For alkoholrelatert sykdom og slag var inntektsforskjellene mindre tydelige, med tegn til en omvendt sosial gradient.<br>**Nøkkelfunn: Depresjon medførte betydelig og vedvarende inntektstap, særlig blant menn med lav inntekt, som opplevde større økonomiske konsekvenser enn både menn med høyere inntekt og kvinner med tilsvarende inntektsnivå.** |
| Kinge & Reme 2023<br><br>Norge / 2019 | Survey (EU-SILC)<br><br>Husholdnings-inntekt, vigintiler og prosentiler | 6 080 voksne totalt, N ikke oppgitt for menn med lav inntekt<br><br>16+ år | Egenvurdert helse, langvarig sykdom, dødelighet (levealder) | Analyser av norske EU-SILC-data fra 2019 viste tydelige sosiale forskjeller i helse, der personer med lav husholdningsinntekt rapporterte dårligere helse og oftere langvarig sykdom enn personer med høy inntekt. Omtrent 60 % i den laveste inntektsvigintilen rapporterte god eller meget god helse, sammenlignet med rundt 90 % i den høyeste vigintilen, mens nær halvparten rapporterte langvarig sykdom mot om lag 30 % i den høyeste inntektsgruppen.<br>**Nøkkelfunn: Lav inntekt var assosiert med dårligere selvrapportert helse, mer langvarig sykdom og betydelig kortere forventet levealder, med særlig store forskjeller blant menn.** |
| Kriegbaum et al. 2019<br><br>Danmark / 1980-2015 | Register<br><br>Det akkumulerte avviket fra median husholdnings-inntekt per | N er ikke oppgitt<br><br>Hele befolkningen 60+ år | Akutt hjerteinfarkt | Personer med lav akkumulert inntekt gjennom voksenlivet hadde høyere risiko for akutt hjerteinfarkt etter fylte 60 år enn personer med høyere inntekt. Sammenlignet med den høyeste inntektskvartilen hadde menn i den laveste kvartilen 40% høyere risiko for hjerteinfarkt (HR=1,40), mens forskjellen var enda større blant kvinner (HR=1,78), også etter kontroll for utdanning, etnisitet og |

| Studie<br><br>Land / år | Data<br><br>Mål på lave ressurser | Utvalg[1] | Utfallsvariabler[2] | Resultater[3] |
|---|---|---|---|---|
| | forbruksenhet over livsløpet, inndelt i kvartiler | | | fødselskohort.<br>**Nøkkelfunn: Lav inntekt gjennom voksenlivet var assosiert med økt risiko for akutt hjerteinfarkt blant både menn og kvinner, med en 40 % høyere risiko blant menn i den laveste sammenlignet med den høyeste inntektskvartilen.** |
| Landberg et al. 2018<br><br>Sverige 2013, 2017 | Nasjonalt representativ survey<br><br>Inntektskvintiler | N i aldersgruppen 25-64 år var 5 905 i 2013 og 4 542 i 2017<br><br>25-64 år | Beregnet alkohol-avhengighet, avhengighet av sigaretter, bruk av narkotika, bruk av snus, alt basert på egenrapportering av bruksmønstre | Landberg et al. (2018) viser at ulike typer rusproblemer varierer med befolkningens inntekt i Sverige. Det er større grad av alkoholavhengighet i laveste enn i høyeste inntektskvintil, både blant kvinner og menn, men de absolutte forskjellene er større blant menn. Kontrollert for alder er ikke inntektsforskjellene signifikante, verken blant menn eller kvinner, det er bare lavt utdanningsnivå blant menn som er forbundet med høyere avhengighet. Narkotikabruk er mer utbredt blant lavinntektsgrupper enn blant dem med høyere inntekter, og her består forskjellene også ved kontroll for alder, både blant menn og kvinner. Oddsforholdet mellom laveste og høyeste kvintil i 2017 var henholdsvis 5.08 og 6.98. Ved kontroll for alder, sysselsetting og fødeland ble oddsforholdet redusert til 3.06 blant menn og 5.80 blant kvinner, begge signifikante på 10 prosent nivå. Andelen som er avhengig av sigaretter er lav i alle inntektsgrupper, men likevel relativt sett høyere i laveste inntektskvintil. OR mellom laveste og høyeste kvintil, ved kontroll for alder, sysselsetting og fødeland, var henholdsvis 3,65 blant menn og 2,71 blant kvinner (resultatet blant menn var bare signifikant på 10 prosent nivå).<br>**Nøkkelfunn: Lav inntekt var særlig assosiert med økt risiko for narkotikabruk og nikotinavhengighet blant menn, mens sammenhengen med alkoholavhengighet i stor grad kunne forklares av aldersforskjeller.** |
| Larsen et al. 2020<br><br>Norge / 2012-2016 | Register<br><br>Inntektskvintil for individuell inntekt | N ikke oppgitt (register hele befolkningen)<br><br>25+ år | Kreftdiagnose | Menn i laveste kvintil hadde en høyere risiko for kreft fra i alt 8 forskjellige kreftformer, sammenlignet med høyeste kvintil. Forskjellene var størst for kreft i lunge, lever og spiserør, der risikoen var om lag halvert blant menn med høyest inntekt sammenlignet med lavest. Unntaket fra regelen var kreft i prostata og føflekk-kreft, der risikoen var høyere blant menn i øverste inntektskvintil. Blant kvinner var det små forskjeller i kreftrisiko avhengig av individuell inntekt.<br>**Nøkkelfunn: Lav inntekt var assosiert med økt risiko for flere kreftformer blant menn, særlig lunge-, lever- og spiserørskreft, mens tilsvarende inntektsforskjeller var langt mindre blant kvinner** |
| Nes et al. 2025<br><br>Norge / 2024 | Survey (FHUS)<br><br>Selvopplevd økonomisk situasjon (1-6) | N ikke oppgitt<br><br>18+ år | Livstilfredshet, ensomhet | Det var en tydelig sammenheng mellom opplevd økonomisk situasjon og både livstilfredshet og ensomhet blant menn og kvinner. Livstilfredsheten økte jevnt med mindre økonomiske vansker; blant menn var gjennomsnittlig livstilfredshet 4,4 blant dem som oppga at det var svært vanskelig å få pengene til å strekke til, sammenlignet med 7,8 blant dem som oppga at det var svært lett. Tilsvarende tall blant kvinner var 4,7 og 7,9. Ensomhet viste et motsatt mønster: 38 % av mennene og 45 % av kvinnene som opplevde det som svært vanskelig å få pengene til å strekke til rapporterte ensomhet, sammenlignet med 8 % blant både menn og kvinner som opplevde det som svært lett.<br>**Nøkkelfunn: Opplevde økonomiske vansker var sterkt assosiert med lavere livstilfredshet og høyere** |

| Studie<br><br>Land / år | Data<br><br>Mål på lave ressurser | Utvalg[1] | Utfallsvariabler[2] | Resultater[3] |
|---|---|---|---|---|
| | | | | **ensomhet blant både menn og kvinner, med svært like mønstre på tvers av kjønn.** |
| Ohm et al. 2018<br><br>Sverige / 2006-2014 | Register<br><br>Laveste inntektskvintil i husholdnings-inntekt per forbruksenhet | N ikke oppgitt<br><br>40-76 år | Tilbakekomst av hjertesykdom etter første infarkt | En studie av pasienter som hadde overlevd et første hjerteinfarkt viste at menn med lav inntekt hadde høyere risiko for å utvikle ny hjertesykdom i løpet av en gjennomsnittlig fireårig oppfølgingsperiode enn menn med høyere inntekt. Etter justering for utdanning, ekteskapelig status, alder, røyking samt en rekke faktorer knyttet til helsetilstand og behandling, hadde menn i høyeste inntektskvintil 33 % lavere risiko for ny hjertesykdom enn menn i laveste kvintil (HR=0,67). Tilsvarende inntektsforskjeller ble også observert blant kvinner, men sammenhengen var sterkere blant menn. **Nøkkelfunn: Menn med lav inntekt hadde økt risiko for ny hjertesykdom etter et første hjerteinfarkt, og inntektsgradienten var sterkere blant menn enn blant kvinner.** |
| Olsen et al. 2020<br><br>Norge / 2015, 2016 | Survey (Tromsø-undersøkelsen)<br><br>Laveste inntektskvartil i husholdnings-inntekt (tilnærmet) | 1 745<br><br>Snitt=57 år (40+) | Helserelatert livskvalitet (EQ-5D), egenvurdert helse og tilfredshet med livet (SWLS, tre ledd) | Lav inntekt er konsistent assosiert med lavere helserelatert livskvalitet, dårligere egenvurdert helse og svakere tilfredshet med livet, sammenlignet med grupper som har høyere inntekt. Sammenhengen er tilnærmet lineær, og litt svakere blant menn enn blant kvinner. Sammenhengen med inntekt er sterkere enn for utdanning og yrke. Sammenhengene er også signifikante når det kontrolleres for alder og utdanningsnivå. **Nøkkelfunn: Lav inntekt var en sterk og uavhengig prediktor for dårligere helse, lavere helserelatert livskvalitet og lavere tilfredshet med livet, med en tydelig sosial gradient på tvers av inntektsnivåer.** |
| Pallesen et al. 2024<br><br>Danmark / 2013-2022 | Register<br><br>Laveste inntektskvartil i husholdnings-inntekt | 562 163 menn i laveste kvartil<br><br>30+ år | Diagnostiske sykdomskoder ved innleggelse i sykehus | Det er klare inntektsforskjeller i utbredelsen av en rekke sykdommer, både blant menn og kvinner. Blant menn var det signifikante forskjeller mellom høyeste og laveste kvartil for 263 ulike diagnoser, og 252 blant kvinner. Noen av forskjellene var svært store. Insidensratioen (IRR) for angstdiagnoser blant menn var 5,28 mellom laveste (referansegruppe) og høyeste inntektskvartil. For schizofreni var den høyest,18,4. Gjennomgående var insidensratene høyere blant dem med lavest inntekt, med enkelte unntak, slik som hudkreft. **Nøkkelfunn: Lav inntekt var assosiert med betydelig høyere forekomst av en lang rekke sykdommer, særlig psykiske lidelser, med svært store forskjeller mellom de laveste og høyeste inntektsgruppene** |
| Simoni et al. 2023<br><br>Danmark / 1998-2017 | Register<br><br>Inntektskvartil | 220 070 pasienter med første gangs ACS (1998–2017)<br><br>20+ år (median alder ved ACS: 70 år) | Incident akutt koronarsyndrom (ACS) | En dansk registerstudie fant vedvarende inntektsforskjeller i forekomsten av akutt koronarsyndrom (ACS) gjennom perioden 1998–2017, til tross for en betydelig generell nedgang i sykdomsforekomsten. Personer i laveste inntektskvartil hadde gjennomgående høyere risiko for ACS enn personer i høyeste kvartil, både blant menn og kvinner. Blant menn var insidensen 397 per 100 000 personår i laveste inntektskvartil, sammenlignet med en relativ risiko på 1,46 mot høyeste kvartil. Tilsvarende tall for kvinner var 325 per 100 000 personår og en relativ risiko på 1,50. Inntektsforskjellene ble bare marginalt redusert over tid og forble i hovedsak stabile gjennom hele 20-årsperioden. **Nøkkelfunn: Menn med lav inntekt hadde betydelig høyere forekomst av akutt koronarsyndrom enn menn med høy inntekt, og inntektsgradienten var stabil over tid til tross for en generell nedgang i sykdomsforekomsten.** |

| Studie<br><br>Land / år | Data<br><br>Mål på lave ressurser | Utvalg[1] | Utfallsvariabler[2] | Resultater[3] |
|---|---|---|---|---|
| Strömberg et al. 2025<br><br>Sverige / 2018-2019 | Register<br><br>Kvartiler basert på husholdnings-inntekt (disponibel inntekt per forbruksenhet) | 2,5 mill.<br><br>40+ år | Lavrisiko prostatakreft (proxy for diagnostisk aktivitet), Fram-skreden prostata-kreft (lokalt fram-skreden eller metastatisk) | Strömberg et al. (2025) undersøker sosiodemografiske forskjeller i forekomst av lavrisiko og framskreden prostatakreft i Sverige i 2018–2019, basert på nasjonale registerdata. Lavrisiko kreft brukes som en proxy for diagnostisk aktivitet (PSA-testing), mens framskreden sykdom brukes som indikator på sen oppdagelse. Studien finner en tydelig inntektsgradient: menn med lav husholdningsinntekt har lavere forekomst av lavrisiko kreft (IRR 0,65), men høyere forekomst av framskreden sykdom (IRR 1,43) sammenlignet med menn med høy inntekt. Dette tyder på lavere diagnostisk aktivitet og senere oppdagelse blant lavinntektsmenn. Menn født utenfor Norden hadde lavere forekomst av både lavrisiko og framskreden sykdom, noe som sannsynligvis reflekterer lavere bakgrunnsrisiko. Studien konkluderer med at tiltak for tidlig oppdagelse bør rettes mot menn med lav inntekt.<br>**Nøkkelfunn: Lavinntektsmenn hadde lavere forekomst av lavrisiko prostatakreft**, men **43% høyere forekomst av framskreden prostatakreft enn høyinntektsmenn, noe som tyder på senere oppdagelse.** |
| Tomic et al. 2018<br><br>Sverige / 2007-2014 | Register<br><br>Laveste kvartil i fordelingen av disponibel personinntekt | N=18 660 (menn i laveste kvartil)<br><br>54% var <70 år<br><br>Alle med prostatakreft ifølge register | Dødelighet, ventetid for behandling, type av behandling | Menn med høyere inntekt hadde større sannsynlighet for å få oppdaget prostatakreft i en rutinemessig helsesjekk enn menn med lav inntekt. De hadde også kortere ventetid for fjerning av prostata, og lavere dødelighet av sykdommen. Menn med høyere inntekt hadde også høyere sannsynlighet for visse typer behandling (fjerning av prostata eller strålebehandling), selv i alvorlige tilfeller.<br>**Nøkkelfunn: Menn med høy inntekt hadde bedre tilgang til tidlig diagnostikk og behandling av prostatakreft, og lavere dødelighet, enn menn med lav inntekt.** |
| Vedøy et al. 2025<br><br>Norge / 2002-2019 | Survey (SSBs helse- og levekårs-undersøkelser, seks runder) koblet til register<br><br>Laveste kvintil i fordelingen av husholdnings-inntekt per forbruksenhet | N=2 793<br><br>Snitt=45 år (25-66 år) | Egenvurdert helse | Studien fant vedvarende inntektsforskjeller i egenvurdert helse blant både menn og kvinner, også etter kontroll for utdanning, yrke, alder, livsstilsfaktorer, sosial støtte, parforhold og bostedets sentralitet. Menn i laveste inntektskvintil hadde om lag 7 prosentpoeng lavere sannsynlighet for å rapportere god helse enn menn i høyeste kvintil, mens den tilsvarende forskjellen blant kvinner var 8 prosentpoeng. Uttrykt som oddsratio var oddsen for god helse om lag halvparten så høy blant menn i laveste som i høyeste inntektskvintil (OR = 0,54) og forskjellene var stabile over tid. **Nøkkelfunn: Lav inntekt var assosiert med lavere sannsynlighet for god egenvurdert helse blant både menn og kvinner, også etter kontroll for et bredt sett av sosiodemografiske, livsstilsrelaterte og sosiale faktorer.** |
| Veenstra & Aartsen 2022<br><br>Norge / 2017 (helse), 1967-2017 (inntekt) | Survey (NorLAG) og register<br><br>Stabilt lav pensjonsgivende inntekt over livsløpet | 592 menn med stabilt lav inntekt<br><br>62-80 år (Snitt=68,8 år blant menn med stabilt lav inntekt) | Egenvurdert helse | Menn med stabilt lav pensjonsgivende inntekt over livsløpet, fra 30 til 62 år, hadde dårligere egenvurdert helse i 2017 enn menn med stabilt medium inntekt, eller høy og økende inntekt. OR for dårlig egenvurdert helse er henholdsvis 0.71 og 0.57, begge statistisk signifikante, med stabilt lav inntekt som referansegruppe. Blant kvinner var OR henholdsvis 0.42 og 0.37. Det var kontrollert for utdanning, yrkesklasse, alder, formue i 2017, antall barn, om en bodde med partner i 2017, skilsmissehistorie og om en var i arbeidsstyrken eller ikke i 2017. Høyere formue i 2017 var forbundet med bedre egenvurdert helse blant kvinner. Tendensen var den samme blant menn, men sammenhengen var ikke statistisk signifikant. |

| Studie<br><br>Land / år | Data<br><br>Mål på lave ressurser | Utvalg[1] | Utfallsvariabler[2] | Resultater[3] |
|---|---|---|---|---|
| | | | | **Nøkkelfunn: Menn med vedvarende lav inntekt gjennom voksenlivet hadde dårligere egenvurdert helse enn menn med høyere eller stigende inntektsforløp, uavhengig av utdanning, yrke, formue og andre sosiodemografiske forhold.** |
| Wemrell et al. 2021<br><br>Sverige / 2004-2016, 2018 | Survey og register<br><br>Laveste husholdsnings-inntekts-kvintil | N ikke oppgitt for menn med lav inntekt<br><br>16+ år | Egenvurdert helse | Menn med lav inntekt og født i Sverige hadde betydelig høyere risiko for dårlig egenvurdert helse enn referansegruppen menn med høy inntekt født i Sverige (OR=3.7). Høy risiko ble også funnet blant menn med lav inntekt født utenfor Sverige (OR=5.6), og blant kvinner med lav inntekt født i Sverige (OR=3.76) og særlig blant kvinner med lav inntekt født utenfor Sverige (OR=7.0). I disse analysene var det kontrollert for surveyår og alder, i tillegg til de ulike kombinasjonene av inntekt, kjønn og innvandringsstatus. Heterogeniteten innenfor hver kategori var imidlertid høy, det vil si at gjennomsnittsforskjellene skjuler stor intern variasjonsbredde innenfor hver kategori.<br>**Nøkkelfunn: Lav inntekt var sterkt assosiert med dårlig egenvurdert helse blant både menn og kvinner, og risikoen var særlig høy blant personer med innvandrerbakgrunn**. |
| Wennberg et al. 2024<br><br>Sverige / 1990-2020 | Register<br><br>Laveste inntektskvartil (husholdnings-inntekt per forbruksenhet | N ikke oppgitt<br><br>75, 85 og 95 år | Skrøpelighet (frailty), målt ved Hospital Frailty Risk Score (HFRS) | Menn i de høyeste inntektsklassene var overrepresentert blant de mest skrøpelige ved alder 85 år og 95 år, mens inntektsklassene var mer jevnt representert blant skrøpelige kvinner. Over tid var det en mer lik fordeling av inntektsklassene blant de skrøpelige. Det var ingen forskjeller i sammenhengen mellom skrøpelighet og dødelighet mellom inntektsklassene, heller ikke når en tok hensyn til kjønn.<br>**Nøkkelfunn: Høyinntektsmenn var oftere representert blant skrøpelige 85- og 95-åringer enn menn med lavere inntekt, mens tilsvarende inntektsforskjeller ikke ble observert blant kvinner.** |
| WHO 2019<br><br>Norge / 2012-2017 | EU-SILC og ESS survey<br><br>Inntektskvartil | N ikke oppgitt<br><br>18+ år | Langvarige helsebegrensninger | Også i Norge er det en tydelig sosial gradient i langvarige helsebegrensninger etter inntektsnivå. Personer i de laveste inntektsgruppene rapporterer klart høyere forekomst av slike begrensninger (ca. 24% blant kvinner, 21% blant menn) enn personer i høyere inntektsgrupper (ca. 10% blant kvinner, 5% blant menn). Tilsvarende mønster for dårlig helse (poor/fair subjective health): få rapporterte dette blant dem med høy inntekt (10% begge kjønn), men flere blant dem med lavest inntekt (ca. 30% begge kjønn). Lav tilfredshet med livet: lav inntekt (ca. 7% av kvinner, 10% av menn) og høy inntekt (2-3% begge kjønn). Dårlig mental helse (WHO-5): lav inntekt (20% kvinner, 10% menn) og høy inntekt (7% kvinner, 4% menn).<br>**Nøkkelfunn: Lav inntekt var assosiert med dårligere fysisk helse, dårligere mental helse og lavere livstilfredshet blant både menn og kvinner, med en gjennomgående sosial gradient på tvers av alle utfallsmålene.** |

[1] Antall (N), alder, og evt. andre kjennetegn; [2] De variabler som er relevant for tema her; [3] OR = Odds ratio, HR = Hazard ratio, is= ikke signifikant (p> .05). Studier identifisert gjennom supplerende søk inngår ikke i tabellen, men er omtalt i teksten.

## 3.3. Bruk av helsetjenester blant menn med lav inntekt

Forskjeller i dødelighet, helse og livskvalitet etter inntekt kan delvis være en følge av ulik bruk av helsetjenester. I vårt systematiske litteratursøk fant vi betydelig færre studier som undersøker bruk av, og tilgang til, helsetjenester spesifikt etter inntekt, og som i tillegg skiller mellom menn og kvinner. I alt har vi identifisert 16 relevante forskningsartikler og rapporter (se tabell 3.3).

### Bruk av lege- og tannlegetjeneste

De klareste inntektsforskjellene gjelder bruk av tannlegetjenester. Dette er vist i to norske studier (Lunde et al. 2017; Lunde og Ramm 2021) og i svensk folkehelsestatistikk (Folkhälsomyndigheten 2025). Lunde og Ramm (2021) finner at flere menn med svekket helse og lav inntekt ikke har vært hos tannlegen i løpet av de siste 12 måneder, sammenlignet med menn som har svekket helse og høy inntekt. Forskjellen er rundt 15 prosentpoeng. Blant kvinner med svekket helse og lav inntekt er tannlegebruken høyere enn blant menn i samme situasjon. Samtidig er inntektsforskjellene i tannlegebruk blant kvinner noe høyere enn blant menn. De svenske dataene viser andelen som har avstått fra tannlegebehandling av økonomiske grunner til tross for behov. I laveste inntektskvintil gjelder dette 25 prosent av mennene og 24 prosent av kvinnene, mot 6 prosent av begge kjønn i høyeste kvintil. I ingen av de tre kildene er altså inntektsforskjellene klart større blant menn enn blant kvinner.

Inntektsforskjellene ved bruk av legetjenester er noe mindre. Flere menn med lav enn med høy inntekt har et udekket behov for legetjenester (Lunde og Ramm 2021). Denne andelen er imidlertid høyere blant kvinner enn blant menn med lav inntekt.

### Legespesialist og behandling på sykehus

To norske studier ser nærmere på kontakten med legespesialist og bruken av sykehustjenester. Lunde og Ramm (2021) finner at menn med lav inntekt og svekket helse bruker legespesialist noe sjeldnere i løpet av et år enn menn med høy inntekt og svekket helse. Bruken blant menn med lav inntekt og svekket helse er også betydelig lavere enn hos kvinner i samme situasjon. Inntektsforskjellene er imidlertid større blant menn og kvinner med god helse. Menn med god helse og lav inntekt er gruppen som bruker legespesialist minst, godt under nivået blant menn med god helse som har høy inntekt og blant kvinner uansett inntekt.

Starrfelt (2024) finner at menn med vedvarende lavinntekt brukte sykehustjenester mindre enn den øvrige befolkningen i 2022. De store forskjellene i bruk av somatiske helsetjenester mellom dem med lavinntekt og den øvrige befolkningen er knyttet til polikliniske behandlinger, spesielt blant eldre menn og yngre kvinner. Blant menn er det klare forskjeller mellom lavinntektsgruppen og øvrig befolkning i mottatt behandling for de største folkesykdommene: hjerte- og karlidelser, svulster og muskel- og skjelettlidelser. Inntektsforskjellene er større blant menn enn blant kvinner.

### Kontakt med mentale helsetjenester, i og utenfor sykehus

Lunde og Ramm (2021) finner, basert på selvrapporterte data fra Levekårsundersøkelsen om helse 2019, at det er betydelig flere menn med lav inntekt og svekket helse som har brukt psykolog (21 prosent), sammenlignet med menn med samme helse og høyere inntekt (7 prosent). Et lignende funn kommer fram i en norsk registerstudie (Øien-Ødegaard el al. 2024). Flere menn i lavinntektsgruppen enn i høyinntektsgruppen hadde brukt mentale helsetjenester siste år. Når dette ble koplet til en indikator på behov (senere selvmord), var det noen flere menn med lav enn med høy inntekt som hadde hatt kontakt med mentale helsetjenester før selvmordet.

Sammenlignet med kvinner er det færre menn som har hatt kontakt med mentale helsetjenester før selvmordet. Blant menn med lav inntekt var det snaut 50 prosent som hadde kontakt med fastlege eller psykisk helsevern grunnet psykiske plager den siste måneden før selvmordet, mot 73,2 prosent blant kvinner i samme inntektsgruppe. Kjønnsforskjellene gjelder i alle inntektsgrupper (Øien-

Ødegaard et al. 2024). Øien-Ødegaard et al. (2024) benytter befolkningsdekkende registerdata, som ikke omfatter bruk av private helsetjenester. Forfatterne framhever selv dette som en begrensning, som kan føre til at bruken blant menn og kvinner med høy inntekt underestimeres.

To finske studier bekrefter delvis dette bildet, med høyere bruk blant menn med lav enn med høy inntekt. Suokas et al. (2020) fant en tydelig sammenheng mellom lav husholdningsinntekt og høyere risiko for første psykiatriske sykehusinnleggelse i Finland, både for menn og kvinner. Selinheimo et al. (2023) finner ingen tydelig inntektsgradient blant menn i bruken av psykoterapi, men at bruken av psykofarmaka i slutten av tidsperioden de ser på var høyest i laveste inntektskvartil, igjen både for menn og kvinner.

### Bruk av forebyggende tjenester (screeningprogrammer, vaksinasjoner og helsekontroller)

Tre studier som ble identifisert i det systematiske litteratursøket dekker aspekter ved dette temaet, og her peker funnene nokså entydig mot lavere bruk av forebyggende tjenester i lavinntektsgrupper blant menn.

En dansk studie (Larsen et al. 2017) fant at menn som tilhørte tredjedelen med lavest inntekt hadde betydelig lavere deltaking i et screeningprogram for tarmkreft enn tredjedelen med høyest inntekt, forskjellen var om lag 20 prosentpoeng. Kvinner med lav inntekt deltok noe mer enn menn med lav inntekt, men det var omtrent like store forskjeller knyttet til inntekt blant kvinner. Ifølge data fra Helseundersøkelsen 2015 var andelen som har tatt tarmundersøkelse dobbelt så høy blant menn i alderen 50-74 år med varig sykdom og høy inntekt sammenlignet med menn i samme gruppe med lav inntekt (16 versus 8 prosent) (Lunde og Ramm 2017). En svensk studie av vaksinasjonsdekningen for Covid i aldersgruppen 60 år og eldre (Spetz et al. 2022) finner at lav inntekt er forbundet med lavere vaksinasjonsdekning, både blant menn og kvinner. Dårligst vaksinasjonsdekning var det blant menn med lav inntekt i 60-74 årsalderen som bodde alene og hadde innvandret fra lav- og mellominntektsland (44 prosent). Kvinner med de samme kjennetegnene hadde en tilsvarende lav andel vaksinerte.

I tillegg til disse tre studiene kan resultater fra to norske studier trekkes fram. Disse ble i utgangspunktet ikke inkludert i den systematiske kunnskapsoppsummeringen fordi de mangler spesifikke mål for gruppen menn med lav inntekt. Hansen et al. (2025) undersøker villigheten til å ta vaksine i den voksne befolkningen og finner at lav inntekt er assosiert med svakere villighet. Klüwer et al. (2023) undersøker utdanningsforskjeller i bruk av influensavaksine, og finner at utdanningsforskjellene ble betydelig mindre i influensasesongen da vaksinen ble offentlig finansiert. Resultatene indikerer at de beskrevne sosioøkonomiske forskjellene i bruk av forebyggende helsetjenester til dels kan knyttes til kostnader, og at fjerning av økonomiske barrierer kan være ett mulig tiltak for å redusere forskjellene.

### Bruk av medikamenter

En mulig forskjell som kan bidra til å forklare sosial ulikhet i helse, er i hvilken grad menn i ulike inntektsgrupper følger opp legens anbefalinger. Ikke minst gjelder det bruk av medikamenter. I den systematiske kunnskapsoppsummeringen har vi identifisert to studier. I en dansk registerbasert undersøkelse finner Graversen et al. (2021) at blant pasienter med akutt koronarsyndrom var det en høyere andel menn med lav enn med høy inntekt som ikke opprettholdt bruken av forebyggende legemidler over tid. Tilsvarende inntektsgradient ble ikke funnet blant kvinner, selv om andelen som avbrøt behandlingen var høyere blant kvinner enn blant menn. Om lag 13 prosent av inntektsforskjellen i risiko for alvorlige kardiovaskulære hendelser blant menn kunne tilskrives forskjeller i medikamentbruk. Den norske helseundersøkelsen fra 2015 (Lunde og Ramm 2017) viste at menn med lav inntekt i større grad enn menn med høy inntekt har opplevd å ikke ha råd til å hente ut reseptbelagte medisiner (7 versus 0,3 prosent).

Også tidligere publiserte studier peker i samme retning. Disse ble ikke inkludert i den systematiske gjennomgangen på grunn av publiseringsår eller fordi de bygger på eldre data. Metaanalysen til

Lemstra et al. (2012) finner at lav inntekt er en av få faktorer som konsistent predikerer manglende etterlevelse av statinbehandling. Aarnio et al. (2016) viser ved bruk av finske registerdata en tydelig inntektsgradient i etterlevelse blant menn, mens gradienten var vesentlig svakere for kvinner. Geary et al. (2017) finner tilsvarende sosiodemografiske forskjeller i uttak av statiner 9–12 måneder etter iskemisk hjerneslag eller drypp i svenske registerdata.

### Oppdagelse av og behandling for prostatakreft

Tre studier tar for seg ulikheter knyttet til oppdagelse av, og behandling for, prostatakreft. Det ser ut til at alvorlig, framskreden prostatakreft oppdages seinere hos menn med lav enn med høy inntekt. Den diagnostiske aktiviteten er mindre i lavinntektsgruppen. Menn med lav inntekt har lavere forekomst av lavrisikoprostatakreft, men høyere forekomst av framskreden sykdom enn menn med høy inntekt (Strömberg et al. 2025). Blant dem med diagnostisert prostatakreft har de med høyere inntekt større sannsynlighet for å få oppdaget sykdommen i en rutinemessig helsesjekk, og har også kortere ventetid for fjerning av prostata, og høyere sannsynlighet for visse typer behandling (fjerning av prostata eller strålebehandling), selv i alvorlige tilfeller (Tomic et al. 2018). I Norge viser en analyse av registerdata at blant menn med lavinntekt over 50 år er det mindre vanlig å bli behandlet for denne krefttypen enn blant andre menn. Det er 50 prosent høyere sannsynlighet for å ha mottatt behandling for prostatakreft om en ikke har vedvarende lavinntekt (Starrfelt 2024). Dette må imidlertid ses i forhold til at prostatakreft er en av de få kreftformene som er mindre utbredt blant menn med lav enn med høy inntekt (Larsen et al. 2020; Pallesen et al. 2024). Larsen et al. (2020) peker på PSA-testing og hyppigere legekontroller som mulige forklaringer. Forskjellen i behandling kan derfor delvis gjenspeile at færre lavrisikotilfeller oppdages blant menn med lav inntekt, og ikke bare ulik behandling av menn med påvist sykdom.

### Pleie- og omsorgstjenester

Bare en studie har sett nærmere på inntektsforskjeller i bruken av pleie- og omsorgstjenester (Hernæs et al. 2022). Når det kontrolleres for demografi og helse (tidligere bruk av helsetjenester), viser det seg at gruppene med lav inntekt i større grad mottar praktisk bistand og hjemmesykepleie enn gruppene med høy inntekt, både blant menn og kvinner (med unntak av praktisk bistand blant kvinner, når en sammenligner laveste og høyeste desil).

### Oppsummering om bruk av helsetjenester

Oppsummert er det et variert bilde som framtrer av inntektsforskjellene i bruken av helsetjenester blant menn. I noen tilfeller er det klare forskjeller som peker i retning av mindre bruk blant lavinntektsgrupper, som igjen kan ha konsekvenser for helsetilstanden og bidra til å forklare helseforskjellene. Dette gjelder mindre bruk av tannlegetjenester, selv ved behov, noe mindre bruk av legespesialister, og lavere bruk av sykehustjenester. Det er også tydelige forskjeller knyttet til bruken av forebyggende tjenester, slik som deltaking i screeningprogrammer. En dansk studie tyder på at manglende opprettholdelse av medisinbruken over tid kan forklare en mindre del av noen inntektsforskjeller i helse, og lavinntektsgruppen blant menn har i større grad enn andre opplevd å ikke ha råd til å hente ut reseptbelagte medisiner. Men også i denne gruppen er det en sjelden foreteelse. At framskreden prostatakreft ser ut til å bli oppdaget seinere blant menn med lav enn høy inntekt, tyder på at helsetjenesten ikke fungerer best mulig med tanke på å oppdage denne typen kreft blant lavinntektsmenn.

På den annen side tyder noen resultater også på at menn med lav inntekt bruker noen typer helsetjenester hyppigere enn menn med høyere inntekt. Selv om menn med lav inntekt i mindre grad har kontakt med mentale helsetjenester rett før et selvmord enn kvinner med lav inntekt, er andelen uten slik kontakt enda høyere blant menn med gode inntekter. Bruken av pleie- og omsorgstjenester ser ut til å være høyere blant både menn og kvinner med lav inntekt, ifølge en deskriptiv studie fra Statistisk sentralbyrå (Haugen 2025, ikke del av den systematiske

litteraturgjennomgangen). Tiltak som kan påvirke terskelen for å bruke tjenestene, blant annet egenbetaling og lavterskeltilbud, behandles i kapittel 5.

**Tabell 3.3 Studier av bruk av helsetjenester blant menn med lav inntekt, identifisert i det systematiske litteratursøket**

| Studie<br><br>Land / år | Data<br><br>Mål på lave ressurser | Utvalg[1] | Utfallsvariabler[2] | Resultater[3] |
|---|---|---|---|---|
| Folkhälsomyndigheten 2025<br><br>Sverige / Varierende, nyeste tall er 2022- 2024 | Tverrsnittsstudie; register & survey<br><br>Laveste inntektskvintil | Varierende<br><br>Ofte 16-84 år | Bruk av tannlegetjenester og legetjenester, konsum av tobakk og alkohol | Menn i laveste inntektskvintil avsto oftere fra lege- og tannlegebesøk (selv ved behov) av økonomiske grunner enn menn med høy inntekt. Forskjellen var særlig stor for tannhelsetjenester: 25% av lavinntektsmenn hadde avstått fra tannlege, mot knapt 6% i høyeste kvintil.<br>**Nøkkelfunn: Lavinntektsmenn hadde klart større økonomisk betingede udekkede behov for helsetjenester, særlig tannbehandling.** |
| Graversen et al. 2021<br><br>Danmark / 2010-2017 | Registerbasert kohortstudie<br><br>Inntektstertiler (lav, medium, høy) basert på husholdnings-inntekt | 45 874<br><br>18+ år<br><br>Pasienter med akutt hjerteproblem | Bruk av statin- og antitrombotisk behandling | Blant pasienter med førstegangs akutt koronarsyndrom hadde lavinntektsmenn høyere risiko for manglende vedvarende bruk av statin- og antitrombotisk behandling. Denne forskjellen forklarte 12,6% av inntektsforskjellen i alvorlige kardiovaskulære hendelser blant menn.<br>**Nøkkelfunn: Lavinntektsmenn hadde dårligere medikamentetterlevelse etter akutt koronarsyndrom, og dette bidro til høyere risiko for nye alvorlige hendelser.** |
| Hernæs et al. 2022<br><br>Norge, Oslo / 2007-2017 | Registerbasert kohortstudie<br><br>Livsinntekt, inndelt i desiler (personinntekt) | Fra 71 989 (praktisk bistand) til 80 591 (sykehjemsplass);<br><br>70-90 år | Mottak av pleie- og omsorgs-tjenester | Blant 70–90-åringer i Oslo var bruken av pleie- og omsorgstjenester høyere blant menn og kvinner med lav livsinntekt. En del av gradienten ble redusert etter kontroll for demografi og tidligere helsetjenestebruk, men lavinntektsgruppene mottok fortsatt mer praktisk bistand og hjemmesykepleie.<br>**Nøkkelfunn: Eldre menn med lav livsinntekt brukte mer kommunale pleie- og omsorgstjenester enn menn med høy inntekt.** |
| Larsen et al. 2017<br><br>Danmark / 2014 | Register, tverrsnitt<br><br>Laveste tredjedel i husholdnings-inntekt per forbruksenhet | 39 169<br><br>50-74 år | Ikke-deltakelse i screeningprogram for tarmkreft | Menn i laveste tredjedel av inntektsfordelingen hadde betydelig lavere deltakelse i screening for tarmkreft enn menn i høyeste tredjedel, med en forskjell på om lag 20 prosentpoeng. Inntektsforskjellene var omtrent like store blant kvinner, mens utdanningsforskjellene var svakere.<br>**Nøkkelfunn: Lav inntekt var forbundet med markant lavere deltakelse i tarmkreftscreening blant menn.** |
| Lunde et al. 2017<br><br>Norge / 2015 | Tverrsnitt; survey og register (Helseunder-søkelsen)<br><br>Husholdnings-inntekt per forbruksenhet | 8 164<br>Inntekt under 200 000: N=996 (menn og kvinner samlet)<br><br>16+ år | Bruk av ulike typer helsetjenester | Menn med lav inntekt og god helse bruker allmennlegetjenester noe sjeldnere enn menn med høy inntekt og god helse, mens inntektsforskjellene er små blant menn med mindre god helse. Kvinner bruker generelt allmennlegetjenester oftere enn menn. Blant menn med mindre god helse er bruken av tannlegetjenester klart lavere i lavinntektsgruppen (73%) enn blant menn med høy inntekt (88%); tilsvarende andel blant kvinner med lav inntekt er 86%. Det er også inntektsforskjeller i menns bruk av legespesialist og fysioterapi, mens psykologbruk viser en omvendt sosial gradient. Blant menn 50-74 år med varig sykdom hadde dobbelt så mange med høy som lav inntekt gjennomført tarmundersøkelse (16% mot 8%). Menn med lav inntekt har dessuten større udekket behov for lege- og særlig tannlegetjenester enn menn med høy inntekt.<br>**Nøkkelfunn: Lavinntektsmenn har gjennomgående** |

| Studie<br><br>Land / år | Data<br><br>Mål på lave ressurser | Utvalg[1] | Utfallsvariabler[2] | Resultater[3] |
|---|---|---|---|---|
| | | | | **lavere bruk av flere forebyggende og spesialiserte helsetjenester og større udekkede behov, med særlig tydelige forskjeller for tannhelsetjenester.** |
| Lunde & Ramm 2021<br><br>Norge / 2019 | Tverrsnitt; survey & register (Helseunder-søkelsen)<br><br>Husholdnings-inntekt per forbruksenhet | 7 879<br><br>Inntekt <250 000: N=1 005 (menn og kvinner samlet)<br><br>16+ år | Bruk av ulike typer helsetjenester | Menn med lav inntekt og svekket helse bruker legespesialist noe sjeldnere enn menn med høy inntekt og tilsvarende helse, og betydelig sjeldnere enn kvinner med lav inntekt og svekket helse. Forskjellene er større blant personer med god helse; menn med god helse og lav inntekt har den laveste bruken av legespesialist. Derimot er psykologbruk betydelig høyere blant menn med lav inntekt og svekket helse (21%) enn blant menn med høyere inntekt og tilsvarende helse (7%). Lavinntektsmenn med svekket helse bruker også tannlege sjeldnere, med en forskjell på rundt 15 prosentpoeng sammenlignet med høyinntektsmenn. Udekkede behov er noe vanligere blant menn med lav inntekt, særlig for tannhelsetjenester: 15% hadde ikke vært hos tannlege til tross for behov, mot 4% blant menn med høy inntekt. Forskjellene i udekket tannlegebehov var omtrent de samme blant kvinner.<br>**Nøkkelfunn: Lavinntektsmenn har lavere bruk av legespesialist og tannlege og større udekket behov for tannhelsetjenester, men betydelig høyere psykologbruk blant dem med svekket helse.** |
| Møller et al. 2023<br><br>Danmark / 1996-2018 | Registerbasert kohortstudie<br><br>Husholdnings-inntekt per forbruksenhet under 50% av medianinntekten, året den enkelte fylte 15 år | N er ikke oppgitt<br><br>16-37 år | Kontakt med ulike deler av helsetjenesten | Ungdom og unge voksne med lav familieinntekt ved 15-årsalder hadde hyppigere kontakt med helsetjenestene enn dem med høyere familieinntekt. Det var ikke kontrollert for helsetilstand, og mønsteret var lignende blant menn og kvinner.<br>**Nøkkelfunn: Lav familieinntekt i ungdomsårene var forbundet med høyere senere helsetjenestebruk, men forskjellen kan reflektere større helsebehov.** |
| Oien-Odegaard et al. 2024<br><br>Norge / 2009-2021 | Longitudinell; register<br><br>Laveste (individnivå) inntektstertil | N ikke oppgitt<br><br>20-64 år | Kontakt med primærhelse-tjeneste eller med psykiatri/helse-tjenester for mental helse | Menn i laveste inntektstertil hadde oftere kontakt med primærhelsetjenester eller psykiske helsetjenester enn menn i høyeste tertil, både i den generelle befolkningen og blant personer som begikk selvmord. Blant menn som begikk selvmord var mønsteret imidlertid forskjellig etter type tjeneste: Lavinntektsmenn hadde mindre kontakt med primærhelsetjenesten enn menn med høy inntekt, men langt oftere kontakt med psykiske helsetjenester. Kvinner som begikk selvmord hadde generelt mer kontakt med helsetjenestene enn menn, og inntektsforskjellene var mindre tydelige blant kvinner. Blant menn bestod inntektsforskjellene etter justering for utdanning, alder og sysselsetting.<br>**Nøkkelfunn: Lavinntektsmenn hadde samlet sett mer kontakt med helsetjenestene, men blant menn som begikk selvmord hadde de mindre kontakt med primærhelsetjenesten og mer kontakt med psykiske helsetjenester enn høyinntektsmenn.** |
| Ose et al. 2020<br><br>Norge / 2018 | Tverrsnitt, survey<br><br>Har økonomiske bekymringer som skaper helse-problemer, eller | 565 (alle var pasienter ved et lokalt fastlegekontor)<br><br>18+ år | Ønsker kontakt med en økonomisk rådgiver | Blant fastlegepasienter oppga 5% av mennene at økonomiske bekymringer påvirket helsen, mens 6% oppga at helseproblemer skapte økonomiske bekymringer. Etter at fastlegene begynte å spørre mer systematisk om økonomi, rapporterte de økt bruk av økonomisk rådgivning. |

| Studie<br><br>Land / år | Data<br><br>Mål på lave ressurser | Utvalg[1] | Utfallsvariabler[2] | Resultater[3] |
|---|---|---|---|---|
| | helseproblemer som skaper økonomiske bekymringer | | | **Nøkkelfunn: Å ta opp økonomiske problemer i fastlegekonsultasjonen kan bidra til at pasienter får kontakt med økonomisk rådgivning.** |
| Selinheimo et al. 2023<br><br>Finland / 2011-2019 | Longitudinell; register.<br><br>Inntektskvartiler | 736 613 personer (49,7 % kvinner).<br><br>18-55 år | Årlig bruk av rehabiliterende psykoterapi og årlige kjøp av psykofarmaka. (begge: ja/nei per år) | Studien undersøkte inntektsforskjeller i bruk av rehabiliterende psykoterapi og psykofarmaka i den finske yrkesaktive befolkningen, fulgt fra 2011 til 2019. Bruken av begge behandlingsformer økte gjennom perioden. Blant kvinner var det en stabil inntektsgradient i psykoterapibruk, med høyere bruk ved høyere inntekt, mens det ikke var noen tydelig inntektsgradient blant menn. For psykofarmaka endret mønsteret seg over tid: I starten var bruken høyest i de høyere inntektsgruppene, mens laveste inntektskvartil hadde høyest bruk mot slutten av perioden, både blant menn og kvinner.<br>**Nøkkelfunn: Blant menn var det ingen tydelig inntektsgradient i psykoterapibruk, mens psykofarmakabruken over tid utviklet en tydelig gradient med høyest bruk blant menn med lav inntekt.** |
| Spetz et al. 2022<br><br>Sverige / 2021 | Tverrsnitt; register.<br><br>Husholdnings-inntekt (disponibel inntekt) per forbruksenhet | 350 805 personer<br><br>60+ år | Mottatt minst én dose Covid-19-vaksine per 17. mai 2021 (dikotom variabel: vaksinert/ikke vaksinert) | Blant svenske voksne 60+ var lav inntekt forbundet med lavere Covid-19-vaksinasjonsdekning. Lavinntektsgruppen hadde omtrent dobbelt så høy odds for ikke-vaksinasjon som personer med middels/høy inntekt, og mannlig kjønn var også forbundet med lavere opptak.<br>**Nøkkelfunn: Eldre personer med lav inntekt hadde lavere vaksinasjonsopptak.** |
| Starrfelt 2024<br><br>Norge / 2022 | Tverrsnitt; register.<br><br>Vedvarende lavinntekt over en tre-årsperiode, (<60% av median-inntekten) | 76 635 mannlige pasienter med vedvarende lavinntekt<br><br>Alle aldre | Bruk av sykehustjenester, ved innleggelse, dagopphold eller poliklinisk | Menn med vedvarende lavinntekt brukte samlet sett mindre sykehustjenester enn øvrige menn i 2022, særlig polikliniske tjenester. Sannsynligheten for å ha mottatt behandling for prostatakreft var 50% høyere blant menn uten vedvarende lavinntekt.<br>**Nøkkelfunn: Lavinntektsmenn hadde lavere bruk av sykehustjenester og lavere sannsynlighet for behandling av blant annet prostatakreft.** |
| Strömberg et al. 2025<br><br>Sverige / 2018-2019 | Register.<br><br>Kvartiler basert på (disponibel) husholdnings-inntekt (per forbruksenhet) | 2,5 mill.<br><br>40+ år<br><br>Kun menn | Diagnostisk aktivitet for prostatakreft | Strömberg et al. (2025) undersøkte sosiodemografiske forskjeller i forekomsten av lavrisiko og framskreden prostatakreft i Sverige. Lavrisiko kreft ble brukt som proxy for diagnostisk aktivitet (PSA-testing), mens framskreden sykdom indikerte sen oppdagelse. Menn med lav husholdningsinntekt hadde lavere forekomst av lavrisiko kreft (IRR 0,65), men høyere forekomst av framskreden sykdom (IRR 1,43) enn menn med høy inntekt. Dette tyder på mindre diagnostisk aktivitet og senere oppdagelse blant lavinntektsmenn. Menn født utenfor Norden hadde lavere forekomst av både lavrisiko og framskreden sykdom, trolig som følge av lavere bakgrunnsrisiko.<br>**Nøkkelfunn: Lavinntektsmenn hadde lavere diagnostisk aktivitet og høyere forekomst av framskreden prostatakreft, noe som tyder på senere oppdagelse enn blant menn med høy inntekt.** |
| Suokas et al. 2020<br><br>Finland / 1996-2014 | Longitudinell; register.<br><br>Inntektdesiler | 6,2 mill.<br><br>20+ år | Første psykiatriske sykehusinn-leggelse (first psychiatric | Lav husholdningsinntekt var tydelig forbundet med høyere risiko for første psykiatriske sykehusinnleggelse i Finland, både blant menn og kvinner. I 2014 hadde personer i laveste inntektsdesil om lag 3–4,5 ganger høyere risiko for innleggelse enn personer i høyeste |

| Studie<br><br>Land / år | Data<br><br>Mål på lave ressurser | Utvalg[1] | Utfallsvariabler[2] | Resultater[3] |
|---|---|---|---|---|
| | | | hospital admission). | desil, også etter justering for flere sosiodemografiske faktorer. Menn hadde gjennom deler av perioden høyere innleggelsesrater enn kvinner, og inntektsgradienten var særlig sterk for psykose- og rusrelaterte lidelser. Fra 1996 til 2014 falt innleggelsesratene jevnt i de høyeste inntektsgruppene, særlig blant menn, mens de økte tidlig i perioden eller var mer stabile i lavinntektsgruppene.<br>**Nøkkelfunn: Lavinntektsmenn hadde betydelig høyere risiko for psykiatrisk sykehusinnleggelse, og inntektsforskjellene vedvarte eller økte over tid fordi nedgangen i innleggelser hovedsakelig fant sted i høyinntektsgruppene.** |
| Tomic et al. 2018<br><br>Sverige / 2007-2014 | Longitudinell; register.<br><br>Laveste kvartil i fordelingen av disponibel personinntekt | 18 660 tilhørte populasjonen av menn i laveste kvartil i perioden; 54 prosent var under 70 år;<br><br>Personer med diagnosen kreft i prostata ifølge registerdata 2017-2014 | Ventetid for behandling, type av behandling | Menn med høy inntekt hadde større sannsynlighet for at prostatakreft ble oppdaget ved rutinemessig helsesjekk, kortere ventetid til kirurgi og større sannsynlighet for prostatektomi eller strålebehandling enn menn med lav inntekt.<br>**Nøkkelfunn: Lavinntektsmenn hadde senere oppdagelse og mindre gunstig behandling ved prostatakreft.** |

[1] Antall (N), alder, og evt. andre kjennetegn; [2] De variabler som er relevant for tema her; [3] OR = Odds ratio, HR = Hazard ratio, is= ikke signifikant (p> .05). Studier identifisert gjennom supplerende søk inngår ikke i tabellen, men er omtalt i teksten.

# 4. Supplerende litteratursøk: Helsekompetanse og maskulinitetsnormer

Dette kapitlet tar for seg to mulige mekanismer som kan bidra til inntekts- og kjønnsforskjeller i helse, livskvalitet og bruk av helsetjenester, nemlig helsekompetanse og maskulinitetsnormer. Det er viktig å påpeke at vi ikke fant litteratur som dekket disse to temaene i den systematiske kunnskapsoppsummeringen. Årsaken til at temaene faller utenfor det systematiske søket, er ulik for de to. For helsekompetanse skyldes det inklusjonskriteriene, ettersom undersøkelsene på feltet i liten grad skiller ut menn med lav inntekt som egen gruppe. For maskulinitetsnormer handler det først og fremst om at litteraturen sammenligner menn med kvinner, ikke menn med ulik inntekt. Kunnskapsgrunnlaget i dette kapittelet er derfor i sin helhet hentet fra supplerende og ikke-systematiske søk, og har dermed en annen status enn kapittel 3. Hvordan litteraturen ble identifisert, er beskrevet i kapittel 2.

Dette betyr også at kapittelet må leses som en gjennomgang av mulige mekanismer, ikke som dokumentasjon av hvor mye de faktisk forklarer. Vi har ikke funnet nordiske studier som anslår hvor stor del av inntektsforskjellene blant menn, eller forskjellen mellom menn og kvinner med lav inntekt, som kan tilskrives helsekompetanse eller maskulinitetsnormer. En studie fra Belgia tyder på at helsekompetanse bare forklarer en liten del av inntektsforskjellene i helse og helseatferd (Berete et al. 2024). Tiltak som er foreslått eller prøvd ut på disse områdene, omtales i kapittel 5.

## 4.1. Helsekompetanse blant menn

Helsekompetanse defineres i norsk sammenheng som personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger om egen helse, og omfatter beslutninger om livsstilsvalg, sykdomsforebygging, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet 2019).

Internasjonale oversikter har undersøkt sammenhengen mellom helsekompetanse og henholdsvis inntekt og kjønn, men i liten grad kombinasjonen av dem. En systematisk kartleggingsoversikt av 179 studier fra høyinntektsland, de fleste fra USA, fant en gjennomgående negativ sammenheng mellom lav inntekt og helsekompetanse, også etter justering for utdanning (Gero et al. 2025). Forfatterne påpeker at kjønnsstratifiserte analyser er sjeldne, og at det derfor ikke kan fastslås om sammenhengen er ulik for kvinner og menn. En mindre kartleggingsoversikt som spesifikt ser på menns helsekompetanse inkluderte tolv artikler, hovedsakelig fra Nord-Amerika (Oliffe et al. 2020). Studiene målte stort sett menns kunnskap om bestemte sykdommer, særlig prostata- og tarmkreft. Få av dem undersøkte hvordan kjønnsnormer kan påvirke helsekompetanse. Forfatterne viser også til befolkningsundersøkelser fra Nord-Amerika og Storbritannia der både det å være mann og det å ha lav sosioøkonomisk status var forbundet med lavere helsekompetanse. Funnet om sosioøkonomisk status samsvarer med Gero et al. (2025), men undersøkelsene drøfter ikke hvorfor menn skåret lavere. På tvers av de tolv studiene var det enighet om at tiltak bør tilpasses menns hverdagsspråk og gjennomføres på kjente arenaer i lokalsamfunnet.

Den første nasjonale kartleggingen i Norge viste at 33 prosent av befolkningen skårer på eller under det laveste nivået for generell helsekompetanse, og at nær 20 prosent har særlige utfordringer med å navigere i helsevesenet (Le et al. 2021a). Helsekompetanse samvarierte i denne undersøkelsen med helserelatert livskvalitet målt ved EQ-5D-5L og med antall fastlegebesøk: bedre helsekompetanse var forbundet med høyere livskvalitet og færre legebesøk. Undersøkelsen fant ingen tydelige kjønnsforskjeller i generell helsekompetanse. Men analyser av de samme dataene tyder på at kvinner hadde høyere helsekompetanse enn menn innenfor det sykdomsforebyggende området, det samme gjelder personer med utdanning utover videregående skole sammenlignet med personer som har lavere utdanning (Guttersrud et al. 2024). Personer i husholdninger med svak økonomi, målt ved hvor vanskelig det er å betale regninger og dekke utgifter, hadde lavere

gjennomsnittlig helsekompetanse enn personer i husholdninger med god økonomi (Guttersrud et al. 2024). Sammenhengen er vist i en ujustert analyse og er ikke brutt ned etter kjønn. Det samme mønsteret er funnet i de fleste av fem innvandrerutvalg (Le et al. 2021b). Videre er bedre helsekompetanse blant unge i Norge forbundet med høyere livskvalitet og et lavere antall fastlegebesøk, justert for blant annet utdanning, selvopplevd sosial status og økonomisk knapphet (Le et al. 2024).

Studier fra Danmark, som har et helsesystem som ligner det norske, gir et tydeligere bilde av menn. I en registerkoblet befolkningsundersøkelse hadde menn 2,3 ganger høyere (justerte) odds (95 % konfidensintervall 1,91–2,79) for utilstrekkelig helsekompetanse, og inntekt under landsgjennomsnittet, kort utdanning og mottak av sosiale ytelser ga alle forhøyet risiko (Svendsen et al. 2020). Lav helsekompetanse var også vanligere blant menn og blant personer med lav utdanning og lav familieinntekt i en undersøkelse av personer mellom 50 og 80 år, og var her forbundet med lavere livstilfredshet og dårligere egenvurdert helse (Thapa og Nielsen 2021). Bildet er likevel ikke entydig: i en annen dansk undersøkelse skåret menn lavere på å føle seg forstått og støttet av helsepersonell, på å ha tilstrekkelig informasjon og på sosial støtte, men høyere på evnen til aktivt å delta i dialogen med helsepersonell (Sætre et al. 2024).

Helsekompetanse har blitt foreslått som en mekanisme som medierer sammenhengen mellom sosioøkonomisk posisjon og helse (Stormacq et al. 2019). I den empiriske undersøkelsen som har testet dette mest direkte (med data fra Belgia), forklarte helsekompetanse imidlertid bare mellom 2,1 og 10,8 prosent av totaleffekten av inntekt på ulike helseutfall (Berete et al. 2024). Kvalitative studier av personer i vanskeligstilte økonomiske posisjoner beskriver en informasjonssøkeprosess preget av at legekonsultasjoner oppleves som for kostbare, internett blir da et nest beste alternativ og pårørende en siste utvei (Stormacq et al. 2023).

Selve forskningsfeltet som kombinerer sosial ulikhet i helse, helsekompetanse og livskvalitet er fortsatt under utvikling. En norsk kartleggingsoversikt gjennomgikk 4 111 referanser og inkluderte 73 rapporter, hvorav 61 primærstudier (Holmen et al. 2024). Av disse var 33 gjennomført i Nord-Amerika og ni i Europa. Forskningen var overveiende kvantitativ og rettet mot pasientpopulasjoner. Sosial ulikhet i helse var bare definert i 11 av de 73 rapportene. Holmen et al. (2024) konkluderer med at det kan være for tidlig å fastslå hvordan de tre indikatorene henger sammen.

Det foreligger noen få norske, randomiserte studier. I en undersøkelse blant personer med kols fikk intervensjonsgruppen tilpasset oppfølging fra sykepleiere med opplæring i motiverende intervju, med hjemmebesøk i åtte uker og telefonoppfølging i fire måneder etter sykehusinnleggelse (*n* = 127). Kontrollgruppen hadde 2,8 ganger høyere odds for innleggelse i løpet av året, og intervensjonsgruppen rapporterte høyere livskvalitet, bedre egenmestring og høyere helsekompetanse (Borge et al. 2024). I en studie blant nyretransplanterte (*n* = 195) ga en helsekommunikasjonsintervensjon signifikant bedring i to av ni områder som inngår i «Health Literacy Questionnaire», nemlig evnen til å vurdere helseinformasjon og evnen til å navigere i helsetjenesten, mens etterlevelse av legemiddelbehandling var uendret (Vidnes et al. 2024). Begge studiene er gjennomført i kliniske populasjoner definert ved diagnose, ikke ved inntekt, og de er dermed ikke uten videre overførbare til menn med lav inntekt i befolkningen. De illustrerer likevel at tiltak for å styrke helsekompetanse lar seg gjennomføre og kan gi effekt på både helsekompetanse og livskvalitet, mens virkningen på sosial ulikhet i helse i hovedsak fortsatt er utestet (Nutbeam og Lloyd 2021). Slike tiltak erstatter heller ikke tiltak rettet mot de grunnleggende årsakene til sosial ulikhet i helse (Løyland og Sandbekken 2024; Nutbeam og Lloyd 2021). Helsekompetanse bør på denne bakgrunn forstås som én av mange påvirkelige faktorer som gir bidrag til sammenhengen mellom levekår og helse, ikke som hovedforklaringen på inntektsgradienten. Samlet sett er det dokumentert både en sosial gradient i helsekompetanse og en sammenheng mellom helsekompetanse og livskvalitet, men vi har ikke funnet studier som belyser helsekompetanse blant menn med lav inntekt i Norge.

## 4.2. Maskulinitet og maskulinitetsnormer og helse blant menn

Ifølge Folkehelseinstituttet bruker menn primærhelsetjenesten mindre enn kvinner (Skyrud et al. 2024) og deltar i mindre grad i forebyggende programmer, som tarmscreeningsprogrammet (Folkehelseinstituttet 2025) i Norge. I utgangspunktet kan bedre helse blant menn enn kvinner være en underliggende årsak til disse kjønnsforskjellene. Samtidig er det viktig å undersøke om det finnes systematiske barrierer som hindrer at menn søker hjelp og støtte fra helsevesenet når de har behov for det. I det systematiske litteratursøket har vi ikke identifisert studier eller forskning som eksplisitt ser på betydningen av kjønnsroller og maskulinitet for bruk av helsetjenester eller for helseatferd blant menn med lav inntekt i Norge eller andre nordiske land. Vi har derfor søkt på forskningslitteratur som ser på sammenhengen mellom kjønnsroller og maskulinitet og menns helse, uten å legge spesiell vekt på inntektsforskjeller. Søket oppfyller ikke de strenge kriteriene som legges til grunn for et systematisk litteratursøk, men gir noen indikasjoner på kunnskapsstatus og hvor behovet for mer forskning ligger.

Maskulinitetsnormer forstås her som sosialt delte forventninger til hvordan menn bør tenke, føle og opptre, for eksempel at menn skal være emosjonelt kontrollerte, risikovillige eller dominerende overfor andre. Hvilke normer som regnes med, og hvordan tilslutning til dem måles, varierer mellom studiene. Vi nevner eksempler på hvordan det er operasjonalisert når vi omtaler enkeltstudier. Slike normer og forventninger kan påvirke hvordan menn vurderer symptomer, regulerer følelser, tar risiko og (ikke) søker hjelp, og slike normer kan dermed være en barriere for forebygging og helsesøk. Samtidig kan spesifikke deler av kjønnsroller, som for eksempel forsørgeransvar for en familie eller en forbildefunksjon i arbeidslivet, også være en mobiliserende ressurs for menn. Om kjønnsnormer og maskulinitet varierer etter inntekt, eller om sammenhengen mellom kjønnsnormer og helseatferd er forskjellig i ulike inntektsgrupper, er ikke undersøkt grundig. Ulikhet i levealder og dødelighet etter inntekt er, som vi har sett, større blant menn enn blant kvinner. Det kan bety at kjønnsnormer som svekker tilgangen til helsevesenet overlapper med lav inntekt, eller skaper en slags 'dobbelt barriere' blant menn med lav inntekt. Det gjenstår å se om det faktisk er grunnlag for en slik hypotese.

### Risikoatferd

Det er en utbredt oppfatning at tradisjonelle maskulinitetsnormer øker eksponeringen for risikofaktorer som røyking, alkohol, kosthold og annen risikoatferd (WHO 2018). Men det fins forholdsvis lite forskning på dette feltet, og studiene som trekkes fram er ofte gjort i en kontekst som skiller seg nokså sterkt fra den norske konteksten. Siden forskning viser at menn har høyere sannsynlighet for alkoholmisbruk enn kvinner, har det vært flere studier som undersøker om maskulinitetsnormer kan spille en rolle for denne type risikoatferd. En metaanalyse – som inkluderer 35 studier hvorav mesteparten er fra USA og Australia – finner en svak, statistisk signifikant, sammenheng mellom tilslutning til maskulinitetsnormer og alkoholbruk blant voksne menn (Zamboanga et al. 2024). Det er stor variasjon mellom maskulinitetsnormer, der faktorer som «makt over kvinner», «seksuell erobring» og «høy risikovilje» har sterkest sammenheng med ulike former for alkoholbruk, mens «emosjonell kontroll» og «arbeid som livsprioritet» har negativ (dvs. forebyggende) eller ingen sammenheng med alkoholbruk. Forfatterne påpeker dessuten at andre faktorer, særlig drikkemotiver, forklarer langt mer av variasjonen i alkoholbruk blant menn enn maskulinitetsnormer.

### Kjønnsnormer og bruk av helsetjenester

I en WHO-rapport prøver Gough og Novikova (2020) å sammenfatte hvorvidt maskulinitets- og kjønnsnormer henger sammen med menns helse. De konkluderer med at tradisjonelle kjønnsnormer om selvtilstrekkelighet og emosjonell kontroll hemmer menns bruk av helsetjenester. Samtidig påpeker de at i land med høy grad av likestilling, som de nordiske landene, ser menn ut til å søke hjelp i større grad enn menn i land med lav grad av likestilling.

Bye et al. (2025) undersøker gjennom to eksperimentelle studier om feiloppfatninger av andres hjelpsøking kan være en barriere spesifikt for menn. Eksperimentene ble gjennomført i Norge. For det første viser resultatene at både menn og kvinner undervurderer menns vilje til å oppsøke lege eller psykolog ved depresjonssymptomer. Begge kjønn trodde at «de fleste menn» var langt mindre tilbøyelige til å søke hjelp enn de selv oppga å være. For kvinner fantes ikke tilsvarende misoppfatning om «de fleste kvinner». I neste steg viser forfatterne at menn i noe lavere grad enn kvinner ville fortalt venner eller kolleger at de hadde søkt hjelp for depresjon. Forfatterne argumenterer for at denne tilbakeholdenheten kan bidra til å opprettholde misoppfatningen om at menn ikke søker hjelp. Et viktig funn er at verken menn eller kvinner mente at menn bør la være å fortelle om hjelpsøking; normative holdninger var gjennomgående positive til åpenhet. Det er altså frykten for stigmatisering fra andre, ikke personlige normer mot åpenhet, som ser ut til å hemme menn.

I tillegg har vi identifisert fire metastudier eller oversiktsartikler som ser på sammenhengen mellom maskulinitetsnormer og bruk av psykiske helsetjenester.

Yousaf et al. (2015) gjennomgår faktorer knyttet til menns forsinkede kontakt med helse- og psykologtjenester (41 studier, 30 fra Nord-Amerika, Storbritannia og Australia, de øvrige blant annet fra Japan, Ghana og Malaysia). De viktigste barrierene faller i to kategorier: Blant psykologiske faktorer er tilbakeholdenhet med å uttrykke følelser og sårbarhet, skam og forlegenhet, angst og frykt for alvorlig diagnose, og en tendens til å bagatellisere symptomer særlig framtredende. Dette knyttes til tradisjonelle maskulinitetsnormer – menn som i størst grad har slike normer, har mest negative holdninger til det å søke hjelp og lavest sannsynlighet for å faktisk gjøre det. Kontekstuelle faktorer inkluderer dårlig kommunikasjon med helsepersonell, tidsmangel, økonomiske kostnader og lav kunnskap om symptomer og tjenester. Økonomiske kostnader omtales som barriere i seks studier, og én studie finner at gratis tilgang øker menns oppsøkende atferd. Inntekt behandles ikke som en separat analysedimensjon i oversikten.

Sheikh et al. (2026) er en systematisk oversikt om hjelpsøking for psykiske helseplager blant ungdomsgutter og unge menn (12 artikler fra Storbritannia, USA, Australia og Irland, de fleste ble gjennomført innenfor skoler- eller universiteter). Oversikten viser at konformitet med tradisjonelle maskulinitetsnormer og selvstigma er én barriere: å søke hjelp kan oppfattes som svakhet.

Seidler et al. (2016) går gjennom studier som har undersøkt sammenheng mellom maskulinitetsnormer og psykisk helse hos menn, særlig depresjon og hjelpsøking (37 studier, 28 fra USA og Canada, de øvrige fra Storbritannia, Australia, Sverige og Danmark). Forfatterne konkluderer med at tradisjonelle normer som stoisisme, selvhjulpenhet og emosjonell tilbakeholdenhet gjør at menn oftere har vansker med å kjenne igjen og snakke om depressive symptomer, og derfor ofte søker om hjelp senere.

Også Üzümçeker (2025) gjennomfører en metaanalyse av sammenhengen mellom tradisjonell maskulinitet og menns holdninger til å søke psykologisk hjelp (33 artikler, de fleste fra USA). Tradisjonell maskulinitet kan måles på flere måter, men eksempler på normer som kan inngå er følelsesmessig distanse, tøffhet og risikotaking, dominans og unngåelse av feminitet (Levant et al. 2013). Sterkere tradisjonell maskulinitet er knyttet til mer negative holdninger til å søke psykologisk hjelp og høyere selvstigma ved å søke hjelp. Tilsvarende sammenhenger finnes for kjønnsrollekonflikter, men med noe svakere effektstørrelser. Med utgangspunkt i teorien om kjønnsrollebelastning, tolker Üzümçeker (2025) dette som at det er tilslutningen til maskulinitetsnormer i seg selv, og ikke bare opplevd konflikt med dem, som henger sammen med mer negative holdninger til hjelpsøking. Siden de underliggende studiene bygger på korrelasjoner, kan man ikke fastslå årsaksforhold. Verken valg av måleinstrument, utvalgsgruppe (studenter mot befolkningsutvalg) eller kontekst (USA mot andre land) har en modererende effekt, noe som kan styrke generaliserbarheten av funnene.

# 5. Tiltak for å utjevne forskjeller i helse og livskvalitet blant menn med lav inntekt

Dette kapittelet gjennomgår hva litteraturen sier om tiltak som kan påvirke inntektsforskjellene i helse og livskvalitet blant menn. Framstillingen er ordnet fra de mest overordnede samfunnsmessige rammebetingelsene til tiltak rettet mot den enkelte og mot møtet med helsetjenesten. En konsekvens av denne rekkefølgen er at kunnskapsgrunnlaget gjennomgående blir sterkere utover i kapittelet. Tiltak som ligger nær utfallet i årsakskjeden lar seg undersøke med randomiserte forsøk, mens brede strukturelle virkemidler vanskelig lar seg evaluere med metoder som gir sikre svar om årsakssammenhenger. Men forskjeller i dokumentasjon må ikke forveksles med forskjeller i betydning.

For å identifisere kunnskap om mulige tiltak for å bedre helse og livskvalitet blant menn med lav inntekt, la vi til grunn at studiene eksplisitt måtte evaluere effekten av tiltak rettet mot denne gruppen. I det innledende litteratursøket, som i tråd med oppdraget var avgrenset til de nordiske landene, ble det kun identifisert én studie som oppfylte inklusjonskriteriene for tiltak rettet mot, eller med dokumentert effekt for, menn med lav inntekt (Ose et al. 2020). Det ble derfor gjennomført et supplerende søk med et geografisk utvidet dekningsområde, der ytterligere tre studier ble identifisert. Til sammen utgjør de fire studiene et metodisk heterogent materiale som omhandler tobakkskontroll, alkohol og integrering av økonomisk rådgivning i fastlegetjenesten.

For å belyse tiltaksfeltet bredere har vi i tillegg gjennomgått et utvalg evalueringer og kunnskapsoppsummeringer der effekten er stratifisert etter sosioøkonomisk posisjon. Disse supplerende studiene ble ikke funnet gjennom systematisk søk, og opphavet er derfor markert løpende i teksten: studier som ble ekskludert i vurderingsprosessen, er merket med henvisning til figur 2.1, mens øvrige referanser er funnet gjennom snøballmetode eller supplerende søk, slik det er beskrevet i avsnitt 2.1. De fire studiene fra den systematiske kunnskapsoppsummeringen behandles samlet i avsnitt 5.2.

## 5.1. Fordelingsvirkning, egeninnsats og tilgjengelighet: tre kriterier for vurdering av tiltak

Et gjennomgående funn i litteraturen er at helseforskjeller i liten grad kan reduseres gjennom individrettede tiltak alene. Tiltak som informerer, motiverer eller oppfordrer til atferdsendring, forutsetter ofte at mottakerne har økonomisk trygghet, tid, overskudd, helsekompetanse og tillit til systemet. Slike forutsetninger er sosialt skjevt fordelt. Et tiltak som virker positivt på gjennomsnittet i befolkningen, kan derfor samtidig øke helseforskjellene dersom det i størst grad tas i bruk av ressurssterke grupper. Dette omtales i litteraturen som «tiltaksgenerert ulikhet», og bygger på tanken om en omvendt forebyggingslov: De som har mest å hente på forebyggende tiltak, er de som i minst grad nås av dem (Lorenc et al. 2013). Vi har derfor lagt tre kriterier til grunn for gjennomgangen av tiltak i dette kapittelet.

For det første må tiltak vurderes etter fordelingsvirkning, ikke bare etter gjennomsnittseffekt. Thomson et al. (2018) gjennomgikk i en paraplyoversikt 29 systematiske oversikter fra høyinntektsland, med til sammen 150 primærstudier, på tvers av sju folkehelseområder. Studiene var hovedsakelig hentet fra Europa, Nord-Amerika og Australia, men oversiktene ga begrenset informasjon om den geografiske fordelingen av primærstudiene. Dette gjør det vanskelig å vurdere hvor godt enkelte funn kan overføres til norske forhold. Bildet var blandet. Enkelte tiltak reduserte helseforskjeller, blant annet matsubsidier og vaksinasjonsprogrammer. Andre kunne bedre den samlede folkehelsen uten å redusere forskjellene, mens noen så ut til å øke dem. Helseulikhet ble målt på forskjellige måter i studiene, blant annet etter inntekt, utdanning, yrkesstatus, kjønn og etnisitet. Resultatene gjelder derfor ikke nødvendigvis inntektsforskjeller eller menn spesielt. Forfatterne understreker at kvaliteten på de inkluderte oversiktene og primærstudiene

gjennomgående var svak, og at konklusjonene derfor må tolkes med forsiktighet. Gjennomgangen demonstrerer likevel at et tiltaks effekt på den samlede folkehelsen og dets fordelingsvirkninger må vurderes separat.

For det andre bør tiltak vurderes etter hvilke krav de stiller til den enkeltes ressurser og aktive medvirkning. Lorenc et al. (2013) gjennomgikk systematiske oversikter over hvordan ulike typer folkehelsetiltak påvirket sosiale forskjeller i helse. Kunnskapsgrunnlaget var i hovedsak hentet fra høyinntektsland, men var sammensatt med hensyn til både land, studiedesign og mål på sosial ulikhet. Forfatterne fant tegn til at mediekampanjer og røykeforbud på arbeidsplassen kunne øke sosioøkonomiske helseforskjeller. Strukturelle arbeidsplasstiltak, som økt innflytelse over arbeidets organisering og endringer i arbeidstiden, samt ressursstøtte og prisvirkemidler som økte tobakkspriser, pekte i retning av reduserte forskjeller. Hovedbildet var at individrettede tiltak hadde større risiko for å øke forskjellene enn tiltak som endret de generelle rammebetingelsene, men kunnskapsgrunnlaget var begrenset.

Hayre et al. (2026) viderefører dette perspektivet i deres gjennomgang av 35 systematiske oversikter fra OECD-land og klassifiserer tiltakene etter hvor mye egeninnsats de krever. Omfordelende velferdstiltak, boligtiltak og lovregulering ga de mest konsistente reduksjonene i helseulikhet, mens utdannings- og atferdsrettede programmer og digitale helsetjenester stilte høye krav til den enkelte og kunne forsterke ulikhet dersom de ikke var tilpasset målgruppen. Menn med lav inntekt ble i liten grad undersøkt som en egen gruppe. Relevansen for denne gruppen ligger først og fremst i at økonomiske, praktiske og kompetansemessige ressurser påvirker muligheten til å ta tiltakene i bruk.

For det tredje må tiltak vurderes ut fra om de er praktisk tilgjengelige for målgruppen. Rodgers et al. (2025) fant at bare 29 av 67 systematiske oversikter som kunne vurderes, ga noen form for opplysninger om konteksten tiltakene ble gjennomført i. Opplysningene var begrensede og gjaldt hovedsakelig hvordan tiltakene var utformet og gjennomført. Opplevd utrygghet, kriminalitet og andre forhold i nærmiljøet påvirket for eksempel om nye gang- og sykkelruter og andre tilbud om fysisk aktivitet faktisk ble brukt i vanskeligstilte områder.

Overført til menn med lav inntekt innebærer dette at barrierer som transport, kostnader, digitale ferdigheter, stigma, og tidligere erfaringer med offentlige systemer kan være avgjørende for om et tiltak faktisk tas i bruk. Tiltak kan framstå tilgjengelige på papiret og likevel være vanskelige å bruke i praksis. Den mangelfulle rapporteringen av kontekst gjør det samtidig vanskelig å forstå hvorfor tiltak virker ulikt mellom grupper og sammenhenger.

De tre kriteriene er ikke brukt til å rangere tiltak, men til å strukturere gjennomgangen og til å synliggjøre hva litteraturen faktisk dokumenterer. De skal også tydeliggjøre skillet mellom funn som gjelder menn med lav inntekt direkte, og funn som vurderes som relevante for gruppen på grunnlag av bredere analyser av sosioøkonomiske forskjeller.

## 5.2. Funn fra det systematiske litteratursøket

Gjennom det systematiske litteratursøket ble fire studier som evaluerer tiltak rettet mot eller med dokumentert effekt for menn med lav inntekt identifisert (se tabell 5.1). De presenteres her samlet, ordnet etter hvor mye de krever av den enkelte: først pris- og avgiftsvirkemidler, deretter et individrettet atferdstiltak, og til slutt et tiltak i helsetjenesten.

### Pris- og avgiftsvirkemidler

Allen et al. (2016) anvender en validert simuleringsmodell (IMPACT Policy Model) til å beregne hypotetiske effekter av å heve «Tobacco Control Scale» til det antatte maksimum i England. «Tobacco Control Scale» vurderer hvor sterk tobakkspolitikken er i et land. Skalaen går til maksimalt 100 poeng og dekker seks tiltakstyper: pris, røykeforbud på offentlige steder, bruk av midler til informasjonskampanjer, reklameforbud, helseadvarsler og røykeavvenningstilbud. Hver tiltakstype er målt med flere indikatorer. Storbritannia hadde høyest skår blant 34 europeiske land (74 av 100) i

den siste kartleggingen som Allen et al. (2016) viser til, men understreker samtidig at 100 poeng ikke er et endelig mål, og at for eksempel prisnivået kan økes ytterligere. Utgangspunktet for simuleringen er andelen røykere i 2012 fordelt på alder, kjønn og en områdebasert deprivasjonsindeks. Effektstørrelsene for hvert tiltak er hovedsakelig hentet fra systematiske kunnskapsoversikter. Den simulerte tiltakspakken inkluderte en 20 prosents prisøkning, forsterket reklameforbud, nøytral innpakking av tobakksproduktene, samt å utvide og å gi full refusjon for røykeavvenningsbehandling. Modellen estimerte at tiltakspakken samlet ville redusere andelen røykere med tre prosentpoeng (fra 20 til 17 prosent). Blant menn i den mest depriverte kvintilen var reduksjonen om lag seks prosentpoeng (fra 34 til 28). Prisøkning alene stod for om lag 68 prosent av den estimerte effekten i denne gruppen, mot 48 prosent i befolkningen totalt. Studien evaluerer ikke en gjennomført reform. Tallene må derfor leses som anslag under gitte forutsetninger, ikke som observerte effekter.

O'Donnell et al. (2019) evaluerer innføringen av en minimumspris per alkoholenhet (MUP) i Skottland i mai 2018. Studien sammenligner 5 325 skotske husholdninger med 54 807 engelske husholdninger (kontrollgruppe uten tilsvarende reform) i perioden 2015–2018. En kontrollert avbrutt tidsserieanalyse viser en signifikant nedgang i alkoholkjøp i skotske husholdninger etter MUP-innføringen, sammenlignet med England. Når det gjelder hvor mye alkohol husholdningene kjøpte, var reduksjonen bare signifikant i femtedelen som kjøpte mest. Når det gjelder husholdningsinntekt, var nedgangen i innkjøpt alkoholmengde påvisbar i de tre laveste inntektsgruppene, men ikke i de to høyeste. Konfidensintervallene for de enkelte inntektsgruppene overlapper imidlertid betydelig, og forskjellen mellom gruppene er ikke formelt testet. Studien rapporterer ikke resultater for menn og oppfyller dermed bare delvis inklusjonskriteriet om dokumentert effekt for menn med lav inntekt. Siden høyt alkoholkonsum er noe som kjennetegner menn i større grad enn kvinner, kan resultatene ha særlig relevans for tiltak rettet mot menn. Studiens styrke er at den evaluerer en gjennomført reform og rapporterer effekter etter husholdningsinntekt. Forfatterne påpeker samtidig at personer med høyt alkoholkonsum, særlig menn, trolig er underrepresentert i panelet, og at manglende forbruksdata gjør det vanskelig å skille høykonsumenter fra dem som drikker mindre blant husholdninger med lav inntekt.

De to studiene illustrerer to av kriteriene fra 5.1. Anslagene fra Allen et al. (2016) om prisøkningen peker mot at virkemidler som ikke krever noe av den enkelte, treffer menn med lav inntekt best. Resultatene fra O'Donnell et al. (2019) viser samtidig hvor vanskelig det er å dokumentere mulige fordelingsvirkninger.

### Individrettede atferdstiltak

Crombie et al. (2018) rapporterer fra «Texting to Reduce Alcohol Misuse»-studien, et randomisert kontrollert forsøk gjennomført i fire skotske regioner. Deltakerne var 825 menn i alderen 25–44 år rekruttert fra områder kjennetegnet av sosioøkonomiske problemer, med minst to episoder med høyt alkoholkonsum de siste 28 dagene. Intervensjonsgruppen (n=411) mottok 112 interaktive tekstmeldinger over 12 uker, utformet etter atferdsendringsteori (HAPA-modellen) og tilpasset språklig til målgruppen. Kontrollgruppen (n=414) mottok nøytrale helsemeldinger, uten noe om alkohol. Det primære utfallsmålet (andelen med tre eller flere episoder av høyt konsum siste 28 dager) ble målt ett år senere, og var 41,5 prosent i intervensjonsgruppen mot 47,8 prosent i kontrollgruppen. Forskjellen var ikke statistisk signifikant. Andelen som fullførte studien var høy og tilnærmet lik i begge grupper, noe som reduserer risikoen for skjevheter som følge av frafall. Nesten alle deltakerne engasjerte seg aktivt i meldingene, nesten alle svarte på dem, og flertallet gjorde det mange ganger.

Forfatterne påpeker at tidligere studier av lignende intervensjoner har funnet positive effekter. Disse er stort sett gjort i helsetjenester med personer som selv søker hjelp, og var ikke rettet spesielt mot sosioøkonomisk utsatte grupper. At effekten ikke er signifikant her, kan skyldes at sosioøkonomisk utsatte menn er en vanskeligere målgruppe å nå med atferdsbaserte tiltak, men

forfatterne beskriver resultatet som uavklart. Studien gir dermed ikke belegg for å si at tiltaket er helt uten effekt, men resultatet er i tråd med annen forskning som viser at individrettede atferdstiltak gjennomgående har mindre effekt blant dem med færrest ressurser (jf. det andre kriteriet i avsnitt 5.1).

### Tiltak i helsetjenesten

Ose et al. (2020) rapporterer fra en norsk pilotstudie der hensikten var å undersøke om det er gjennomførbart å integrere spørsmål om økonomiske problemer i fastlegekonsultasjoner, og henvise aktuelle pasienter til NAV-rådgivning. Studien omfatter 8 fastleger og 565 voksne pasienter. 11 prosent (eller 63 pasienter) svarte at de hadde økonomiske bekymringer som skapte helseproblemer, eller helseproblemer som skapte økonomiske bekymringer (av disse svarte 30 at begge to påstander gjaldt dem). Blant mennene oppga 6 prosent helseproblemer som skapte økonomiske bekymringer, og 5 prosent økonomiske bekymringer som påvirket helse, mot henholdsvis 10 og 9 prosent blant kvinnene. Av de 63 pasientene ønsket 28 prosent kontakt med en NAV-rådgiver. Etter piloten rapporterte fastlegene at de spurte hyppigere om økonomi og at flere av pasientene ble henvist til rådgivning ved NAV. Forfatterne påpeker at fastlegene nådde menn og yngre pasienter i mindre grad enn kvinner og eldre. Det gjelder trolig også de med størst risiko for økonomiske problemer. Studien er ikke-randomisert, har lavt antall, måler ikke inntekt direkte og rapporterer ikke resultater av tiltak etter kjønn. Funnene er derfor kun veiledende.

### Oppsummering

Det systematiske litteratursøket viser at det er få studier som eksplisitt evaluerer tiltak for å bedre helse og livskvalitet blant menn med lav inntekt (se tabell 5.1). De er dessuten svært ulike i design, fra randomisert forsøk og kvasieksperiment til simuleringsmodell og ikke-kontrollert pilot. For å belyse tiltaksfeltet bredere har vi derfor supplert med materiale som ikke er framkommet gjennom systematisk søk.

**Tabell 5.1 Studier av tiltak for helse og livskvalitet og mulig effekt for menn med lav inntekt, identifisert i det systematiske litteratursøket**

| Studie<br><br>Land / år | Data<br><br>Mål på lave ressurser | Utvalg[1] | Utfallsvariabler[2] | Tiltak | Resultater[3] |
|---|---|---|---|---|---|
| Allen et al. 2016<br><br>England / 2012 | Tverrsnitt; survey og register<br><br>Områdebasert indeks for sosioøkonomiske problemer, inndelt i kvintiler; inntekt inngår som en av indikatorene | N i lavressurs-gruppen ikke oppgitt.<br><br>35–74 år | Faktisk og estimert andel røykere; beregnede dødsfall av hjerte-/karsykdom og vunne leveår. | Modellstudie (IMPACT Policy Model) av forsterket tobakkspolitikk. Viktigste tiltak var 20 % prisøkning på tobakk, i tillegg til sterkere reklameforbud, helseadvarsler/nøytral innpakning, informasjonskampanjer og bedre behandlingstilbud. | Tiltakene ble samlet estimert å redusere røykeandelen i England fra 20 til 17%. Blant menn i laveste sosioøkonomiske kvintil var den estimerte nedgangen større, om lag 3,7–5,5 prosentpoeng avhengig av alder, med sterkest effekt blant de yngste. Fra 2015 til 2025 ble om lag 900 hjerte-/kardødsfall estimert forhindret eller utsatt blant menn i laveste kvintil. Prisøkning hadde den sterkeste utjevnende effekten. **Nøkkelfunn: Forsterket tobakkspolitikk, særlig økte priser, ble estimert å gi størst helsegevinst blant lavressursmenn og dermed redusere sosioøkonomiske forskjeller i hjerte-/kardødelighet.** |
| Crombie et al. 2018<br><br>Skottland / 2014–2015 | RCT; Longitudinell survey<br><br>Mål på lave ressurser: Områdebasert indeks for sosioøkonomiske problemer, inndelt i kvintiler; inntekt inngår som en av indikatorene. | 825 menn (411 intervensjon, 414 kontroll). Alle hadde minst to episoder med høyt alkoholinntak siste 28 dager og bodde i vanskeligstilte områder; 77 % var i laveste kvintil.<br><br>25–44 år | Episoder med høyt alkoholinntak | Intervensjonsgruppen mottok 112 teoribaserte tekstmeldinger om atferdsendring over 12 uker, opptil fire per dag. Kontrollgruppen mottok tekstmeldinger om generell helse uten atferdsendringsteori. | Etter 12 måneder var andelen som hadde drukket mer enn åtte enheter ved minst tre anledninger siste 28 dager 5,6 prosentpoeng lavere i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen. Forskjellen var ikke statistisk signifikant; justert OR var 0,79 (p=0,14). **Nøkkelfunn: Tekstmeldingsintervensjonen viste en tendens til redusert høyt alkoholinntak blant menn i vanskeligstilte områder, men effekten var ikke statistisk signifikant.** |
| O'Donnell et al. 2019<br><br>Skottland / 2015–2018 | Longitudinell survey.<br><br>Ekvivalert husholdnings-inntekt, inndelt i kvintiler. | 5 325<br><br>Alder ikke oppgitt. | Kjøp av alkoholprodukter. | Innføring av minimumspris på alkohol i Skottland i 2018. Endringer i skotske husholdninger ble sammenlignet med husholdninger i England og Nord-England. | Alkoholkjøpene falt mer i Skottland enn i sammenlignbare engelske husholdninger etter innføringen av minimumspris, særlig blant husholdningene som kjøpte mest alkohol. Nedgangen tenderte også til å være større i husholdninger med lavere enn høyere inntekt, men inntektsforskjellene var ikke statistisk signifikante. **Nøkkelfunn: Minimumspris reduserte alkoholkjøp, med en tendens til sterkere effekt i lavinntektshusholdninger, men uten statistisk sikre inntektsforskjeller.** |
| Ose et al. 2020<br><br>Norge / 2018 | Tverrsnitt; survey.<br><br>Økonomiske bekymringer som skaper helseproblemer, | 63 av 565 voksne (18+ år) ved et lokalt fastlege-kontor med 8 fastleger. | Økonomiske bekymringer knyttet til helse og ønske om kontakt med økonomisk rådgiver. | Fastlegene spurte mer systematisk om pasientenes økonomiske bekymringer og mulighet for kontakt med | I løpet av fire uker oppga 11% av pasientene økonomiske bekymringer som påvirket helsen eller helseproblemer som skapte økonomiske bekymringer. Blant menn oppga 5% at økonomiske |

| Studie<br><br>Land / år | Data<br><br>Mål på lave ressurser | Utvalg[1] | Utfallsvariabler[2] | Tiltak | Resultater[3] |
|---|---|---|---|---|---|
| | eller helseproblemer som skaper økonomiske bekymringer. | | | økonomisk rådgivning/NAV. | bekymringer påvirket helsen og 6% at helseproblemer skapte økonomiske bekymringer. Av dem med økonomiske bekymringer ønsket 28% å snakke med økonomisk rådgiver. Flere måneder senere rapporterte legene at flere pasienter mottok økonomisk rådgivning enn tidligere. **Nøkkelfunn: Systematisk oppmerksomhet på økonomiske problemer i fastlegekonsultasjonen kan bidra til økt kontakt med økonomisk rådgivning, men studien gir ikke et kontrollert effektmål.** |

[1] Antall (N), alder, og evt. andre kjennetegn; [2] De variabler som er relevant for tema her; [3] OR = Odds ratio, HR = Hazard ratio, is= ikke signifikant (p> .05). Studier identifisert gjennom supplerende søk inngår ikke i tabellen, men er omtalt i teksten.

## 5.3. Velferdsstat og makroøkonomiske rammebetingelser

Naik et al. (2019) gir en gjennomgang av 62 systematiske oversikter om hvordan makroøkonomiske forhold påvirker helse og helseulikhet. Flertallet av oversiktene omhandler høyinntektsland eller en kombinasjon av mellom- og høyinntektsland, og mye av den underliggende forskningen består av observasjonsstudier. De finner at tiltak som fremmer sysselsetting og forbedrer arbeidsvilkår, kan bidra til bedre helse og redusere kjønnsbaserte helseforskjeller. Regulering av markeder for tobakk, alkohol og mat, blant annet gjennom avgifter, begrensninger på reklame og restriksjoner på tilgjengelighet, ser ut til å forbedre helse og redusere helseulikheter. Privatisering av offentlige tjenester og alkoholsektoren, høy inntektsulikhet og økonomiske kriser er derimot forbundet med dårligere helseutfall og større helseforskjeller. Oversikten peker også på at generøse velferdsordninger og sentrum-venstre-regjeringer kan ha positive helseeffekter, mens evidensen for konkrete velferdstiltak er mer blandet. Effektene av handel og handelspolitikk fremstår som sammensatte. Forfatterne understreker samtidig at kunnskapsgrunnlaget er omfattende, men gjennomgående av lav kvalitet, og at resultatene derfor i hovedsak må forstås som indikasjoner snarere enn sikker dokumentasjon av årsakssammenhenger. Det mangler dessuten systematiske oversikter om helseeffektene av pengepolitikk og sentrale økonomiske institusjoner. Menn med lav inntekt undersøkes ikke som en egen gruppe, men gjennomgangen indikerer samlet sett at arbeidsmarkeds-, sosial-, bolig- og økonomisk politikk kan ha betydning for helse og livskvalitet i denne gruppen.

To studier, Nordheim og van der Wel (2025) og Parbst og Wheaton (2023), er komparative analyser av europeiske land som inkluderer Norge, men de rapporterer ikke landspesifikke resultater. Nordheim og van der Wel (2025) undersøker sammenhengen mellom sosiale utgifter på den ene siden og selvrapportert helse og utdanningsbaserte helseulikheter på den andre siden i 28 europeiske land. De bruker data fra European Social Survey (2004–2016), fordelt på åtte utgiftskategorier. Analysen er observasjonell og dokumenterer først og fremst statistiske sammenhenger. De finner at høyere sosiale utgifter er assosiert med bedre helse og delvis mindre helseulikhet (etter inntekt), særlig gjennom store og inkluderende ordninger knyttet til alderdom, helse og til dels arbeidsledighet. Forskjeller mellom land henger tydeligere sammen med helse og helseulikhet enn endringer innad i land over tid. Forfatterne mener dette kan skyldes at virkningene trenger lengre tid på å materialisere seg enn den ti-års perioden dataene dekker. Sammenhengene

avtar ved høyere utgiftsnivåer. Det tyder på at en økning i sosiale utgifter kan ha størst betydning i mindre utbygde velferdsstater. Norge har blant de høyeste samlede sosiale utgiftene og helseutgiftene per innbygger i utvalget, så den avtakende sammenhengen er relevant. Forfatterne understreker likevel at de ikke kan konkludere med at ytterligere utgifter er virkningsløse i land med høye utgifter, fordi det avhenger av hvordan midlene fordeles. De ser et uutnyttet potensial til å sikre tilstrekkelige minimumsytelser og lik tilgang til dem, selv i godt utbygde velferdsstater. En begrensning er at helse måles gjennom deltakernes egen vurdering, som kan påvirkes av kulturelle forskjeller og ulik rapporteringspraksis mellom land. Studien undersøker heller ikke menn med lav inntekt særskilt.

Parbst og Wheaton (2023) undersøker om velferdsutgifter endrer sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og depressive symptomer, ved bruk av data fra European Social Survey fra 21, hovedsakelig europeiske, land (for årene 2006, 2012 og 2014). Sosioøkonomisk status måles gjennom utdanning, yrkesstatus og husholdningsinntekt. De skiller mellom utgifter til sosial investering (utdanning, barnehage, aktiv arbeidsmarkedspolitikk og eldreomsorg) og til sosial beskyttelse (ytelser ved uførhet, alderdom, arbeidsledighet, helsetjenester og bostøtte). Analysen er observasjonell. Mellom land er høyere sosiale investeringer assosiert med en svakere sammenheng mellom depressive symptomer og alle målene på sosioøkonomisk status. Forskjellen gjelder personer med lav status, mens nivået hos dem med høy status ikke påvirkes. For sosial beskyttelse var bare én av 24 modeller signifikant. Studien finner ikke systematisk støtte for at endringer i utgifter innad i land påvirker sammenhengen, men det må ses i lys av at utgiftene endret seg lite i denne korte perioden. Velferdspolitikk som styrker menneskers sosioøkonomiske ressurser og deltakelsesmuligheter, framstår dermed som særlig relevant, og forfatterne tolker funnet som at tiltak tidlig i livsløpet kan ha større betydning for sosiale forskjeller i psykisk helse enn tiltak senere i livet. I utvalget var Norge blant landene med de høyeste sosiale investeringene i prosent av BNP (tredje høyest, rundt 10,5 prosent), men i nedre tredjedel for sosial beskyttelse (rundt 16 prosent). Studien omfatter begge kjønn og undersøker ikke menn med lav inntekt særskilt, men funnene for husholdningsinntekt er direkte relevante for denne rapportens problemstilling.

Sieber et al. (2022) undersøker om høyere utgifter til sosial beskyttelse demper sammenhengen mellom sosioøkonomiske ulemper gjennom livsløpet og helse etter fylte 50 år. Studien bygger på longitudinelle data fra SHARE-undersøkelsen fra 20 europeiske land, med et utvalg på om lag 55 000 personer; Norge inngår ikke i datagrunnlaget. Sosioøkonomiske ulemper måles på grunnlag av opplysninger om av oppvekstforhold, utdanning, yrkesklasse og økonomiske vanskeligheter. Lengre eksponering for sosioøkonomiske ulemper gjennom livsløpet hang sammen med både dårligere egenvurdert helse og svakere gripestyrke for begge kjønn. Gripestyrke ble målt objektivt. Flere studier har vist at mål på gripestyrke kan predikere risiko for dødelighet, faktisk i enda større grad enn faktorer som blodtrykk og fysisk aktivitet (Leong et al. 2015). Høyere utgifter til sosial beskyttelse var forbundet med mindre sosioøkonomiske forskjeller i gripestyrke for både menn og kvinner, men i egenvurdert helse bare for kvinner, ikke for menn. Blant kvinner ble den utjevnende sammenhengen med egenvurdert helse dessuten svakere med økende alder. Studien er relevant fordi lav inntekt blant menn ofte er knyttet til akkumulerte belastninger over tid, og fordi den peker mot at tiltak ikke bare bør forstås som kortsiktig økonomisk støtte, men som del av en bredere strategi for å hindre at ulemper forsterker hverandre gjennom livsløpet.

De tre enkeltstudiene av utgiftsnivå er observasjonelle og bygger på sammenlikninger mellom land, i noen tilfeller kombinert med longitudinelle individdata eller analyser av endringer innad i land. De viser samvariasjon mellom utgiftsnivå og helseforskjeller, men kan ikke fastslå effekten av bestemte reformer. Ingen av de fire studiene analyserer menn med lav inntekt som egen gruppe, og bare Sieber et al. (2022) har kjønnsstratifiserte analyser. At høyere utgifter til sosial beskyttelse der var forbundet med mindre ulikhet i egenvurdert helse for kvinner, men ikke for menn, er verdt å merke seg, men funnet står alene og er ikke gjentatt i andre studier vi har funnet. Imidlertid viste studien også at ulikhetene knyttet til det objektive målet på helse (gripestyrke) ble redusert blant menn, med

høyere nivåer av sosiale utgifter. Objektive og subjektive helsemål kan med andre ord gi forskjellige resultater.

## 5.4. Inntektssikring og økonomisk trygghet

Økonomisk trygghet er et grunnleggende strukturelt vilkår for helse og livskvalitet. Lav inntekt påvirker helse gjennom materielle mekanismer, som tilgang til bolig, mat, transport, helseutgifter, og gjennom psykososiale mekanismer som stress, og redusert mulighet til å delta i vanlige sosiale aktiviteter. Mens 5.3 handlet om nivået på velferdsutgiftene, gjelder dette avsnittet evalueringer av konkrete endringer i ytelsessystemene.

Simpson et al. (2021) gjennomgikk i en systematisk oversikt 38 kvantitative studier av nasjonale og regionale endringer i kontantbaserte trygdeordninger i høyinntektsland, publisert mellom 2004 og 2020. Nesten halvparten av studiene var fra USA, og de fleste øvrige fra Storbritannia og Canada; ingen var fra de nordiske landene. Dette begrenser overføringsverdien til en norsk velferdskontekst. Alle studiene unntatt én brukte kvasieksperimentelle design, oftest forskjell-i-forskjell-analyser, der reformene behandles som naturlige eksperimenter. 36 av 38 studiene ble vurdert som metodisk sterke. Av de 21 studiene som evaluerte ekspansive reformer, fant 14 at bedret tilgang til, eller økt nivå på, ytelser var forbundet med bedre psykisk helse. Av de 17 studiene av innstramminger fant 11 en sammenheng med dårligere psykisk helse. Til sammen fant 10 studier ingen statistisk signifikant effekt, verken av utvidelser eller innstramninger. 14 av studiene undersøkte i tillegg ulikheter i psykisk helse etter sosioøkonomisk status. De samlede resultatene tydet på at innstramminger har en tendens til å øke forskjellene, mens ekspansive reformer har en tendens til å redusere dem. Det er likevel ikke alle studier som finner dette. Menn med lav inntekt ble ikke undersøkt som egen gruppe, og mange av studiene omhandlet kvinner og barn. Overført til rapportens målgruppe kan funnene likevel være relevante fordi økonomisk usikkerhet kan virke sammen med normer om selvforsørgelse, arbeid og sosial status. Tap av inntekt kan dermed svekke ikke bare materiell levestandard, men også selvfølelse, mestring og sosial identitet.

Hämäläinen et al. (2025) evaluerer det finske basisinntektsforsøket, der 2 000 tilfeldig utvalgte mottakere av en form for arbeidsledighetstrygd i alderen 25 til 58 år fikk en garantert skattefri inntekt på 560 euro i måneden i 2017 og 2018. Beløpet tilsvarte minimumsytelsen etter skatt. Gjennomsnittlig disponibel inntekt økte likevel med 9 til 11 prosent, fordi utbetalingene delvis overlappet med ytelser fra før forsøket og grunninntekten ikke ble avkortet mot arbeidsinntekt. De øvrige 173 222 mottakerne utgjorde kontrollgruppen, og både randomiseringen og oppfølgingen skjedde i administrative registre, slik at frafallet i praksis var null. Målgruppen besto i hovedsak av langtidsledige, der en tredjedel bare hadde grunnskoleutdanning og en femtedel hadde brukt psykofarmaka året før forsøket. Mengden psykofarmaka (definerte døgndoser) og utgiftene til dem falt med 8 til 11 prosent, og effekten vedvarte ett år etter forsøket. Reduksjonen skyldtes trolig ikke først og fremst færre brukere. Nedgangen i besøk knyttet til psykiske lidelser var på 17,6 prosent, men bare marginalt signifikant. Det ble ikke påvist effekter på andre helseutfall. Siden de fleste deltakerne fortsatte å søke om arbeidsledighetstrygd og dermed beholdt aktivitetsforpliktelsene, tilskriver forfatterne effekten i hovedsak til inntektsøkningen og ikke bortfallet av vilkår. Funnene om kjønn er ikke entydige. Hämäläinen et al. (2025) fant en signifikant nedgang i doser blant kvinner, mens estimatet for menn var negativt, men ikke signifikant og under halvparten så stort. Salokangas et al. (2026), som tar utgangspunkt i samme forsøket, fant det motsatte med sannsynlighet for medisinbruk som mål: en nedgang blant menn (−2,5 prosentpoeng), uten signifikant endring blant kvinner, og blant menn også større økning i sysselsetting og større nedgang i sosialhjelp. Ingen av studiene rapporterer en test av kjønnsforskjellen, og Hämäläinen et al. (2025) understreker at undergruppeanalysene er utforskende og upresise. Salokangas et al. (2026) finner dessuten at effektene på psykiatriske utfall ikke lenger var signifikante etter forsøket. Forsøket fant ingen tegn til at effekten varierte med utdanningsnivå.

En systematisk oversikt over sammenhengen mellom basisinntekt og helse (McKay et al., 2023; ti studier, ingen fra Norden) peker også i retning av positive effekter på helse og velvære, men studiene er få, ulike i design og av varierende kvalitet. Hämäläinen et al. (2025) peker på at nyere amerikanske forsøk har funnet svakere effekter på mental helse. Det kan være at en evaluering over en toårsperiode, som i det finske forsøket, er for kort tid til å avdekke hvilken effekt slike ordninger kan ha. Det er ikke minst tilfelle når forsøket er rettet mot personer som står langt fra arbeidsmarkedet, og som sannsynligvis trenger lengre tid enn andre grupper på å omstille seg (Bay og Pedersen 2024).

Almquist og Miething (2022) ble identifisert i det systematiske søket, men fordi den evaluerer en trygdereform og ikke et tiltak rettet mot helse hos menn med lav inntekt, valgte vi å ekskludere den i vurderingsprosessen (se figur 2.1). Studien undersøker den svenske reformen av arbeidsledighetsforsikringen som trådte i kraft 1. januar 2007, og som innebar kraftig økte medlemsavgifter, reduserte ytelsesnivåer og strengere kvalifikasjonskrav. Analysen bygger på svenske befolknings- og helseregistre med nær fullstendig dekning for personer i alderen 30–60 år i perioden 2001–2012. Ved hjelp av et kvasieksperimentelt regresjonsdiskontinuitetsdesign undersøker forfatterne om det oppstod et brudd i de månedlige forekomstratene av sykehusinnleggelser for alkoholrelaterte lidelser da reformen ble innført. Reformen hadde ingen påvisbar negativ sammenheng med dette utfallet i befolkningen sett under ett. Blant arbeidsledige fant forfatterne derimot en signifikant økning. Økningen var særlig tydelig blant menn og personer med lav utdanning, og ble også funnet i flere av de svenskfødte gruppene. Studien undersøker ikke menn med lav inntekt som en egen gruppe, men analysene av arbeidsledige, lavt utdannede og menn gjør den relevant for rapportens målgruppe. Studien illustrerer hvorfor undergruppeanalyser er avgjørende: konsekvensene av en reform kan framstå som nøytrale på aggregert nivå, og likevel vise seg å ha alvorlige konsekvenser for utsatte menn. Registerdataene og det kvasieksperimentelle designet styrker studien, men andre samtidige endringer og endringer i sammensetningen av gruppen arbeidsledige kan ikke utelukkes som forklaringer.

Litteraturen i dette avsnittet peker mot flere områder der økonomisk trygghet kan ha betydning for helse, som nivået på og forutsigbarheten i minsteytelser, inntektssikring ved arbeidsledighet, sykdom og overgangsfaser, eller størrelsen på nødvendige utgifter. Studiene gir imidlertid ikke grunnlag for å vurdere den relative betydningen av disse områdene eller prioritere mellom dem.

## 5.5. Arbeid og arbeidsmarkedstiltak

Arbeid har stor betydning for helse og livskvalitet. Arbeid gir inntekt, men også struktur, sosial kontakt, mestring, identitet og opplevelse av å bidra. For mange menn kan arbeidstilknytning være nært knyttet til sosial status og selvrespekt, og arbeidsledighet eller langvarig utenforskap kan derfor påvirke helse både materielt og psykososialt. Samtidig kan arbeid være helseskadelig dersom arbeidsmiljøet er dårlig, belastningen høy, autonomien lav eller ansettelsen utrygg. For menn med lav inntekt er dette viktig fordi de oftere har jobber som kjennetegnes av fysiske belastninger, lav lønn, usikre ansettelsesforhold og begrenset innflytelse over egen arbeidssituasjon.

Det finnes en omfattende litteratur om arbeidsmarkedstiltak, og en fullstendig gjennomgang ligger utenfor rammen av denne rapporten. Vi har derfor valgt ut studier der målgruppen er personer med helseproblemer eller nedsatt arbeidsevne, eller der helse inngår som en sentral forklaringsfaktor. Felles for studiene er at de undersøker overgang til arbeid eller utdanning, ikke helse eller livskvalitet direkte. Relevansen for denne rapporten bygger derfor på antakelsen, støttet av forskningen gjennomgått i kapittel 3 og 4, om at sterkere arbeidstilknytning kan bidra til bedre helse og livskvalitet. I tillegg refererer vi til en metaanalyse om evaluering av arbeidsmarkedstiltak. Tre av studiene (Hall et al. 2024; Fogelgren et al. 2023; Hardoy og von Simson 2023) ble identifisert i det systematiske søket, men ekskludert i vurderingsprosessen (se figur 2.1), fordi de evaluerer arbeidsmarkedstiltak uten å rapportere helseutfall eller resultater for menn med lav inntekt. De andre to studiene (Card et al. 2018; Sveinsdottir et al. 2020) ble funnet gjennom snøballmetoden.

Card et al. (2018) sammenfatter i en metaanalyse effektene fra over 200 evalueringer av aktive arbeidsmarkedstiltak, og er tatt med som internasjonal referanseramme. De finner at gjennomsnittseffekten er nær null på kort sikt, men blir mer positiv to til tre år etter at tiltaket er avsluttet, med størst gevinst for tiltak som bygger kompetanse. Effektene varierer systematisk mellom deltakergrupper, med større virkning for kvinner og for langtidsledige. Studien sier ikke noe om menn med lav inntekt, men funnet om at effekten kommer sent, er relevant for hvordan norske tiltak evalueres.

Hall et al. (2024) undersøker arbeidsmarkedstiltak for arbeidsledige 25–29-åringer med nedsatt arbeidsevne i Sverige og Norge. De finner betydelige innlåsingseffekter under deltakelsen, men at arbeidsplassrelaterte tiltak etter avslutning omtrent dobler overgangsraten til ordinært arbeid eller utdanning. Effektene av opplærings- og utdanningstiltak er mindre og synes særlig å være knyttet til tiltak som gir formelle eller sertifiserte kvalifikasjoner. Nærmere analyser viser samtidig at de positive resultatene for arbeidsplassrelaterte tiltak først og fremst drives av lønnstilskudd. Hardoy og von Simson (2023) undersøker norske arbeidsrettede tiltak for unge i alderen 18 til 23 år og skiller mellom personer med og uten registrerte psykiske lidelser da de var 15–17 år. I en delanalyse av 18–21-åringene økte arbeidspraksis overgangen til utdanning for dem med en tidligere registrert psykisk lidelse, mens opplæringstiltak hadde en positiv virkning på overgangen til utdanning for dem uten en slik diagnose. I en delanalyse for 20–23-åringene finner studien gjennomgående få positive virkninger etter avsluttet tiltak. Opplæringstiltak reduserte overgangen til videre utdanning blant dem med en tidligere registrert psykisk lidelse, mens de øvrige ettervirkningene i hovedsak ikke var statistisk sikre.

To randomiserte forsøk understøtter bildet av at tett individuell oppfølging i eller nær ordinært arbeidsliv virker. Sveinsdottir et al. (2020) evaluerte individuell jobbstøtte (IPS) for unge voksne med sosiale eller helserelaterte problemer og risiko for tidlig uførhet i Norge. I løpet av den tolv måneder lange oppfølgingsperioden hadde 48 prosent i IPS-gruppen oppnådd ordinært lønnet arbeid, mot 8 prosent i gruppen som mottok tradisjonell arbeidsrettet rehabilitering. IPS-gruppen oppnådde også bedre resultater på enkelte helserelaterte utfall. I et svensk randomisert forsøk med 1 062 unge voksne på uføreytelse evaluerte Fogelgren et al. (2023) «supported employment». Tiltaket innebar at deltakerne fikk arbeidsutprøving på en ordinær arbeidsplass, med individuell støtte fra en fast veileder til både deltakeren og arbeidsgiveren. Tilnærmingen skiller seg fra ordinær arbeidsrettet rehabilitering ved at deltakerne raskere prøves ut i ordinært arbeidsliv, framfor først å gjennomgå en lengre periode med kartlegging, opplæring og forberedelse. Deltakerne som mottok «supported employment», hadde om lag ti prosentpoeng høyere sysselsettingsrate 18 måneder etter oppstart enn dem som fikk ordinær arbeidsrettet rehabilitering.

Samlet tyder litteraturen på at arbeidsrettede tiltak virker best når de er konkrete, foregår i eller tett på ordinært arbeidsliv og kombineres med tett individuell oppfølging. Virkningene varierer imidlertid mellom grupper og tiltakstyper. Hardoy og von Simson (2023) finner få positive virkninger for de eldste deltakerne i sin studie, mens Card et al. (2018) viser at det kan ta tid før effektene viser seg. Samtidig må arbeidsrettede tiltak ses i sammenheng med den økonomiske tryggheten i ytelsessystemet. Simpson et al. (2021), omtalt i 5.4, viser dessuten at innstramminger i ytelser kan ha negative konsekvenser for psykisk helse. Kunnskapen om helsevirkningene av aktivitetsvilkår er mindre entydig. Hämäläinen et al. (2025) finner ingen klar virkning av å fjerne jobbsøkingskrav på psykisk helse, men viser til studier som tyder på at deltakelse i arbeidsmarkedstiltak i noen tilfeller kan bedre den psykiske helsen.

## 5.6. Bolig og bomiljø

Boligkvalitet er en grunnleggende side ved levekårene, med betydning for helse og livskvalitet. Boligtiltak er relevante i denne sammenhengen fordi de kan redusere helseskadelige eksponeringer direkte, uten å forutsette individuell atferdsendring. Howden-Chapman et al. (2023) viser at kulde, fukt og mugg, dårlig ventilasjon, trangboddhet og skaderisiko kan bidra til blant annet luftveis-,

hjerte- og karsykdommer, infeksjoner og skader. Tiltak som etterisolering, bedre oppvarming og ventilasjon og utbedring av skaderisiko kan gi helsegevinster. Fordi personer med lav inntekt oftere er utsatt for dårlige boforhold, kan slike tiltak også bidra til å redusere sosiale helseforskjeller. Oversiktsartikkelen skiller imidlertid ikke mellom kvinner og menn, og sier derfor ikke noe om tiltakenes virkninger særskilt for menn med lav inntekt.

## 5.7. Levevaner: regulering og individrettede tiltak

Levevaner som røyking, alkoholbruk, kosthold og fysisk aktivitet har stor betydning for sykdom, dødelighet og livskvalitet. Samtidig er levevaner ikke løsrevet fra levekår, men formes av inntekt, utdanning, arbeid, bolig, nærmiljø, priser, tilgjengelighet, normer og stress. For menn med lav inntekt er det derfor utilstrekkelig å forstå levevaner som individuelle valg alene. Dette avsnittet stiller to typer tiltak opp mot hverandre: regulering av pris og tilgjengelighet på den ene siden, og tiltak rettet mot den enkeltes kunnskap, motivasjon og atferd på den andre. Kriteriene i 5.1 gir grunn til å vente at de har ulik fordelingsvirkning, og materialet her gjør det mulig å prøve denne forventningen. Studiene ble funnet gjennom snøballmetoden.

**Pris- og tilgjengelighetsregulering**
Wyper et al. (2023) evaluerer samme reform (innføring av minimumspris for alkohol) som O'Donnell et al. (2019) i 5.2, men med helseutfall i stedet for innkjøp av alkohol. Den gir altså en direkte kobling mellom et strukturelt virkemiddel og dødelighet i målgruppen. Studien bruker kontrollert avbrutt tidsserieanalyse med England som kontroll, og finner en reduksjon på 13,4 prosent (95 % konfidensintervall fra −18,4 til −8,3) av dødsfall som fullt ut kan tilskrives alkohol. Reduksjonen av antall innleggelser var 4,1 prosent og ikke statistisk signifikant. Reduksjonen av dødsfall og innleggelser var spesielt knyttet til kroniske tilstander, særlig alkoholrelatert leversykdom, og var størst blant menn og i områder med de største sosioøkonomiske levekårsutfordringene.

Clay et al. (2025) oppsummerer 37 evalueringer av minsteprisordninger for alkohol og finner et konsistent mønster: konsumreduksjonen er konsentrert blant storkonsumenter og i lavere sosioøkonomiske grupper, mens personer med lavt alkoholkonsum i liten grad berøres. Oversikten vurderer også de vanligste innvendingene mot slike ordninger, som overgang til andre rusmidler, fortrengning av utgifter til nødvendige varer og økt kriminalitet. Forfatterne finner svakt empirisk grunnlag for disse innvendingene. Enkeltfunn tyder likevel på at for personer med alvorlig alkoholavhengighet og svært lav inntekt kan prisøkningen gi økt økonomisk belastning uten at konsumet går ned. Prisvirkemidler når dermed ikke alle i målgruppen like godt. Minstepris er per i dag ikke et direkte virkemiddel i norsk alkoholpolitikk, men en prisøkning rettet mot de billigste produktene kan være relevant for vurderingen av avgifts- og monopolordningen.

**Individrettede atferdstiltak**
En stor del av studiene som omtaler eller evaluerer individrettede atferdstiltak rettet mot helse, livskvalitet eller levevaner lar seg ikke bruke til å si noe spesifikt om lavinntektsgrupper. Van den Bekerom et al. (2024) gjennomgår 151 studier av tiltak mot røyking, alkoholforbruk, kosthold og fysisk aktivitet og påpeker tre gjennomgående svakheter. For det første varierer det hva «lav sosioøkonomisk posisjon» faktisk innebærer (inntekt, utdanning, yrke, bostedsområde eller kombinasjoner av disse), og valget begrunnes sjelden. Resultater fra ulike studier lar seg dermed vanskelig sammenstille. For det andre beskrives det sjelden presist hva tiltakene består av, altså hvilke virkemidler som inngår, som selvmonitorering, målsetting (deltakerne setter seg selv konkrete mål for egen atferd) eller endringer i det fysiske miljøet. Uten en slik beskrivelse kan man verken gjenta tiltaket eller identifisere hvilke komponenter effekten skyldes. For det tredje omfatter de fleste studiene bare deltakere med lav sosioøkonomisk posisjon, og de kan dermed ikke undersøke om effekten er forskjellig for deltakere med ulik sosioøkonomisk posisjon. Studiene kan dermed ikke svare på spørsmålet om tiltakene øker eller reduserer sosiale forskjeller i helse.

Bull et al. (2018) er blant unntakene, ved at intervensjonsinnholdet er systematisk kodet. Dermed var det mulig å undersøke om variasjoner i tiltakenes innhold (for eksempel selvmonitorering eller tilbakemelding versus uten disse) eller gjennomføringsmåte (for eksempel ansikt-til-ansikt versus kontakt per telefon eller brev) var forbundet med en høyere eller lavere effekt. Forfatterne analyserte 45 intervensjoner for røykeslutt, kosthold og fysisk aktivitet rettet mot voksne med lav inntekt. Samlet sett hadde tiltakene små, positive effekter på alle de tre levevanene. For kosthold hadde tiltak med selvmonitorering eller ansikt-til-ansikt-kontakt større effekt enn tiltak uten disse komponentene. For fysisk aktivitet hadde tiltak i hjemme- eller nærmiljøet større effekt enn tiltak i helsetjenesten. For røykeslutt kunne ingen av komponentene forklare forskjellene i effekt.

Samdal et al. (2019) evaluerte frisklivssentraler ved seks sentre i by- og distriktskommuner i en randomisert studie med 118 deltakere. Deltakerne ble tilfeldig fordelt til å enten starte i tiltaket (tolv ukers gruppebasert treningstilbud med individuelle samtaler) med en gang, eller til en kontrollgruppe som ventet seks måneder før de fikk samme tilbud. Innholdet i treningstilbudet var tilpasset lokalt og lite standardisert. Studien fant ingen effekt på fysisk aktivitet eller stillesitting etter seks måneder. I begge gruppene hadde imidlertid deltakere med lavere utdanning signifikant mindre sannsynlighet for å øke aktiviteten enn de andre deltakerne. Utvalget er lite og oppfølgingen kort, slik at fravær av påvist effekt ikke er det samme som dokumentert fravær av nytte.

Kontrasten mellom studiene i de to gruppene av tiltak, generell regulering eller individrettede, er tydelig. Minsteprisreformen i Skottland ga størst reduksjon i alkoholrelaterte dødsfall i de fire desilene som omfatter de mest sosioøkonomisk utsatte områdene og blant menn, og oversikten over minsteprisordninger finner det samme sosiale mønsteret i reduksjon av alkoholkonsum på tvers av 37 evalueringer. De individrettede tiltakene viser gjennomgående små effekter, og der fordelingsvirkningen er undersøkt, går den motsatt vei. Forskjellen bør likevel ikke overdrives. De to gruppene av tiltak måles på ulike utfall, og prisvirkemidler har sine egne begrensninger: Clay et al. (2025) peker på at personer med alvorlig alkoholavhengighet og svært lav inntekt kan få økt økonomisk belastning uten at konsumet går ned. Det er nettopp en gruppe individrettede tiltak er ment å nå.

Funnene er dermed konsistente med antakelsen i 5.1 om at strukturelle virkemidler ofte stiller færre krav til individuelle ressurser enn tiltak som forutsetter kunnskap, motivasjon og varig atferdsendring hos den enkelte. Samtidig peker litteraturen på at de to tilnærmingene ikke nødvendigvis er alternativer, men kan utfylle hverandre ved å nå ulike deler av målgruppen.

## 5.8. Psykisk helse, rus og sosial inkludering

Psykisk helse, rus og sosial inkludering må ses i sammenheng med levekår. Lav inntekt kan gi psykisk belastning gjennom økonomisk stress, skam, uforutsigbarhet og begrenset sosial deltakelse, mens psykiske helseproblemer samtidig kan bidra til lav inntekt gjennom redusert arbeidsevne, lavere utdanning og svakere nettverk. For menn med lav inntekt kan slike mekanismer forsterke hverandre.

Greenburgh et al. (2026) gjennomgikk i en systematisk oversikt 266 studier fra 34 land om tiltak som skal bedre de sosiale og økonomiske forholdene for personer med psykiske helseproblemer. Siden oversikten ikke rapporterer avgrensbare funn for menn med lav inntekt, ble den ekskludert fra den systematiske kunnskapsoversikten. Den undersøkte særlig om effekten varierer med deltakernes kjønn, sosioøkonomiske posisjon og etnisitet. Hovedfunnet er at dette i liten grad lar seg avgjøre. Bare 8 prosent av artiklene rapporterte stratifiserte resultater i det hele tatt, og beskrivelsen av deltakerne var gjennomgående mangelfull, slik at det er vanskelig å vurdere hvem forskningen faktisk omfatter. Enkelte tiltaksområder er dessuten langt bedre undersøkt enn andre: bolig og arbeid er godt dekket, mens gjeldsrådgivning og veiledning om trygdeytelser i liten grad er undersøkt. Fire randomiserte studier ga en indikasjon på at enkelte tiltak kan virke svakere for deltakere i lavere sosioøkonomiske grupper. Studiene undersøkte imidlertid forskjellige tiltak, to

hadde høy risiko for skjevhet, og funnene er ikke replikert. I tillegg ekskluderte én av fem studier personer med rusproblemer eller rusavhengighet, noe som ytterligere begrenser kunnskapen om tiltak for personer med sammensatte utfordringer. Forfatterne konkluderer med at feltet trenger bedre rapportering, bedre representasjon av marginaliserte grupper og replikasjon før man kan si noe sikkert om hva som virker for hvem.

Dette er viktig for rapportens målgruppe. Tiltak for psykisk helse, arbeid, bolig eller sosial deltakelse kan ikke bare vurderes etter gjennomsnittlig effekt. De må også vurderes etter om de inkluderer og faktisk når menn med sammensatte problemer, lav tillit til tjenester, rusproblemer eller ustabile boforhold.

Sammenhengen mellom økonomisk trygghet, psykisk helse og rus kommer også fram i Almquist og Miething (2022), omtalt i 5.4. At innstramminger i arbeidsledighetsforsikringen var forbundet med økte alkoholrelaterte sykehusinnleggelser blant arbeidsledige, særlig blant lavt utdannede menn, viser at rusrelaterte helseproblemer ikke bare bør forstås som individuell risikoatferd, men også som mulig konsekvens av økonomisk stress og sosial marginalisering. Ose et al. (2020), omtalt i 5.2, går den andre veien og prøver ut økonomisk rådgivning som del av helsetjenesten.

Sett i sammenheng med den øvrige litteraturen som er gjennomgått i rapporten, viser resultater fra ulike studier at problemer knyttet til psykisk helse, rus, økonomi, bolig og arbeid ofte forekommer samtidig og kan forsterke hverandre. Dette kan tale for en tilnærming som knytter tiltakene på disse områdene tettere sammen, for eksempel gjennom lavterskeltilbud, integrerte tjenester, økonomisk rådgivning som del av psykisk helsearbeid, støtte til stabile boforhold og oppsøkende tjenester for menn som i liten grad selv søker hjelp. Kunnskapsoversikten viser imidlertid at vi mangler evalueringer av slike integrerte tilnærminger og hvordan de virker for ulike grupper. Greenburgh et al. (2026) viser for eksempel at gjeldsrådgivning og veiledning om ytelser er blant de minst undersøkte tiltakene, selv om dette kan være mest relevante for menn med lav inntekt.

## 5.9. Utforming av helsetjenester

Kapittel 3 så på litteratur som undersøker bruk av helsetjenester blant menn med lav inntekt, mens helsekompetansen ble drøftet i kapittel 4. Dette avsnittet handler om den tredje inngangen: hvordan selve tjenestene er utformet og hva som er terskelen for å bruke dem.

### Egenbetaling og økonomiske barrierer til helsetjenester

Som tidligere nevnt, undersøker Klüwer et al. (2023) utdanningsforskjeller i influensavaksinasjon i Norge over sju år. Forskjellene økte etter hvert som den samlede dekningen steg, men ble redusert i sesongen 2020/21, da vaksinen var offentlig finansiert. Forfatterne tolker dette som at økonomiske barrierer påvirker vaksinasjonsbeslutninger i risikogrupper. Studien er observasjonell og bygger på selvrapportert dekning, og finansieringsendringen falt sammen med pandemien. Funnet illustrerer likevel at utformingen av egenbetaling kan ha fordelingsvirkninger innenfor et universelt tilbud.

Ravesteijn et al. (2017) undersøker hva som skjedde da Nederland i 2012 økte egenandelen med inntil 200 euro for bruk av psykiske helsetjenester blant voksne. Studien bruker nasjonale registerdata og sammenligner voksne med ungdom, som ikke var omfattet av endringen. Bruken av psykiske helsetjenester, målt som nye behandlingsforløp i ordinær behandling, falt blant voksne etter innføringen, mens bruken av akutte tjenester og antallet tvangsinnleggelser økte. Blant ungdom (kontrollgruppe) økte ordinær behandling svakt, mens akuttbehandling og tvangsinnleggelser gikk noe ned. Inntekt er her målt på nabolagsnivå, og nedgangen blant voksne var størst i nabolag med lav inntekt. Studien rapporterer ikke resultater etter kjønn. Den ble identifisert i det systematiske søket, men ekskludert i vurderingsprosessen (se figur 2.1).

### Utforming av helsetjenester

Smith et al. (2020) gjennomgikk britiske røykesluttjenester og kombinerte oversikten med en nasjonal ekvitetsanalyse, det vil si om tjenestene når ulike sosioøkonomiske grupper i like stor grad. Røykere med lav sosioøkonomisk status ble i større grad henvist til slike røykesluttjenester. Samtidig hadde denne gruppen lavere sannsynlighet for å nå målet med å slutte å røyke. Den samlede effekten på befolkningsnivå ble likevel at de sosioøkonomiske forskjellene i røyking ble redusert. Smith et al. (2020) framhever målrettede tilbud og ekvitetsbaserte resultatmål som forutsetninger for dette utfallet. Slike mål fanger opp om utbyttet fordeles jevnt mellom sosioøkonomiske grupper.

Gkiouleka et al. (2023) gjennomgikk 159 studier av tiltak i allmennlegetjenesten der resultatene var rapportert etter sosioøkonomisk status eller lignende indikatorer. Hovedfunnet er at effektdokumentasjonen er svak: få studier måler om tiltak i allmennpraksis faktisk reduserer forskjeller, framfor å bedre gjennomsnittet. Videre framhever Gkiouleka et al. (2023) at standardiserte tiltak virker ulikt, avhengig av pasientenes livssituasjon. Pasientopplæring i egenmestring bedrer for eksempel helseutfall generelt, men har liten effekt for pasienter med lav inntekt, der praktiske barrierer som kostnader eller transport står i veien. Tiltak som ikke tar høyde for slike forskjeller, kan dermed opprettholde eller forsterke sosioøkonomiske forskjeller, selv om de kan ha en positiv effekt for noen grupper. Forfatterne oppsummerer dette i fem prinsipper for ulikhetsreduserende tiltak i allmennlegetjenesten: tjenestene må ses i sammenheng med hverandre framfor som enkelttiltak, det må tas hensyn til variasjon innad i pasientgrupper, tiltakene bør være fleksible med hensyn til tid, kommunikasjon og oppfølging, tiltakene må unngå at pasienter ekskluderes på grunn av antakelser om hvem de er og hva de trenger, og de må utformes i samspill med lokalmiljøet. Disse prinsippene er utledet kvalitativt og er ikke effektestimater, men de gir et rammeverk for å vurdere tiltak, som for eksempel studien til Ose et al. (2020), som ble identifisert i det systematiske litteratursøket (se 5.2).

Hayre et al. (2026), omtalt i 5.1, gjennomgår også tiltak for å styrke helsekompetansen. De konkluderer ikke med at slike tiltak nødvendigvis har svak effekt, men at dokumentasjonen for deres betydning for sosiale helseforskjeller er begrenset. Det er derfor usikkert om økt informasjon og opplæring alene bidrar til å utjevne forskjeller i helsekompetanse.

### Maskulinitetsnormer og helsetjenester

Noen studier drøfter hvorvidt helsetjenester eventuelt kan tilpasses menn. Det er stort sett anbefalinger utledet fra tilfredshetsdata og kvalitative intervjuer, ikke effektevalueringer.

Seidler et al. (2024) sammenfatter 97 artikler om kjønnsresponsive tilnærminger i helsetjenesten for menn, altså hvordan helsetjenesten aktivt kan ta hensyn til forskjeller mellom menn og kvinner. Forfatterne finner tre gjennomgående temaer. For det første bør kommunikasjonen tilpasses gjennom uformelt språk, konkrete faktaspørsmål og fravær av fagsjargong. For det andre bør behandlingen struktureres målrettet, med felles målsetting, handlingsorientert tilnærming og fleksibilitet i tid og tempo. For det tredje bør den terapeutiske alliansen bygges gjennom styrkebaserte tilnærminger som tar utgangspunkt i mannens egne ressurser, mestringserfaringer og autonomi, og som møter ham der han er, uten å utfordre maskulinitetsnormene direkte. De fleste artiklene kommer fra rådgivning og psykologi og forutsetter lengre konsultasjoner, ikke korte primærkontakter som fastlegebesøk. Forfatterne beskriver dette som et forskningsfelt under utvikling, med kunnskapshull knyttet til blant annet menn med lav inntekt.

To norske kvalitative studier peker mot lignende tilnærminger for gutter og unge menn. Helland Lindborg et al. (2024) undersøker gutters erfaringer med skolehelsetjenesten og identifiserer tre barrierer: stigma og personvernhensyn, en oppfatning om at psykiske problemer ikke er en «gutteting», og manglende kunnskap om hvem man skal henvende seg til. Guttene ønsker hjelp, men ikke på en måte som eksponerer dem, og etterspør en synlig og oppsøkende tjeneste som møter dem i klasserommet. Slotte et al. (2022) intervjuet gutter mellom 16 og 18 år uten tidligere erfaring med hjelpsøking, og finner det samme: tilgjengelig informasjon, oppsøkende tjenester og

mulighet for diskret kontakt framheves. Guttene foretrekker å bli invitert inn framfor å ta initiativ selv.

## 5.10. Overførbarhet til norsk kontekst og samlet vurdering

Som Rodgers et al. (2025) påpeker, rapporterer mange studier ikke tydelig nok kontekstuelle forhold som kan være av betydning for gjennomføring av tiltakene og effekten av disse. Dette begrenser i seg selv mulighetene for å vurdere overførbarhet mellom land. Mer spesifikt kan følgende punkter påpekes angående noen studier vi har drøftet i dette kapitlet.

- Storbritannia har et offentlig finansiert røykesluttilbud uten noen direkte norsk parallell, og alkoholtilgangen i Norge er allerede regulert gjennom monopolordningen og et høyt generelt avgiftsnivå. Minstepris for alkohol er ikke et virkemiddel i norsk alkoholpolitikk i dag, slik at både Wyper et al. (2023) og O'Donnell et al. (2019) evaluerer en ordning som ikke finnes her. Oversikten over betydningen av bolig (Howden-Chapman et al. 2023) inneholder mange studier fra New Zealand, med et klima og et boligmarked som skiller seg vesentlig fra det norske. Og Norge inngår ikke i SHARE-dataene som Sieber et al. (2022) bygger på.
- De nordiske studiene står i en annen stilling. Ose et al. (2020), Sveinsdottir et al. (2020), Hardoy og von Simson (2023), Hall et al. (2024), Fogelgren et al. (2023), Almquist og Miething (2022) og Hämäläinen et al. (2025) er gjennomført i Norge, Sverige eller Finland, i velferdssystemer som ligner hverandre. Men de evaluerer stort sett arbeidsmarkedsutfall og ikke helse, og målgruppene er ofte unge voksne med helseproblemer eller nedsatt arbeidsevne, ikke menn med lav inntekt. Hämäläinen et al. (2025) er unntaket: forsøket har en lavinntektsmålgruppe, måler helse gjennom registerdata om legemiddelbruk og bruk av spesialisthelsetjenester, og er randomisert. Det er den enkeltstudien i materialet som kombinerer flest av de egenskapene som skal til for at funnene kan overføres til norske forhold. Forfatterne argumenterer selv for overførbarheten innenfor Norden. Forfatterne argumenterer for at funnene reflekterer reelle helseendringer og ikke bare endringer i tilgang til behandling. De begrunner dette med at økonomiske barrierer for bruk av helsetjenester generelt er mindre i de nordiske velferdsstatene enn i mange andre land. Samtidig viser annen forskning omtalt i dette kapittelet at også nordiske helsetjenester kan være sosialt skjevt fordelt, slik at argumentet bør tolkes med en viss varsomhet. De forklarer også hvorfor effektene er sterkere enn i de amerikanske forsøkene med at deres målgruppe har mindre gjeld, bedre mattrygghet og lavere risiko for bostedsløshet, fordi velferdsstaten allerede fanger opp mye. Det siste peker også på at overførbarheten av amerikanske studier, som utgjør hoveddelen av den internasjonale litteraturen på feltet, kan være problematisk.
- Et mer grunnleggende spørsmål gjelder velferdsstatsnivået. Nordheim og van der Wel (2025), omtalt i 5.3, finner at sammenhengen mellom sosiale utgifter og helse er sterkest på lave utgiftsnivåer. Norge ligger i den øvre enden av fordelingen, og funn fra land med lavere utgiftsnivå kan derfor ikke uten videre overføres. Det betyr ikke at velferdspolitikk betyr mindre her, men at utforming, tilgjengelighet og treffsikkerhet trolig betyr mer enn nivået i seg selv. Samtidig kan noen tiltak virke uavhengig av kontekst. Et tiltak som virker gjennom prisen, forutsetter lite av mottakeren uansett land. Tiltak som forutsetter et bestemt tjenesteapparat, er derimot mer kontekstavhengig. Kriteriene i 5.1 gir dermed også en pekepinn om hvor overførbarhetsproblemet er størst.
- Den overordnede oversikten fra Hayre et al. (2026) finner at tiltak som stiller lave krav til den enkeltes handlingskapasitet, som omfordeling, boligtiltak, regulering og lovgivning, gir de mest konsistente reduksjonene i helseulikhet, mens utdannings- og atferdsprogrammer uten tilpasning kan forsterke forskjeller. Dette samsvarer stort sett med litteraturen vi har gått gjennom, og er i tråd med utgangspunktet i 5.1. Prisregulering av alkohol og tobakk har

den mest konsistente dokumentasjonen, og virkningen er i hovedsak størst i de mest vanskeligstilte gruppene. De individrettede atferdstiltakene viser gjennomgående små effekter, og der det er undersøkt om virkningen varierer med sosioøkonomisk posisjon, er resultatene blandede. Utforming av helsetjenestene, for eksempel egenbetaling, påvirker om personer med lav inntekt tar tjenestene i bruk. Målrettede tilbud, som tilpassede røykesluttilbud, kan redusere forskjeller i helse, men utover det undersøker få studier om tiltak i helsetjenesten kan ha en slik effekt. Samtidig står ingen av områdene alene. Økonomisk trygghet, arbeid, bolig, psykisk helse, tjenestetilgang og sosial deltakelse henger tett sammen for menn med lav inntekt, og tiltak som bare retter seg mot ett område, kan få begrenset virkning dersom andre levekårsproblemer består. Litteraturen gir likevel ikke grunnlag for å vurdere kombinasjoner av tiltak mot hverandre, siden studiene gjennomgående evaluerer enkelttiltak.

- Om menn med lav inntekt spesifikt er grunnlaget for å mene noe om tiltak mindre. Dokumentasjonen av at prisregulering av alkohol reduserer dødelighet mest i vanskeligstilte grupper, og mer blant menn enn blant kvinner, er den mest direkte kunnskapen vi har identifisert (Wyper et al. 2023). Dette er konsistent med at alkoholrelatert dødelighet i Norden er høyest blant menn med lav sosioøkonomisk status (Østhus 2016). Tre andre studier gjelder målgruppen nokså direkte: det finske basisinntektsforsøket, som er randomisert og måler helse med registerdata i en lavinntektspopulasjon (Hämäläinen et al. 2025), den svenske trygdereformen, der alkoholrelaterte innleggelser økte blant arbeidsledige og særlig blant lavt utdannede menn (Almquist og Miething 2022), og det skotske forsøket med tekstmeldinger til menn i sosialt depriverte områder, uten påvist effekt (Crombie et al. 2018). For de øvrige tiltakene er effekten dokumentert for lavinntektsgrupper samlet, og vurderinger av hva som virker for menn spesielt, bygger derfor på overføring fra denne gruppen som helhet.
- Studiene med kjønnsstratifiserte analyser gir ikke et entydig bilde. Sieber et al. (2022) fant at høyere utgifter til sosial beskyttelse reduserte ulikheten i egenvurdert helse for kvinner, men ikke for menn, mens effekter ble funnet for begge kjønn når objektive helsemål ble benyttet. Hämäläinen et al. (2025) fant at nedgangen i bruk av psykofarmaka etter inntektsøkningen var tydeligere blant kvinner enn blant menn, men andre analyser av det samme forsøket har rapportert om sterkere effekter for menn på enkelte utfall (Salokangas et al. 2026). Begge studiene beskriver kjønnsanalysene som upresise eller utforskende. Samlet peker funnene derfor ikke i noen entydig retning, og kunnskapsgrunnlaget er for svakt til å trekke sikre slutninger om hvorvidt tiltak som styrker økonomisk trygghet generelt har større eller mindre betydning for menn enn for kvinner. Dette står heller ikke i motsetning til funnene om alkoholpolitikk, der fordelingsvirkningen først og fremst er undersøkt langs sosioøkonomiske skillelinjer og i mindre grad gjennom direkte sammenlikninger mellom kjønn. I en rapport om menn med lav inntekt er det likevel verdt å merke seg at dokumentasjonen om kjønnsforskjeller er begrenset, og at dette representerer et viktig kunnskapshull i litteraturen.
- Et gjennomgående spørsmål er om tiltak bør være universelle eller målrettede. Målrettede tiltak kan være treffsikre, men kan også gi stigma, lav deltakelse eller administrative terskler. Universelle tiltak har bred legitimitet og når mange, men kan gi størst gevinst til ressurssterke grupper dersom de ikke utformes med ulikhet for øye. Folkehelsemeldinga legger prinsippet om proporsjonal universalisme til grunn: tiltak bør være universelle, men utformes slik at innsatsen er sterkest der behovene er størst (Helse- og omsorgsdepartementet 2023). Prinsippet retter oppmerksomheten mot hvem som faktisk nås, og ikke bare mot hvem tiltaket formelt er rettet mot. Det er likevel et styringsprinsipp, ikke et empirisk funn, og kapittelet gir ikke grunnlag for å si hvor godt det fungerer i praksis.

# 6. Egne analyser

## 6.1. Innledning

I dette kapitlet skal vi gi en mest mulig oppdatert oversikt over det vi vet om helse og livskvalitet blant menn med lav inntekt, basert på de siste tilgjengelige undersøkelsene om dette i SSB, nærmere bestemt Livskvalitetsundersøkelsene fra 2023, 2024 og 2025 og Levekårsundersøkelsen om helse 2025. Vi skal også trekke inn noen data fra den nasjonale Folkehelseundersøkelsen gjennomført av Folkehelseinstituttet i 2025.

Vi starter kapittelet (6.2) med å gi en oversikt over sammenhengen mellom inntekt per forbruksenhet og forskjellige indikatorer på helse blant menn og kvinner, med hovedvekt på egenvurdert helse og psykisk helse. Vi vil også se noe på alkohol- og narkotikabruk. Deretter vil vi ta for oss flere indikatorer på subjektiv livskvalitet, både av kognitiv og emosjonell art, slik som tilfredshet med livet og utvalgte positive og negative følelser.

I kapittel 6.3 skal vi først se nærmere på sosiale og demografiske kjennetegn ved gruppen menn med lav inntekt, og hvilke som skiller den fra menn i høyere inntektsgrupper, og fra kvinner med samme inntekt eller høyere. Vi skal undersøke om det er en sammenheng mellom disse kjennetegnene og helse/livskvalitet. Deretter går vi nærmere inn på andre mulige forklaringsfaktorer, forskjellige typer ressurser og belastninger som kan være ulikt fordelt mellom inntektsgruppene. Det gjelder for eksempel forskjeller i arbeidsmiljø, bomiljø og kosthold. Ulikhet i bruken av helsetjenester vil også bli gjennomgått. I det nest siste delkapitlet, 6.4, gjennomføres en multivariat analyse basert på Livskvalitetsundersøkelsene 2023-2025. I dette kapittelet undersøker vi hvordan sammenhengen mellom inntekt og egenvurdert helse/tilfredshet med livet endres blant menn og kvinner, når det justeres for ulike egenskaper som kan påvirke denne sammenhengen. Her vil vi både trekke inn de sosiodemografiske kjennetegnene, og et utvalg av de helserelevante ressursene/belastningene som ble gjennomgått kapittel 6.3. Til slutt følger en oppsummering og en redegjørelse for noen metodiske begrensninger.

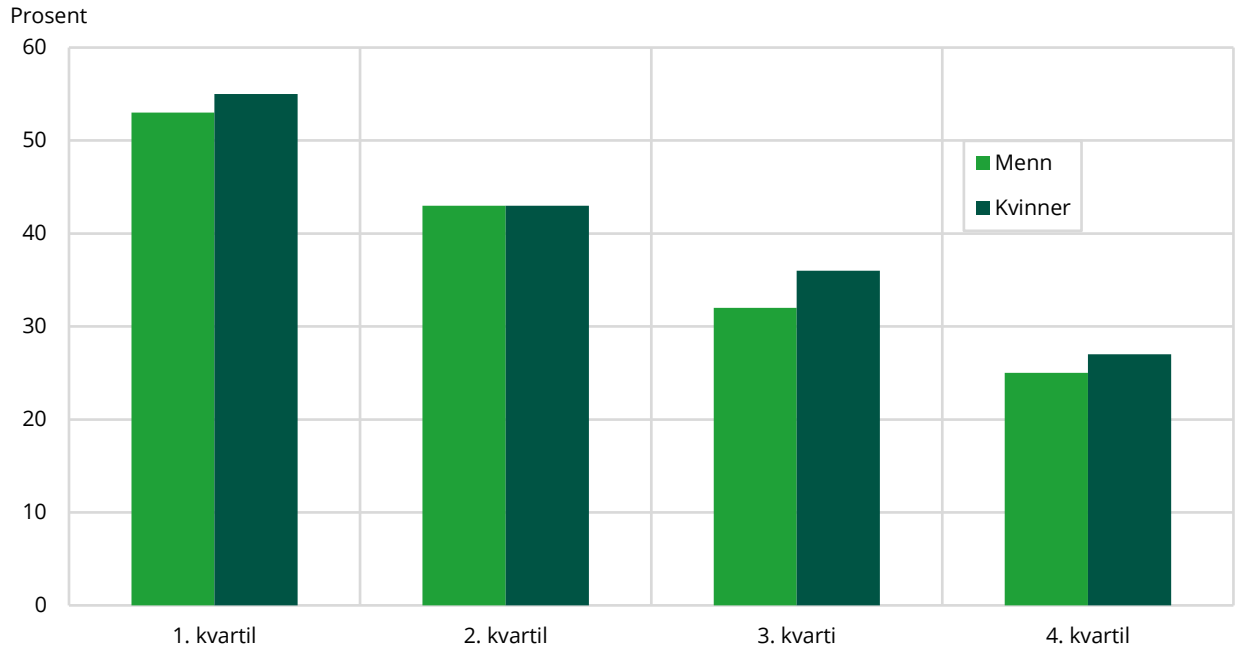
## 6.2. Helse, livsstil og livskvalitet etter inntekt

### Egenvurdert helse

Egenvurdert helse er et svært vanlig mål på helse i ulike befolkningsundersøkelser. Selv om det er et subjektivt mål, viser en rekke studier at det korrelerer sterkt med dødelighet, og i stor grad også med andre objektive helseutfall, slik som sykehusinnleggelser (Barstad, 2020).

Den egenvurderte helsa er betydelig dårligere blant menn med lav enn med høy inntekt, ifølge data fra Livskvalitetsundersøkelsen. I undersøkelsen er egenvurdert helse målt på en femdelt skala. Vi skiller mellom dem som oppgir god eller svært god helse, og dem som oppgir verken god eller dårlig, dårlig eller svært dårlig helse. Den siste gruppen omtales her som menn (og kvinner) uten god helse. Noe over halvparten av mennene i laveste inntektskvartil oppgir at de ikke har god helse. I høyeste inntektskvartil er andelen omtrent halvparten så stor (figur 6.1). Andelen som mangler god helse synker jevnt i takt med økende inntekter. Når vi deler inn i aldersgrupper på 10 eller 15 år, blir resultatene i hovedsak de samme. Selv om vi konsentrerer oss om menn, er det verdt å merke seg at forskjellene blant kvinner er omtrent like store.

**Figur 6.1 Andel som ikke har god eller svært god helse i ulike inntektskvartiler. Menn og kvinner 30-59 år, 2025. Prosent**



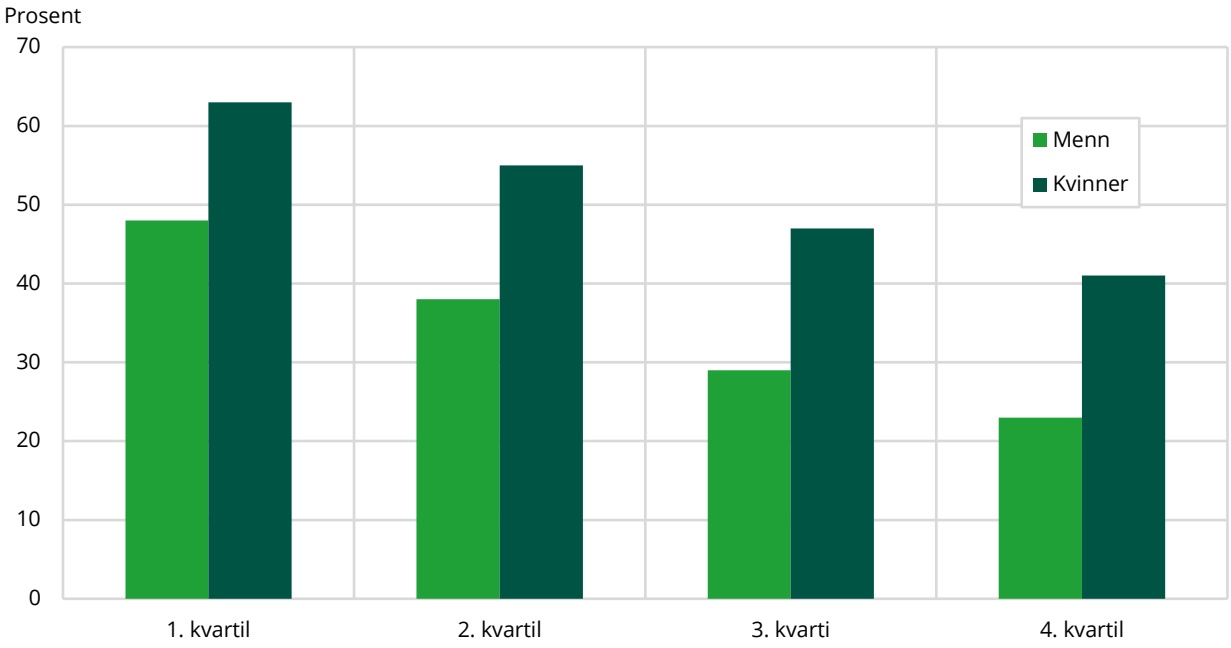

Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2025.

## Psykisk helse

Psykisk helse måles i Livskvalitetsundersøkelsene med en utgave av måleinstrumentet Hopkins Symptom Check List (HSCL) (Derogatis et al. 1974). I denne utgaven av HSCL inngår fem spørsmål om hvor plaget man har vært av ulike symptomer på angst og depresjon i løpet av de siste to ukene. Eksempler er «håpløshet med tanke på framtiden» og «mye bekymret og urolig». Det er fire svaralternativer, fra ikke plaget til veldig mye plaget, som også tallfestes. Ikke plaget gir ett poeng, litt plaget to, ganske mye plaget tre og veldig mye plaget fire poeng. Nyere norsk og internasjonal forskning tyder på at kuttpunktet for hva som skal telle som et mentalt helseproblem bør ligge på 2.0 for menn og 1.8 for kvinner (Kirkøen et al. 2025).

Figur 6.2 er basert på dette kuttpunktet, og viser fordelingen av mentale helseproblemer (symptomer på angst og depresjon) mellom menn og kvinner tilhørende de ulike inntektskvartilene. Igjen ser vi en jevnt synkende andel som har slike problemer med økende inntekter. Nærmere halvparten av menn i laveste kvartil har mentale helseproblemer, sammenlignet med snaut en fjerdedel av menn med høy inntekt. Kvinner ligger godt over menn på alle inntektsnivåer. De absolutte inntektsforskjellene er om lag like store hos begge kjønn, med over 20 prosentpoengs forskjell mellom laveste og høyeste inntektskvartil. Siden nivået blant menn er lavere, er de relative forskjellene langt større blant menn: Andelen med psykiske helseproblemer er mer enn dobbelt så høy i laveste som i høyeste inntektskvartil (fra rundt 22 til nesten 50 prosent), mens økningen blant kvinner er om lag halvparten så stor i relative termer (fra rundt 40 til over 60 prosent).

**Figur 6.2** **Andel med mentale helseproblemer (symptomer på angst og depresjon) i ulike inntektskvartiler basert på HSCL-5. Menn og kvinner 30-59 år, 2025. Prosent**




Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2025.

## Fysisk og psykisk helse i andre undersøkelser

Tabell 6.1 viser fire indikatorer på fysisk og psykisk helse hentet fra Levekårsundersøkelsen om helse 2025, fordelt etter inntektskvintiler blant menn og kvinner. Når vi ser på andelen som ikke har god egenvurdert helse, er de absolutte forskjellene mellom inntektskvintilene noe mindre sammenlignet med Livskvalitetsundersøkelsen. Andelen som ikke har god helse, er langt lavere i alle inntektskvintiler. Som vi var inne på i kapittel 2, kan det være flere årsaker til disse forskjellene mellom undersøkelsene. Anonymiteten som en webundersøkelse gir, kan føre til mer ærlige svar hvis spørsmålene oppfattes som private og sensitive. Sammenhengen som spørsmålene inngår i, er også forskjellig i de to undersøkelsene. Vi ser imidlertid at de relative inntektsforskjellene er nokså like på tvers av undersøkelsene. Som i Livskvalitetsundersøkelsen synker andelen uten god helse med økende inntekter. Det er mer enn dobbelt så mange som ikke har god helse blant femtedelen med lavest inntekt, sammenlignet med den rikeste femtedelen, både blant menn og kvinner.

Et annet helserelatert mål er basert på spørsmål om en person har et helseproblem eller annen tilstand som fører til store begrensninger i utførelsen av daglige aktiviteter. Også dette målet viser en klart synkende tendens med økende inntekt. De relative forskjellene er størst blant menn, mens de absolutte er akkurat de samme på tvers av kjønn.

Levekårsundersøkelsen om helse 2025 har også spørsmål om depresjon. Andelen som oppgir at de har hatt depresjon i løpet av de siste 12 måneder varierer betydelig med inntekt, Som vist i tabell 6.1 er det nærmere en av fem i laveste inntektskvintil som har vært deprimerte, både hos menn og kvinner. Det er store relative forskjeller blant menn; det er mer enn fire ganger så mange deprimerte i laveste som i høyeste kvintil. Blant kvinner er det flere deprimerte i de høyere inntektslagene enn det er blant menn, som gjør de relative forskjellene mindre for kvinner.

Levekårsundersøkelsen om helse 2025 har også et spørsmål om egenvurdert tannhelse, som har de samme svaralternativene som spørsmålet om generell helse. Andelen som ikke har god tannhelse viser igjen store variasjoner på tvers av kvintilene, og synker med økende inntekt. Forskjellen mellom ytterpunktene er omtrent den samme som for generell helse.

**Tabell 6.1 Fire indikatorer på helse blant menn og kvinner, i kvintiler for månedlig husholdningsinntekt etter skatt per forbruksenhet. Personer 16+ år, 2025. Prosent**

| | Ikke svært god eller god helse | Store begrensninger i daglige aktiviteter | Deprimert siste 12 mnd. | Ikke svært god eller god tannhelse | Antall som svarte |
|---|---|---|---|---|---|
| Menn | | | | | |
| 1. kvintil | 30 | 11 | 18 | 33 | 528 |
| 2. kvintil | 26 | 6 | 9 | 29 | 553 |
| 3. kvintil | 20 | 5 | 9 | 27 | 567 |
| 4. kvintil | 22 | 4 | 7 | 22 | 588 |
| 5. kvintil | 14 | 2 | 4 | 15 | 622 |
| Kvinner | | | | | |
| 1. kvintil | 35 | 13 | 19 | 28 | 614 |
| 2. kvintil | 30 | 9 | 20 | 22 | 590 |
| 3. kvintil | 28 | 8 | 12 | 18 | 575 |
| 4. kvintil | 19 | 6 | 9 | 16 | 554 |
| 5. kvintil | 15 | 4 | 9 | 12 | 520 |

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse 2025.

## Folkehelseundersøkelsen – viser den det samme?

Tall fra den nasjonale folkehelseundersøkelsen i 2025 bruker som nevnt vurderingen av husholdningsøkonomien som utgangspunkt, altså hvor vanskelig eller lett det er å få inntekten til å strekke til i det daglige. Tallene er justert for aldersforskjeller. Gjennomgående er det store helseforskjeller mellom dem som synes det er svært vanskelig/vanskelig og lett/svært lett å få pengene til å strekke til. De absolutte forskjellene er enda større enn de vi ser i Livskvalitetsundersøkelsen. Andelen som ikke har god helse, er hele 35 prosentpoeng større blant menn med svært vanskelig eller vanskelig husholdningsøkonomi sammenlignet med menn som synes det er lett eller svært lett å få pengene til å strekke til. Blant kvinner er forskjellen 37 prosentpoeng (Vedaa et al. 2026).

Forskjellene i utbredelsen av psykiske helseproblemer (psykiske plager) er også store, og større enn de vi så i figur 6.2. Her brukes det samme målet på psykisk helse som i Livskvalitetsundersøkelsen (HSCL-5) og de samme grenseverdiene. Mens vel halvparten (52 prosent) av menn med svært vanskelig/vanskelig husholdsøkonomi skårer over grenseverdien for psykiske plager, er andelen bare 14 prosent blant menn med god husholdsøkonomi. Nivået av psykiske plager er høyere blant kvinner enn menn uansett vurdering av økonomien, mens de absolutte forskjellene er de samme.

Forskjellene omfatter også vurderinger av tannhelsa. Blant menn som synes det er svært vanskelig/vanskelig å få inntekten til å strekke til i det daglige, er det nesten seks av ti (59 prosent) som etter egen vurdering ikke har god tannhelse. Blant menn som synes det er lett å få pengene til å strekke til, er det 23 prosent som oppgir like dårlig tannhelse (Vedaa et al., 2026).

## Alkohol og narkotika

I Livskvalitetsundersøkelsene er det spørsmål om hvor ofte man i løpet av de siste 12 månedene har drukket så mye alkohol at man har følt seg tydelig beruset. Svarene på dette spørsmålet viser en omvendt sosial gradient. Andelen menn som har vært beruset minst månedlig øker med stigende inntekt, fra 18 prosent i laveste kvartil til 36 prosent i fjerde kvartil. Det er en lignende, men mye svakere tendens hos kvinner, og andelen som har vært beruset er også atskillig lavere (tall ikke vist).

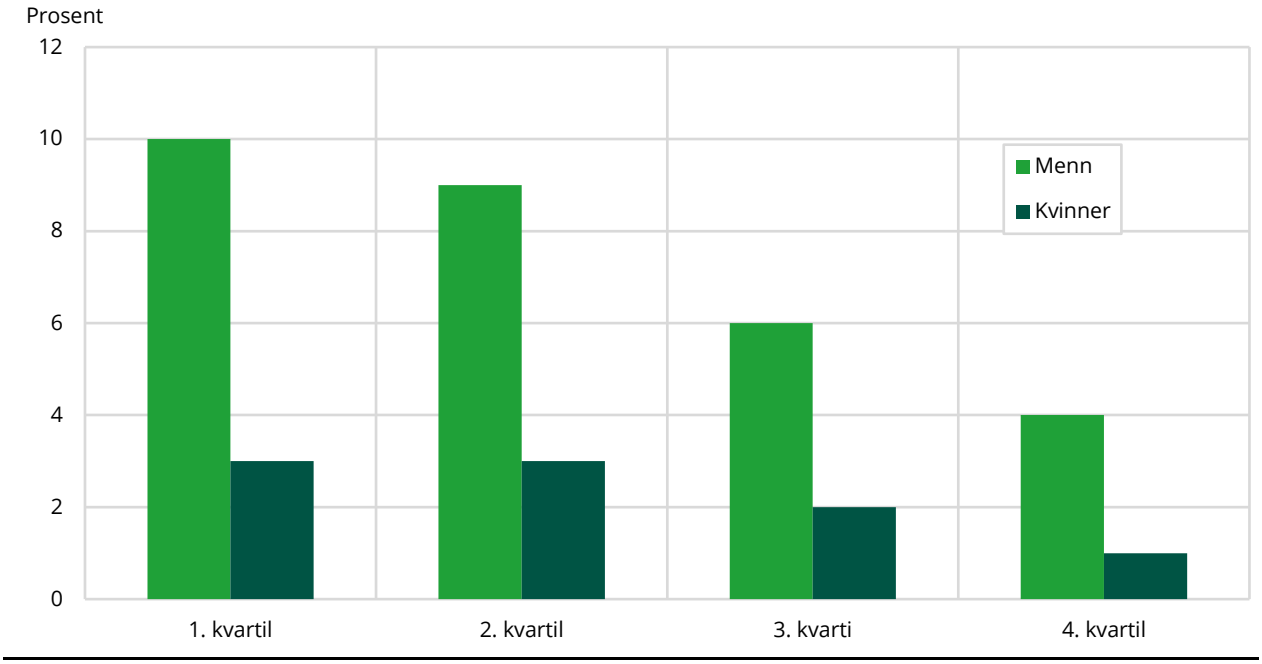
Levekårsundersøkelsen om helse viser et lignende mønster. Det er langt flere menn i høyeste enn i laveste kvintil som har drukket alkohol minst en gang i uka. Tilsvarende er det, ifølge Folkehelseundersøkelsen, menn som synes det er lett/svært lett å få inntekten til å strekke til som også drikker oftest. Derimot er det slik at både menn og kvinner som vurderer husholdningsøkonomien som vanskelig, rapporterer det høyeste antallet alkoholenheter per drikkedag. Det kan altså se ut til at når de med vanskelig økonomi drikker, så drikker de noe mere enn det andre grupper gjør (Vedaa et al. 2026). Det kan øke risikoen for skadevirkninger. Også

annen norsk forskning viser at mens lavstatusgrupper drikker sjeldnere enn andre, er drikkemønsteret mer risikofylt (Rossow 2025).

Hvis vi istedenfor drikkefrekvens og -konsum ser nærmere på helseskader som følge av alkohol, framtrer personer med lav inntekt og lav utdanning som mer utsatt, selv om konsumet i gjennomsnitt er lavere enn for andre inntektsgrupper. Personer med rusbrukslidelser har lavere inntekt og formue enn befolkningen generelt, og noen studier har funnet høyere alkoholrelatert sykefravær i gruppen med lavest inntekt. Det er uklart hvordan dette alkoholskadeparadokset skal forklares. Flere mulige forklaringer har blitt lansert, men det har vært liten empirisk støtte for noen av dem (Rossow 2025). Som Rossow (2025) påpeker, tilsier den økte sårbarheten for alkoholskader blant dem med lav inntekt og utdanning at tiltak for å redusere alkoholkonsumet kan bidra til å redusere sosial ulikhet i helse. Vi kommer tilbake til dette under diskusjonen av tiltak.

Bruken av narkotika følger et mer velkjent mønster. Andelen som har brukt hasj, marihuana eller andre cannabisprodukter i løpet av de siste 12 måneder er høyest blant menn i laveste kvartil, og synker med økende inntekt. Det er også langt flere menn enn kvinner som har brukt cannabis, uansett inntekt. De absolutte inntektsforskjellene i cannabisbruk er klart størst hos menn (figur 6.3).

**Figur 6.3 Andel som har brukt cannabisprodukter siste 12 måneder i ulike inntektskvartiler. Menn og kvinner 30-59 år, 2025. Prosent**




Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2025.

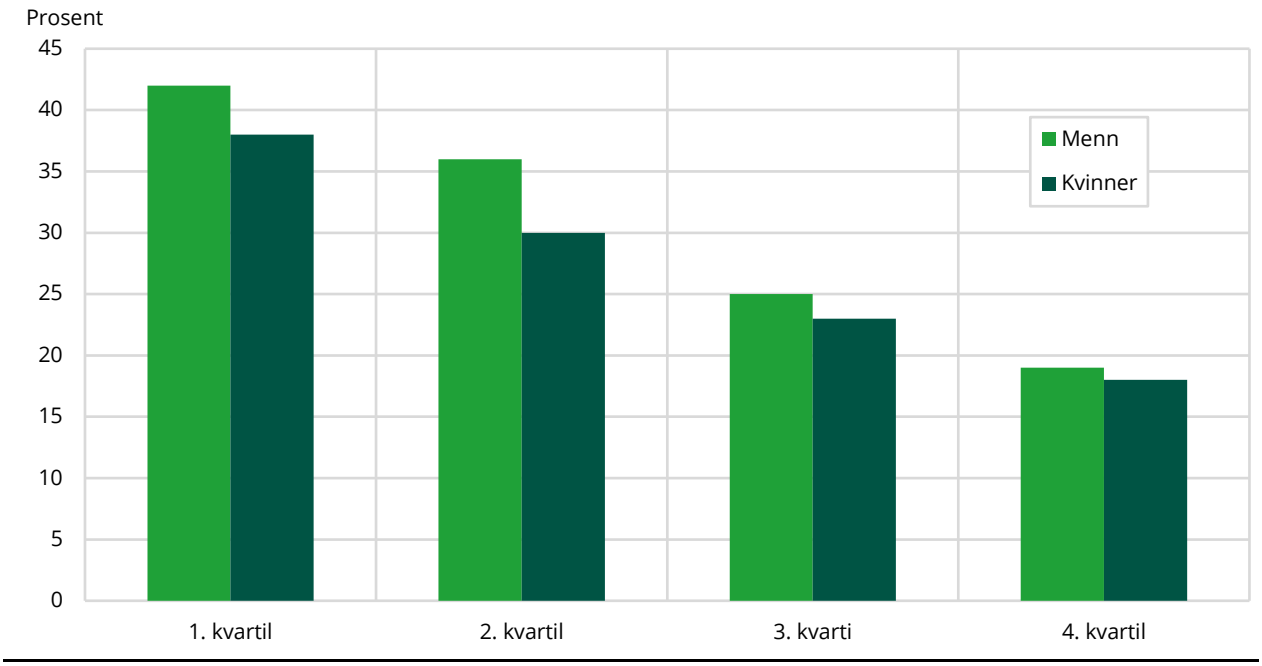
Bruken av andre narkotiske stoffer enn cannabis de siste 12 måneder er mer sjelden, men også her ser vi den samme tendensen: Høyest bruk blant menn i laveste kvartil (6 prosent) og lavest blant menn som tilhører 4. kvartil (3 prosent), samt blant kvinner på tvers av alle inntektskvartiler (tall ikke vist).

### Subjektiv livskvalitet

Det vanligste målet på subjektiv livskvalitet er graden av tilfredshet med livet. I Livskvalitetsundersøkelsen er dette det første spørsmålet som blir stilt: «Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden?» Svaret skal gis på en skala fra 0 til 10, der 0 er «ikke fornøyd i det hele tatt», og 10 er «svært fornøyd». I figur 6.4. ser vi hvor mange som er relativt lite fornøyd med livet alt i alt, som innebærer at de har krysset av et sted mellom 0 og 5 på denne skalaen. Denne relative misnøyen følger den velkjente inntektsgradienten; det er en klart synkende andel utilfredse med

økende inntekt. Det er om lag dobbelt så mange utilfredse blant dem med lav sammenlignet med høy inntekt, både blant menn og kvinner.

**Figur 6.4 Andel som er lite tilfreds med livet i ulike inntektskvartiler. Menn og kvinner 30-59 år, 2025. Prosent**

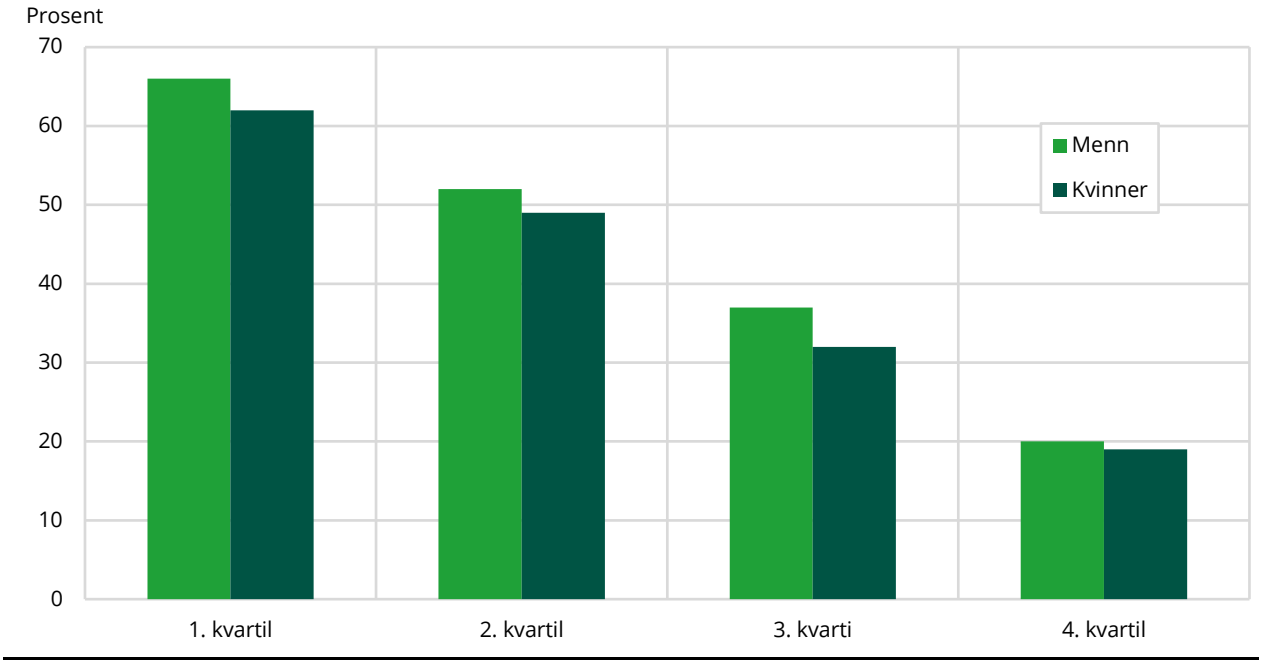



Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2025.

Lavere tilfredshet gjenspeiler seg på flere områder av livet, inkludert fysisk og psykisk helse. Mens for eksempel 45 prosent av menn i laveste kvartil oppgir at de er lite tilfreds med sin fysiske helse, er andelen 20 prosentpoeng lavere blant menn med høyest inntekt. Omtrent tilsvarende forskjell ser vi blant kvinner. Forskjellene i tilfredsheten med psykisk helse er om lag de samme (tall ikke vist).

Men ikke overraskende er det ett område av livet der forskjellene er særlig store, og det dreier seg om tilfredsheten med den økonomiske situasjonen. På spørsmålet «Hvor fornøyd er du med din økonomiske situasjon?», på en skala fra 0 til 10, er det hele 2/3 av mennene i laveste kvartil som svarer 5 eller lavere (figur 6.5). I høyeste kvartil er det bare en av fem som svarer dette. Det gir en forskjell på hele 46 prosentpoeng. Inntektsforskjellen er bare svakt mindre hos kvinner. Forskjellene er altså svært store, selv om inntektsdataene vi har brukt er hentet fra registerdata to år før intervjuet.

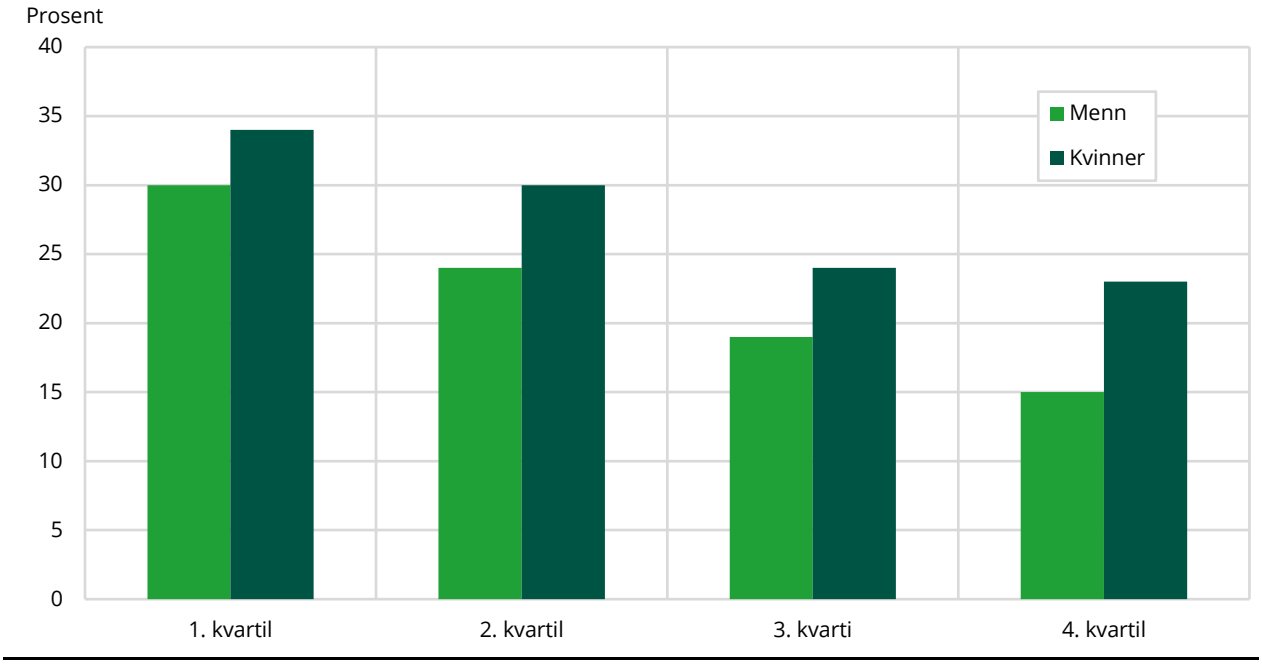
**Figur 6.5 Andel som er lite tilfreds med sin økonomiske situasjon i ulike inntektskvartiler. Menn og kvinner 30-59 år, 2025. Prosent**




Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2025.

Mens vi hittil har tatt for oss den kognitive dimensjonen ved subjektiv livskvalitet (vurderinger), er en annen dimensjon graden av negative og positive følelser. Indikatorer på slike følelser er ofte høyt korrelert med tilfredshet, men måler likevel ikke helt det samme, og kan noen ganger gi et litt annet bilde. I Livskvalitetsundersøkelsene er det spurt om et knippe av forskjellige følelser de siste 7 dagene før skjemaet ble fylt ut. De er også besvart på en skala fra 0 til 10. Svarene på disse spørsmålene viser mye av det samme mønsteret som vi har sett i omtalen av tilfredshet. Inntektsforskjellene i opplevelsen av glede (lite glede, 0-5 på skalaen) er nesten helt identiske med forskjellene i tilfredshet med livet som ble vist i figur 6.4. Av andre positive følelser er det også flere i laveste inntektskvartil som har opplevd lite engasjement, og lite ro og avslapping sammenlignet med menn i øverste kvartil. Blant de negative følelsene er forskjellene framfor alt knyttet til bekymringer. Sterke bekymringer de siste 7 dagene er om lag dobbelt så vanlig blant de minst bemidlede mennene sammenlignet med dem som har mest (sterke bekymringer omfatter dem som har svart 7 eller høyere på 0-10-skalaen). Den relative, og i noen grad også den absolutte, forskjellen mellom inntektskvartilene er størst hos menn (figur 6.6). Det ser ut til at høye inntekter i mindre grad «beskytter» mot alvorlige bekymringer blant kvinner. Blant andre negative følelser er det lignende, men noe svakere forskjeller knyttet til å være engstelig, og å være trist og nedfor. Menn med lav inntekt er også noe mer stressede og irriterte enn menn med høyere inntekter. De beskjedne forskjellene i irritasjon mellom inntektskvartilene finner vi bare blant menn (ikke vist).

**Figur 6.6 Andel som har vært mye bekymret de siste 7 dager i ulike inntektskvartiler. Menn og kvinner 30-59 år, 2025. Prosent**




Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2025.

Også for subjektiv livskvalitet er det mulig å sammenligne tallene fra Livskvalitetsundersøkelsen med den nasjonale folkehelseundersøkelsen. Analyserapporten basert på Folkehelseundersøkelsen 2025, rapporterer gjennomsnittsverdiene på skalaen for livstilfredshet (0-10). Også denne analysen viser store forskjeller i tilfredshet, avhengig av økonomisk situasjon. Gjennomsnittsverdien blant menn som synes det er svært vanskelig/vanskelig å få pengene til å strekke til var 5.5, mens den var 7.7 blant menn som synes det var svært lett/lett. Forskjellene var omtrent de samme hos kvinner (Vedaa et al. 2026).

## 6.3. Sosiodemografisk sammensetning og sosiale helsedeterminanter blant menn med lav inntekt

I denne delen av rapporten skal vi først se nærmere på hvordan gruppen av menn med lav inntekt er sammensatt, altså hvilke sosiale og demografiske kjennetegn som skiller gruppen fra dem med høyere inntekter, både blant menn og kvinner. Vi skal også se om det er en sammenheng mellom disse kjennetegnene og helse/livskvalitet. I hvilken grad er det slik at noen undergrupper blant menn med lav inntekt skiller seg vesentlig fra andre med lav inntekt? Dette vil også gi innsikt i hvor homogen eller heterogen gruppen menn med lav inntekt er, som kan være viktig med hensyn på en diskusjon av tiltak.

I hovedsak vil denne delen av analysen basere seg på Livskvalitetsundersøkelsene, og den samme aldersgruppen (30-59 år) som i foregående kapittel. Livskvalitetsundersøkelsen 2025 brukes mest, men i de tilfellene der vi ser på variasjoner innenfor gruppen menn i laveste kvartil, slås de tre undersøkelsene fra 2023, 2024 og 2025 sammen, for å få et større tallgrunnlag.

Deretter skal vi ta for oss sosiale helsedeterminanter som kan bidra til å forklare en overhyppighet av helseproblemer og dårlig livskvalitet blant menn med inntekt i laveste kvartil. Hovedvekten vil bli lagt på en analyse av foreliggende data, først og fremst Livskvalitetsundersøkelsen, men i noen sammenhenger vil vi også trekke inn andre undersøkelser, slik som Levekårsundersøkelsen om helse 2025. Vi vil se nærmere på hvor utsatt menn i laveste kvartil er for ulike helseskadelige belastninger, for eksempel graden av økonomisk stress og boligproblemer som fukt og råte, og for

mangelen på ressurser som kan brukes til å mestre slike belastninger, som opplevelsen av selv å kunne styre og forme eget liv, og et støttende sosialt nettverk.

Til slutt vil vi gjennomføre en regresjonsanalyse basert på Livskvalitetsundersøkelsene 2023-2025, der de forskjellige faktorene vi har sett på inkluderes i samme modell, for å se hvilke faktorer som har sterkest sammenheng med helse og livskvalitet, samt hvordan forskjellene mellom menn med lav inntekt og de andre inntektskvartilene endres, når det tas hensyn til kjennetegnene vi har sett på.

## Demografiske og sosiale kjennetegn blant menn med lav inntekt

### Utdanning

Utdanningsnivå kan være en viktig ressurs på mange områder av livet. Ikke minst er utdanning en ressurs på arbeidsmarkedet. I gjennomsnitt har personer med høyere utdanning større valgmuligheter enn andre på arbeidsmarkedet, og tilgang til yrker med høyere lønnsnivå, og til dels et arbeidsmiljø som er mer helsefremmende enn det lavt utdannede oppnår.

Ulikheter i utdanningsnivå mellom inntektsgrupper kan derfor bidra til forskjeller i helse og livskvalitet. Det er imidlertid ikke nødvendigvis snakk om noen årsakssammenheng. Dårlig helse tidlig i livsløpet kan for eksempel bidra både til at en ikke lykkes innenfor utdanningssystemet, og at en stiller dårlig på arbeidsmarkedet og får lavere lønn enn andre.

Oversiktstabellen med ulike demografiske og sosiale kjennetegn etter inntekt (tabell 6.2) viser utdanningsnivået til respondentene i livskvalitetsundersøkelsen 2025, der både inntekt og utdanningsnivå er hentet fra registre i SSB. Som forventet er det en sterk sammenheng mellom inntekter og utdanningsnivå. Vel en av fire i laveste kvartil, både blant menn og kvinner, har utdanning på grunnskolenivå som høyeste fullførte utdanning. Det er henholdsvis tre og fire ganger så mange som blant menn og kvinner i høyeste inntektskvartil. Samtidig er det forholdsvis mange i laveste kvartil, 12 prosent blant menn og 11 prosent blant kvinner, som ikke har noen registrert utdanning eller står som uoppgitt på utdanningsnivå (ikke oppgitt i tabellen). Siste gruppe består i hovedsak av innvandrere.

Bare en av fire menn i laveste inntektskvartil har utdanning på universitets-/høgskolenivå. Her skiller mennene seg fra kvinner i samme inntektsgruppe, der 37 prosent har høyere utdanning. Som vi ser er det betydelig flere kvinner enn menn i denne aldersgruppen som har høyere utdanning, uansett inntektsnivå.

**Tabell 6.2 Demografiske og sosiale kjennetegn etter inntektskvartil og kjønn. Menn og kvinner 30-59 år, 2025. Prosentandel av alle i kvartilene**

| | 1. kvartil | 2. kvartil | 3. kvartil | 4. kvartil |
|---|---|---|---|---|
| Utdanning | | | | |
| Menn lav utdanning | 27 | 20 | 14 | 9 |
| Menn høy utdanning | 25 | 30 | 41 | 52 |
| Kvinner lav utdanning | 24 | 17 | 10 | 6 |
| Kvinner høy utdanning | 37 | 44 | 59 | 65 |
| Innvandrere | | | | |
| Menn innvandrere | 50 | 30 | 19 | 14 |
| Menn innvandrere Afrika, Asia etc. | 35 | 15 | 9 | 6 |
| Kvinner innvandrere | 50 | 28 | 20 | 16 |
| Kvinner innvandrere Afrika, Asia etc. | 35 | 16 | 12 | 10 |
| Enslig og aleneboende | | | | |
| Menn enslige | 44 | 33 | 25 | 21 |
| Menn bor alene | 35 | 25 | 18 | 17 |
| Kvinner enslige | 50 | 33 | 21 | 11 |
| Kvinner bor alene | 25 | 18 | 15 | 7 |
| Arbeidsmarkedstilknytning | | | | |
| Menn utenfor arbeid og utdanning (NEET) | 33 | 15 | 6 | 3 |
| Menn ufør eller AAP | 28 | 13 | 5 | 3 |
| Kvinner utenfor arbeid og utdanning (NEET) | 43 | 25 | 14 | 10 |
| Kvinner ufør eller AAP | 35 | 18 | 15 | 10 |
| Finansformue og bolig | | | | |
| Menn lav formue | 53 | 32 | 18 | 7 |
| Menn leier bolig | 57 | 30 | 15 | 9 |
| Kvinner lav formue | 57 | 29 | 17 | 6 |
| Kvinner leier bolig | 53 | 22 | 10 | 5 |

Note: Tallene viser hvor stor andel av menn og kvinner i hvert inntektskvartil som har kjennetegnet, for eksempel andelen med lav utdanning blant menn i 1. kvartil. Vi viser ikke de øvrige kategoriene, så radene summerer ikke til 100 prosent.
Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2025

At personer med lav utdanning er sterkt overrepresentert, mens menn med høyere utdanning er underrepresentert, kan bidra til å forklare at både helse og livskvalitet er relativt dårlig blant menn med lav inntekt. Så hva er sammenhengen mellom utdanning og helse/livskvalitet, og er det forskjeller etter utdanningsnivå innenfor gruppen av menn i laveste kvartil?

I tabell 6.3 ser vi først hvordan sammenhengen mellom utdanningsnivå og helse/livskvalitet er, når vi skiller mellom personer med høy og lav utdanning i befolkningen 30-59 år som helhet. Deretter ser vi nærmere på hvordan sammenhengen ser ut blant menn og kvinner med inntekt i laveste kvartil. Avviker sammenhengen i laveste kvartil fra sammenhengen i befolkningen som helhet? Er det store utdanningsforskjeller også innenfor gruppene med lav inntekt? Ettersom fokuset her er på relativt små undergrupper, er datagrunnlaget utvidet til å se på alle årgangene av Livskvalitetsundersøkelsene for perioden 2023-2025.

**Tabell 6.3 Helse og livskvalitet blant menn og kvinner som har lav (grunnskole) og høy utdanning (universitets-/høgskolenivå). I alt og blant personer i lavest inntektskvartil. 30-59 år, 2023-2025. Prosent**

| | Ikke god helse[1] | Lite tilfreds livet[2] | Lite tilfreds økonomi[3] | Har psykiske helse-problemer[4] | Mye bekymringer[5] | Lite glede[6] | Antall som svarte |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Menn | | | | | | | |
| Lav utdanning | 52 | 41 | 60 | 45 | 25 | 44 | 1 613 |
| Høy utdanning | 26 | 21 | 29 | 27 | 18 | 23 | 5 805 |
| Kvinner | | | | | | | |
| Lav utdanning | 57 | 39 | 59 | 60 | 32 | 38 | 1 360 |
| Høy utdanning | 29 | 21 | 31 | 45 | 25 | 22 | 8 969 |
| Menn 1. kvartil inntekt | | | | | | | |
| Lav utdanning | 60 | 48 | 72 | 52 | 29 | 50 | 501 |
| Høy utdanning | 39 | 35 | 59 | 44 | 24 | 37 | 596 |
| Kvinner 1. kvartil inntekt | | | | | | | |
| Lav utdanning | 63 | 45 | 71 | 64 | 33 | 43 | 505 |
| Høy utdanning | 44 | 34 | 59 | 60 | 34 | 35 | 991 |

[1]Verken god eller dårlig, dårlig eller svært dårlig egenvurdert helse
[2]0-5 på skala fra 0-10, der 0 er ikke fornøyd i det hele tatt og 10 er svært fornøyd
[3]0-5 på skal fra 0 til 10, der 0 er ikke fornøyd i det hele tatt og 10 er svært fornøyd
[4]Skår over grenseverdier på HSCL-5
[5]7-10 på skala fra 0 til 10, der 0 er ikke bekymret i det hele tatt siste 7 dager og 10 er bekymret i svært stor grad
[6]0-5 på skala fra 0 til 10, der 0 er ikke glad i det hele tatt siste 7 dager og 10 er glad i svært stor grad
Kilde: Livskvalitetsundersøkelsene 2023-2025

Tabell 6.3 viser en tydelig sammenheng mellom utdanningsnivå og indikatorer på helse og livskvalitet. Blant menn er det for eksempel dobbelt så mange med grunnskoleutdanning som ikke har god egenvurdert helse sammenlignet med høyt utdannede menn. Forskjellen blant kvinner er omtrent den samme. Også blant menn i laveste kvartil er det klare forskjeller mellom utdanningsgruppene. Gjennomgående er menn med både lav utdanning og inntekt noe mer utsatt for dårlig helse og livskvalitet enn menn med lav utdanning i befolkningen som helhet. Tilfredsheten med økonomien viser størst forskjell.

Vi ser likevel i tabell 6.3 at forskjellen mellom personer i laveste inntektskvartil og befolkningen som helhet ofte er større blant menn med høy enn med lav utdanning. For eksempel er andelen som er lite tilfreds med økonomien 30 prosentpoeng høyere blant høyt utdannede menn i laveste inntektskvartil enn blant høyt utdannede menn generelt. Blant menn med grunnskoleutdanning i lavest inntektskvartil er forskjellen 12 prosentpoeng. Det kan være flere forklaringer på dette – for eksempel at menn med høy utdanning har større forventninger til hvilken inntekt de skal ha, eller at de som kombinerer lav inntekt med god utdanning har særlig alvorlige helseproblemer. Tabellen viser ikke årsaksretningen. Forskjellene kan både skyldes at lav inntekt påvirker helse og livskvalitet, og at helseproblemer øker sannsynligheten for lav inntekt.

Situasjonen for menn og kvinner med lav inntekt og utdanning er gjennomgående svært lik. Som blant kvinner generelt, er det flere av kvinnene som har psykiske helseproblemer. Til gjengjeld er det noen flere blant mennene som har opplevd lite glede de siste 7 dagene.

**Innvandrerbakgrunn**

Innvandrere befinner seg oftere enn majoritetsbefolkningen i de nedre inntektslagene i samfunnet. Dels har dette sammenheng med egenskapen vi nettopp tok for oss, altså utdanning. Det er flere blant innvandrerne enn ellers i befolkningen som har lav utdanning, selv om dette varierer mye fra landgruppe til landgruppe og med innvandringsgrunn. I tillegg kommer innvandrernes utfordringer med å få godkjent utdanningen de har fra hjemlandet. Andre utfordringer som mange innvandrere har på arbeidsmarkedet er problemer med å beherske det norske språket, at en del av dem blir utsatt for diskriminering, og at de har færre sosiale kontakter som kan formidle kunnskap om tilgjengelige jobber. En del studier tyder også på at innvandrere fra noen landgrupper har større helseproblemer enn majoritetsbefolkningen. Ikke minst gjelder det psykiske helseproblemer (Blom 2017).

Som ventet utgjør innvandrerne som har deltatt i livskvalitetsundersøkelsen en langt større andel av lavinntektsgruppen, enn av de øvre inntektskvartilene (se oversiktstabell 6.2). I laveste inntektskvartil er halvparten av menn og kvinner innvandrere, sammenlignet med henholdsvis 14 og 16 prosent blant menn og kvinner i fjerde kvartil. Noe over en tredjedel i laveste kvartil er innvandrere fra Afrika, Asia etc., mot henholdsvis 6 og 10 prosent i øverste kvartil av inntektsfordelingen. Innvandrere fra Afrika, Asia etc. omfatter innvandrere fra Afrika, Asia, Amerika (utenom USA, Canada), Oseania (utenom Australia, New Zealand) og Europa (utenom EU/EFTA, Storbritannia), og polare områder.

**Tabell 6.4 Helse og livskvalitet blant menn og kvinner som er innvandrere og som tilhører øvrig befolkning. I alt og blant personer i lavest inntektskvartil. 30-59 år, 2023-2025. Prosent**

| | Ikke god helse[1] | Lite tilfreds livet[2] | Lite tilfreds økonomi[3] | Har psykiske helse-problemer[4] | Mye bekymringer[5] | Lite glede[6] | Antall som svarte |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Menn | | | | | | | |
| Innvandrere | 34 | 30 | 49 | 37 | 24 | 32 | 2 667 |
| Øvrig befolkning | 36 | 29 | 38 | 31 | 19 | 30 | 10 598 |
| Kvinner | | | | | | | |
| Innvandrere | 37 | 26 | 44 | 53 | 30 | 30 | 2 889 |
| Øvrig befolkning | 38 | 27 | 38 | 47 | 25 | 25 | 11 906 |
| Menn 1. kvartil inntekt | | | | | | | |
| Innvandrere | 36 | 32 | 60 | 40 | 24 | 32 | 914 |
| Øvrig befolkning | 59 | 50 | 68 | 53 | 30 | 50 | 1 131 |
| Kvinner 1. kvartil inntekt | | | | | | | |
| Innvandrere | 41 | 32 | 55 | 57 | 30 | 34 | 984 |
| Øvrig befolkning | 61 | 46 | 72 | 66 | 36 | 41 | 1 460 |

[1]Verken god eller dårlig, dårlig eller svært dårlig egenvurdert helse
[2]0-5 på skala fra 0-10, der 0 er ikke fornøyd i det hele tatt og 10 er svært fornøyd
[3]0-5 på skal fra 0 til 10, der 0 er ikke fornøyd i det hele tatt og 10 er svært fornøyd
[4]Skår over grenseverdier på HSCL-5
[5]7-10 på skala fra 0 til 10, der 0 er ikke bekymret i det hele tatt siste 7 dager og 10 er bekymret i svært stor grad
[6]0-5 på skala fra 0 til 10, der 0 er ikke glad i det hele tatt siste 7 dager og 10 er glad i svært stor grad
Kilde: Livskvalitetsundersøkelsene 2023-2025

Den høye innvandrerandelen betyr mye for helhetsbildet av hvordan personer i laveste kvartil har det. I tabell 6.4 ser vi at det gjennomgående er små forskjeller i helse og livskvalitet mellom innvandrere og befolkningen ellers, når vi bruker data fra livskvalitetsundersøkelsene. Det er imidlertid flere blant innvandrerne som er utilfreds med sin økonomiske situasjon, og det er også noen flere som har psykiske helseproblemer.

Innvandrerne er en sammensatt gruppe, og gjennomsnittsforskjellene kan tenkes å skjule stor variasjon innad i gruppa. Det er vanskelig å si noe om dette på grunnlag av Livskvalitetsundersøkelsen, men bildet blir omtrent det samme (tall ikke vist) hvis vi istedenfor alle innvandrere, ser på gruppen av innvandrere fra Afrika, Asia etc.

Flytter vi derimot fokuset over til mennene i laveste kvartil, blir bildet et helt annet (se tabell 6.4). Helse og livskvalitet blant innvandrere med lav inntekt skiller seg ikke mye fra innvandrerne i befolkningen som helhet. Derimot har menn med lav inntekt som tilhører den øvrige befolkningen en vesentlig dårligere situasjon enn befolkningsgjennomsnittet. I lavinntektsgruppen er det mennene uten innvandrerbakgrunn som kommer desidert dårligst ut. Mønsteret er stort sett det samme blant kvinner med lav inntekt. Å tilhøre gruppen med lav inntekt slår sterkt ut for befolkningen som ikke er innvandrere.

Det er noen begrensninger ved Livskvalitetsundersøkelsen som datakilde, når det kommer til kartleggingen av levekår blant innvandrere. Frafallet er høyt blant innvandrere i denne undersøkelsen, som igjen har sammenheng med utfordringer som språk og digital kompetanse. Det er grunn til å tro at det er de mest språkkyndige og integrerte innvandrerne som fanges opp av undersøkelsen. Det kan bidra til en overvurdering av hvor god helsetilstanden og livskvaliteten i gruppa er. Men også Helseundersøkelsen 2015 og 2019 fant små forskjeller i egenvurdert helse

(Texmon og Thonstad 2024). Imidlertid ble det i en egen levekårsundersøkelse fra 2016, blant innvandrere fra 12 utvalgte land, vist at den egenvurderte helsetilstanden var betydelig dårligere enn det andre undersøkelser har funnet, og lavere enn gjennomsnittet for befolkningen. I denne undersøkelsen kunne innvandrerne bli intervjuet på morsmålet. Mulighetene for det er mer begrenset i Livskvalitetsundersøkelsen. Den nevnte innvandrerundersøkelsen viste også at andelen med psykiske problemer var dobbelt så høy blant innvandrerne som i befolkningen som helhet (Blom 2017). Den nasjonale folkehelseundersøkelsen fra 2025 tyder på at innvandrerne, særlig fra Øst-Europa, har en noe dårligere egenvurdert helse enn dem som er født i Norge, og at flere har psykiske plager (Vedaa et al. 2026).

Et annet poeng er at vi her har tatt for oss en gruppe innvandrere som ikke inkluderer de eldste, de over 60. Levekårsundersøkelsen blant innvandrere fra 2016 viste at forskjellene i egenvurdert helse var størst blant dem over 55 år, og det var tegn til at den egenvurderte helsetilstanden falt mer med alder blant innvandrerne enn ellers i befolkningen.

En del av grunnen til at innvandrerne kommer så mye bedre ut i livskvalitetsundersøkelsen enn den øvrige befolkningen, kan være forskjeller i bakgrunnen for at de to gruppene har lav inntekt. Mens innvandrerne har lave inntekter fordi de er relativt nye på det norske arbeidsmarkedet, har språklige utfordringer, har færre nettverksressurser og møter mer diskriminering, kan den helsemessige seleksjonen være sterkere blant dem uten innvandrerbakgrunn. Innvandrerne har noen særegne utfordringer som ikke nødvendigvis er sterkt forbundet med helse og livskvalitet. Hvis utfordringen for ikke-innvandrerne på arbeidsmarkedet i større grad er dårlig helse, vil naturlig nok sammenhengen med indikatorene på helse og livskvalitet også bli sterkere.

**Familie og husholdning**

Å dele en husholdning gjennom ekteskap eller samboerskap kan både være økonomisk gunstig, og gi helsemessige fordeler. Å kunne basere seg på to inntekter gir større økonomisk trygghet. Når helseproblemer eller andre belastninger inntrer, kan den andre parten i parforholdet gi omsorg og sosial støtte, og bidra til å redusere stress. Heterofile parforhold kan helsemessig sett være spesielt viktige for menn. Gjennom den sosiale kontrollen i parforholdet kan potensielt helseskadelige maskulinitetsnormer gis en motvekt (se kapittel 4.2 om maskulinitet).

44 prosent av menn i laveste inntektskvartil var enslige i 2025, over dobbelt så mange som blant menn i øverste kvartil (se tabell 6.2). Noe over en av tre bodde alene, også dette om lag det dobbelte av andelen blant de mest velbeslåtte. Kvinner i laveste kvartil bor sjeldnere alene enn menn i samme gruppe. Forskjellene mellom inntektskvartilene er gjennomgående større enn de er blant menn; det er for eksempel nesten fem ganger så mange enslige i laveste som i høyeste kvartil blant kvinner.

For befolkningen som helhet er det tydelige forskjeller i helse og livskvalitet mellom enslige og gifte/samboende (tabell 6.5). Både blant menn og kvinner har enslige dårligere egenvurdert helse, i større grad psykiske helseproblemer og flere tegn til lav livskvalitet, slik som mer utilfredshet og mindre glede.

Forskjellen i egenvurdert helse mellom enslige og gifte/samboende menn er omtrent den samme i laveste kvartil som i befolkningen som helhet. Men både enslige og gifte/samboende med lav inntekt har dårligere helse enn gjennomsnittet i befolkningen, forskjellen er rundt 10 prosentpoeng for begge gruppene. Utslaget er også likt for menn og kvinner. Psykiske helseproblemer gir samme bilde: De absolutte forskjellene mellom enslige og gifte/samboende menn er de samme i laveste kvartil som i befolkningen som helhet, men det er flere, 11-12 prosentpoeng, i laveste kvartil som har psykiske helseproblemer.

Det er langt flere enslige enn gifte/samboende menn i laveste inntektskvartil som har nedsatt livskvalitet på forskjellige områder. Graden av bekymringer varierer imidlertid lite, her som i befolkningen for øvrig. Enslige menn i laveste kvartil skiller seg ut ved at det er særlig mange i denne gruppa som er utilfredse med livet og som i liten grad opplever glede. Andelene er snaut 10

prosentpoeng høyere enn for alle enslige menn, og henholdsvis 7 og 11 prosentpoeng høyere enn blant enslige kvinner i samme inntektskategori.

Enslige menn og kvinner er mere misfornøyde med økonomien enn gifte/samboende, også blant dem med lavest inntekt. Forskjellen er imidlertid langt mindre i lavinntektsgruppen enn den er i befolkningen som helhet.

**Tabell 6.5 Helse og livskvalitet blant menn og kvinner som er enslige og gift/samboende. I alt og blant personer i laveste inntektskvartil. 30-59 år, 2023-2025. Prosent**

| | Ikke god helse[1] | Lite tilfreds livet[2] | Lite tilfreds økonomi[3] | Har psykiske helse-problemer[4] | Mye bekymringer[5] | Lite glede[6] | Antall som svarte |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Menn | | | | | | | |
| Enslige | 47 | 45 | 55 | 45 | 25 | 46 | 3 400 |
| Gifte/samboende | 31 | 22 | 35 | 27 | 18 | 24 | 9 821 |
| Kvinner | | | | | | | |
| Enslige | 48 | 40 | 56 | 60 | 33 | 38 | 3 664 |
| Gifte/samboende | 35 | 22 | 34 | 44 | 24 | 22 | 11 100 |
| Menn 1. kvartil inntekt | | | | | | | |
| Enslige | 58 | 54 | 71 | 56 | 30 | 55 | 892 |
| Gifte/samboende | 40 | 30 | 59 | 39 | 25 | 30 | 1 142 |
| Kvinner 1. kvartil inntekt | | | | | | | |
| Enslige | 58 | 47 | 70 | 67 | 37 | 44 | 1 230 |
| Gifte/samboende | 45 | 32 | 58 | 56 | 30 | 31 | 1 202 |

[1]Verken god eller dårlig, dårlig eller svært dårlig egenvurdert helse
[2]0-5 på skala fra 0-10, der 0 er ikke fornøyd i det hele tatt og 10 er svært fornøyd
[3]0-5 på skal fra 0 til 10, der 0 er ikke fornøyd i det hele tatt og 10 er svært fornøyd
[4]Skår over grenseverdier på HSCL-5
[5]7-10 på skala fra 0 til 10, der 0 er ikke bekymret i det hele tatt siste 7 dager og 10 er bekymret i svært stor grad
[6]0-5 på skala fra 0 til 10, der 0 er ikke glad i det hele tatt siste 7 dager og 10 er glad i svært stor grad
Kilde: Livskvalitetsundersøkelsene 2023-2025

### Arbeidsmarked og utenforskap

Å være etablert på arbeidsmarkedet, gjennom lønnsarbeid eller selvstendig næringsvirksomhet, er den viktigste kilden til inntekt og selvforsørgelse i Norge. Tap av arbeid, på grunn av nedleggelser og oppsigelser, gir inntektsreduksjon og kan også ha konsekvenser for helse og livskvalitet. En rekke undersøkelser viser at arbeidsledighet er forbundet med dårligere fysisk og psykisk helse (Picchio og Ubaldi 2024; Sterud et al. 2025).

Samtidig er det åpenbart at dårlig helse også bidrar til problemer på arbeidsmarkedet. Årsaksretningen mellom helse og posisjon på arbeidsmarkedet er ikke gitt. Som nevnt, kan dårlig helse påvirke mulighetene i utdanningssystemet og på arbeidsmarkedet. Et mye brukt mål på utenforskap i Norge er andelen av befolkningen som står utenfor både arbeidsmarked og utdanningssystem, såkalte NEETs (Not in Education, Employment or Training). Flere undersøkelser viser at ungdom og unge voksne i denne kategorien har dårligere fysisk og psykisk helse enn det som er vanlig for aldersgruppen (Fyhn et al. 2021).

Livskvalitetsundersøkelsene viser store forskjeller mellom andelene som er sysselsatt, og som står utenfor både arbeidsliv og utdanning, avhengig av inntekt. 65 prosent av menn i laveste kvartil (aldersgruppe 30-59 år) var sysselsatt i 2025, sammenlignet med 97 prosent i øverste kvartil. I tillegg er det flere i laveste kvartil som jobber deltid, så alt i alt er det litt under halvparten av mennene i laveste kvartil som er heltidsarbeidende (32 timer eller mer i uka). Blant kvinner i laveste kvartil er denne andelen enda lavere, snaut en av tre, siden flere kvinner enn menn arbeider deltid (tall ikke vist).

Trekker vi også inn utdanningssystemet, er det en av tre menn i laveste kvartil som står utenfor både arbeidsliv og utdanning, sammenlignet med 3 prosent blant menn i den rikeste kvartilen (se tabell 6.2). Disse forskjellene gjelder vel og merke aldersgruppen 30-59 år, en fase i livsløpet der de aller fleste er i arbeid, i motsetning til det som er vanlig for yngre og eldre aldersgrupper. En

omtrent tilsvarende forskjell ser vi gjelder andelen som mottar uførepensjon eller arbeidsavklaringspenger (se tabell 6.2). Andelene som står utenfor eller mottar de helserelaterte ytelsene er imidlertid enda høyere blant kvinner i laveste inntektskvartil. Her er det hele 43 prosent som står utenfor, og 35 prosent som mottar uførepensjon eller AAP. Mens de absolutte forskjellene, målt i prosentpoeng, er ganske like for menn og kvinner, er de relative forskjellene mellom inntektskvartilene betydelig større hos menn. Flere kvinner enn menn befinner seg i de øvre inntektslagene, på tross av at de står utenfor både arbeidsliv og utdanningssystem.

Det er også flere menn i laveste enn i høyeste kvartil som er arbeidsledige (7 versus 1 prosent). 4 prosent av menn i laveste kvartil er under utdanning, sammenlignet med 5 prosent blant kvinner i samme inntektsgruppe, og 0.5/0.2 prosent i høyeste kvartil blant henholdsvis menn og kvinner (tall ikke vist).

Vi så i tabell 6.2. att en av tre menn i laveste kvartil står utenfor arbeidsliv og utdanningssystem. Vi skal nå se nærmere på hvordan dette kjennetegnet henger sammen med indikatorene på helse og livskvalitet (tabell 6.6).

**Tabell 6.6 Helse og livskvalitet blant menn og kvinner som står utenfor arbeidsliv og utdanning, og andel som ikke gjør det. I alt og blant personer i laveste inntektskvartil. 30-59 år, 2023-2025. Prosent**

| | Ikke god helse[1] | Lite tilfreds livet[2] | Lite tilfreds økonomi[3] | Har psykiske helse-problemer[4] | Mye be-kymringer[5] | Lite glede[6] | Antall som svarte |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Menn | | | | | | | |
| I arbeid eller utdanning | 30 | 24 | 36 | 28 | 18 | 26 | 11 952 |
| Utenfor arbeid og utdanning | 76 | 62 | 77 | 63 | 34 | 60 | 1 313 |
| Kvinner | | | | | | | |
| I arbeid eller utdanning | 29 | 21 | 32 | 44 | 24 | 21 | 12 384 |
| Utenfor arbeid og utdanning | 73 | 47 | 68 | 61 | 35 | 44 | 2 411 |
| Menn 1. kvartil inntekt | | | | | | | |
| I arbeid eller utdanning | 34 | 30 | 56 | 37 | 23 | 32 | 1 390 |
| Utenfor arbeid og utdanning | 75 | 62 | 81 | 65 | 35 | 61 | 655 |
| Kvinner 1. kvartil inntekt | | | | | | | |
| I arbeid eller utdanning | 36 | 30 | 53 | 55 | 29 | 30 | 1 459 |
| Utenfor arbeid og utdanning | 71 | 51 | 78 | 70 | 39 | 48 | 985 |

[1]Verken god eller dårlig, dårlig eller svært dårlig egenvurdert helse
[2]0-5 på skala fra 0-10, der 0 er ikke fornøyd i det hele tatt og 10 er svært fornøyd
[3]0-5 på skal fra 0 til 10, der 0 er ikke fornøyd i det hele tatt og 10 er svært fornøyd
[4]Skår over grenseverdier på HSCL-5
[5]7-10 på skala fra 0 til 10, der 0 er ikke bekymret i det hele tatt siste 7 dager og 10 er bekymret i svært stor grad
[6]0-5 på skala fra 0 til 10, der 0 er ikke glad i det hele tatt siste 7 dager og 10 er glad i svært stor grad
Kilde: Livskvalitetsundersøkelsene 2023-2025

Forskjellene er som tabell 6.6 viser svært store. Mens hele 75 prosent av menn i laveste kvartil som står utenfor arbeid og utdanning, ikke har god helse, er andelen bare 34 prosent blant lavinntektsmenn med en fot innenfor arbeidsliv- eller utdanningssystem. Forskjellene blant kvinner er av omtrent samme størrelsesorden. Men på noen områder ser det ut til at menn i laveste inntektskvartil utenfor arbeid og utdanning, har dårligere livskvalitet enn kvinner i tilsvarende situasjon. Det er flere menn enn kvinner i denne gruppen som er utilfredse med livet og som opplever lite glede. Til gjengjeld er det svakt flere kvinner som har symptomer på psykiske helseproblemer.

Det som er overraskende, er at tallene for menn med lav inntekt utenfor arbeidsliv og utdanning skiller seg så lite fra alle menn som står utenfor. En mulig forklaring er at innvandrerandelen er særlig høy blant dem som står utenfor og har lav inntekt. Som vi har sett, har innvandrerne ofte forholdsvis god helse og høy tilfredshet, på tross av lave inntekter. Vi skal komme tilbake til dette under regresjonsanalysen. Blant menn som er innenfor arbeidsliv eller utdanning, gir lav inntekt større utslag i forventet retning, særlig relatert til mangelen på tilfredshet med egen økonomi. Også blant menn generelt, er det å stå utenfor arbeidsliv og utdanning i større grad forbundet med lav tilfredshet og glede enn det er blant kvinner i samme situasjon.

**Bolig og formue**

Det finnes andre økonomiske ressurser enn dem som kommer direkte til uttrykk i de registrerte årlige inntektene. Det gjelder spesielt finanskapital, som omfatter blant annet bankinnskudd og aksjer, og realkapital, som inneholder verdien av boligeiendom, anlegg og andre eiendeler. Boligeiendom er for mange i Norge en del av formuesverdien, og et investeringsobjekt som kan føre til formuesstigning, og danne grunnlag for salg eller låneopptak hvis økonomien blir vanskelig. Å eie sin egen bolig kan også ha konsekvenser for bostabilitet og kvaliteten på nabolaget en bosetter seg i (Umblijs et al. 2019). Leietakere er mindre fornøyd med livet enn boligeiere, selv ved kontroll for inntekt, familietype, innvandrerbakgrunn og arbeidstilknytning. Utilfredsheten blant leietakere stiger med økende alder (Revold og With 2022).

Finansformue er her beregnet som en sum av alle husholdningsmedlemmers finansformue, dividert på antallet forbruksenheter (EU-skalaen). Deretter er formuesfordelingen inndelt i kvartiler.

Som vi ser gir de to måtene å måle økonomiske ressurser på svært like resultater, og likheten på tvers av kjønn er også tydelig (se tabell 6.2). Forskjellene er store. Gruppen av menn i laveste inntektskvartil har ikke bare relativt lave løpende inntekter, den har også i langt mindre grad enn menn i andre kvartiler tilgang til økonomiske ressurser i form av finansformue og eie av bolig. Dette er naturligvis ikke så overraskende. Både finansformue og eie av bolig kan ses på som akkumulerte resultater av gode inntekter over en lengre tidsperiode, samtidig som disse formuesgodene i seg selv kan gi opphav til nye inntekter.

Mer enn halvparten av menn og kvinner i laveste inntektskvartil leier boligen, sammenlignet med under en av ti i øverste kvartil. Forskjellene i finansformue er omtrent de samme. Menn leier i noe større grad sin bolig enn kvinner, uansett inntekt.

Er det noen sammenheng mellom disse kjennetegnene, og helse/livskvalitet? Tabell 6.7 belyser dette spørsmålet, med utgangspunkt i forskjellen mellom å eie og leie egen bolig. I befolkningen som helhet er det tydelige forskjeller. Boligeiere har bedre egenvurdert helse, sjeldnere psykiske helseproblemer og høyere livskvalitet enn dem som ikke eier boligen. Innenfor gruppen av menn med inntekt i laveste kvartil er det derimot langt mindre forskjeller mellom disposisjonsformene. Det er imidlertid færre menn i lavinntektsgruppen som er misfornøyde med den økonomiske situasjonen blant dem som eier boligen sin, sammenlignet med leietakerne. Det er også litt færre i denne gruppen som har psykiske helseproblemer. Lav inntekt ser først og fremst ut til å gi store utslag på helse og livskvalitet blant boligeierne. Sammenlignet med alle boligeiere er det for eksempel langt flere boligeiere i laveste kvartil som ikke har god helse og som er misfornøyde med livet og med økonomien. Blant dem som ikke eier boligen er helsetilstand og livskvalitet omtrent den samme, uavhengig av om en tar for seg laveste kvartil eller befolkningen som helhet.

**Tabell 6.7 Helse og livskvalitet blant menn og kvinner som eier og ikke eier egen bolig. I alt og blant personer i lavest inntektskvartil. 30-59 år, 2023-2025. Prosent**

| | Ikke god helse[1] | Lite tilfreds livet[2] | Lite tilfreds økonomi[3] | Har psykiske helse-problemer[4] | Mye be-kymringer[5] | Lite glede[6] | Antall som svarte |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Menn | | | | | | | |
| Eier egen bolig | 32 | 25 | 33 | 27 | 18 | 26 | 10 748 |
| Eier ikke egen bolig | 46 | 43 | 65 | 47 | 27 | 42 | 2 504 |
| Kvinner | | | | | | | |
| Eier egen bolig | 36 | 24 | 34 | 45 | 24 | 23 | 12 536 |
| Eier ikke egen bolig | 49 | 39 | 64 | 63 | 35 | 37 | 2 242 |
| Menn 1. kvartil inntekt | | | | | | | |
| Eier egen bolig | 48 | 39 | 58 | 43 | 25 | 39 | 963 |
| Eier ikke egen bolig | 47 | 43 | 68 | 50 | 29 | 43 | 1 077 |
| Kvinner 1. kvartil inntekt | | | | | | | |
| Eier egen bolig | 52 | 39 | 59 | 58 | 30 | 36 | 1 315 |
| Eier ikke egen bolig | 52 | 39 | 69 | 65 | 37 | 39 | 1 123 |

[1]Verken god eller dårlig, dårlig eller svært dårlig egenvurdert helse
[2]0-5 på skala fra 0-10, der 0 er ikke fornøyd i det hele tatt og 10 er svært fornøyd
[3]0-5 på skal fra 0 til 10, der 0 er ikke fornøyd i det hele tatt og 10 er svært fornøyd
[4]Skår over grenseverdier på HSCL-5
[5]7-10 på skala fra 0 til 10, der 0 er ikke bekymret i det hele tatt siste 7 dager og 10 er bekymret i svært stor grad
[6]0-5 på skala fra 0 til 10, der 0 er ikke glad i det hele tatt siste 7 dager og 10 er glad i svært stor grad
Kilde: Livskvalitetsundersøkelsene 2023-2025

Tar vi heller utgangspunkt i kvartiler av finansformue, blir forskjellene innad i gruppen med lav inntekt større i enkelte tilfeller. Blant menn skiller gruppen med lav inntekt, men høy finansformue (øverste kvartil) seg ut ved å ha en noe større andel med god helse enn de øvrige kvartilene (tall ikke vist). Det er imidlertid få i laveste inntektskvartil som har høy finansformue, som vi har sett tidligere (under 10 prosent). Blant kvinner med lav inntekt er forskjellene i egenvurdert helse mellom laveste og øverste kvartil enda større enn blant menn (16 versus 7 prosentpoeng).

Størrelsen på finansformuen gjør også stor forskjell på tilfredsheten med økonomien. Blant menn i laveste inntektskvartil synker andelen som er misfornøyd med økonomien fra 72 prosent i laveste formueskvartil til 48 prosent i øverste (tall ikke vist), som er en langt større forskjell enn den som framkommer av tabell 6.7. Omtrent den samme forskjellen finner vi blant kvinner i laveste inntektskvartil.

## Helseskadelige belastninger og mangel på ressurser

### Belastninger og ressurser i barndommen

Risikoen for lav inntekt overføres mellom generasjonene. Å vokse opp i hushold med lave inntekter øker risikoen for at en selv vil bo i lavinntektshushold som voksen (Epland 2019). Samtidig tyder systematiske, internasjonale litteraturstudier på at inntekt har en kausal innvirkning på barns helse og kognitive, sosiale og atferdsmessige utvikling (Cooper og Steward 2021). En norsk, registerbasert, undersøkelse viste en tydelig sammenheng mellom foreldrenes inntekt og risikoen for mentale diagnoser blant barna (Kinge et al. 2021). I tråd med hypotesen om kausale sammenhenger, var sammenhengen også til stede blant dem som var adopterte, og kunne heller ikke fullt ut forklares av foreldrenes egne mentale lidelser.

En retrospektiv studie basert på Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2019, viste at personer som i 14-årsalderen hadde opplevd mange økonomiske og sosiale problemer, hadde større risiko seinere i livsløpet for å tilhøre laveste kvartil i inntektsfordelingen, eller tilhøre andre lavinntektsgrupper. Dette var problemer som å mangle mat, ikke ha utstyr til skolen, at far manglet arbeid, at økonomien var dårlig, og at en leide bolig. 40 prosent av dem som oppga minst tre slike problemer, tilhørte som voksen laveste inntektskvartil, sammenlignet med bare 16 prosent blant dem som ikke hadde opplevd noen av i alt åtte problemer (Barstad 2024). I analysen ble det imidlertid ikke skilt mellom kjønn. Det var en særlig sterk sammenheng mellom barndomsproblemer og mottak av

uførepensjon, som antyder at belastninger i barndommen kan påvirke helsetilstanden som voksen. Det var også en sterk sammenheng mellom slike problemer og seinere utdanningsnivå.

Det er usikkert hvor mye denne typen problemer i barndommen forklarer av sosiale ulikheter i helse. En nylig svensk studie tyder på at forklaringskraften kan være betydelig (Jackisch og van Raalte 2025). Det vil også være i tråd med livsløpsperspektivet på ulikheter i helse. I studien, basert på en oppfølging av en bestemt fødselskohort (1953) i Stockholm, finner forfatterne at barndomsproblemer forklarer en vesentlig del av inntektsforskjellene i dødelighet, både blant menn og kvinner. Barndomsproblemer ble definert som forekomsten av registrerte tiltak i barnevernet (Jackisch og van Raalte 2025). Inntektsulikhetene blant menn ble redusert med 49 prosent. Individene ble fulgt fra fødselen fram til 2020, med mindre de emigrerte eller døde.

**Økonomisk stress og materiell deprivasjon**

Lav inntekt øker risikoen for at inntekten ikke strekker til for å dekke fundamentale behov og løpende utgifter i det daglige. Hvis inntekten ikke strekker til, kan det få uheldige konsekvenser for helse og livskvalitet. Den lave inntekten kan sette kropp og sinn i en mer eller mindre konstant alarmtilstand, som over tid bryter ned kroppen. Sagt på en annen måte kan utilstrekkelig inntekt over tid skape en vedvarende opplevelse av stress. Det har også blitt pekt på hvordan lave inntekter kan redusere den «mentale båndbredden» som er tilgjengelig for å håndtere livets utfordringer (Goldblatt et al. 2023). Når inntekten blir problematisk lav skaper det ofte mye bekymring og negative følelser, som gjør at det blir mindre mental kapasitet igjen til å håndtere andre problemer (Mullainathan og Shafir 2013). Lave inntekter innebærer også i noen tilfeller at en må avstå fra fundamentale goder i livet (materiell deprivasjon), goder som en ønsker og som kan være viktige for helse og livskvalitet.

I tabell 6.8 ser vi blant annet nærmere på sammenhengen mellom plasseringen i inntektsfordelingen (kvartiler) og den subjektive opplevelsen av husholdningens økonomi, gjennom to indikatorer. Den første er basert på spørsmålet i Livskvalitetsundersøkelsen om hvor lett eller vanskelig det er å få inntektene husholdningen disponerer til å strekke til i det daglige. Andelen som oppgir at det er vanskelig eller svært vanskelig er angitt i tabellen. Den andre indikatoren er basert på spørsmålet om kontantmarginal i samme undersøkelse, om husholdningen er i stand til å klare en uforutsett regning på 22 000 kroner i løpet av en måned, uten å måtte ta opp ekstra lån eller få hjelp fra andre.

Ikke uventet er det store inntektsforskjeller i hvor sårbar og vanskelig husholdningsøkonomien oppleves. Både menn og kvinner i laveste kvartil er mest utsatt for økonomisk stress, målt på denne måten. Sammenlignet med øverste kvartil, er det om lag fem ganger så mange som synes det er vanskelig å få pengene til å strekke til i laveste kvartil (se tabell 6.8). De absolutte forskjellene er enda større for kontantmarginal. Mens om lag seks av ti ikke ville klare en uforutsett regning i laveste kvartil, er den tilsvarende andelen litt over en av ti i øverste kvartil. Det kan nevnes at hvis vi inkluderer dem som oppgir at det er «forholdsvis vanskelig» å få pengene til å strekke til, blir andelen som har slike problemer omtrent fordoblet. Forskjellen mellom kvartilene blir da nærmest identiske med dem vi ser for kontantmarginalen (se tabell 6.8).

I Livskvalitetsundersøkelsene er det også spørsmål om materielle goder man ikke har råd til. Det er spurt om den enkelte har råd til å betale for en ukes ferie utenfor hjemmet i året, kunne spise kjøtt, fisk eller variert og sunn vegetarkost annenhver dag, holde boligen passe varm og å bytte ut møbler dersom de er utslitte. Det er lett å se at det kan ha helsemessige konsekvenser hvis man mangler disse godene, for eksempel ikke holde boligen passe varm, eller ikke ha råd til kjøtt, fisk eller variert og sunn vegetarkost (tall ikke vist). Å mangle disse godene er sterkt forbundet med lav inntekt, på linje med forskjellene i økonomiske utfordringer vist i tabell 6.8. De absolutte forskjellene er størst med hensyn på ikke å ha råd til ferie, og ikke kunne skifte ut utslitte møbler. Mens nesten halvparten (49 prosent) av menn i laveste kvartil ikke har råd til en ukes ferie utenfor hjemmet, er andelen bare 7 prosent blant menn i øverste kvartil. En lignende forskjell ser vi for utskifting av utslitte møbler. Vel en fjerdedel av menn (27 prosent) i laveste kvartil har etter eget utsagn ikke råd til å spise kjøtt, fisk,

eller sunn og variert vegetarkost, sammenlignet med 5 prosent av de rikeste mennene. Relativt få har problemer med oppvarming av boligen, det er likevel klart flere menn i laveste sammenlignet med høyeste kvartil som sliter med dette av økonomiske årsaker (12 versus 3 prosent). Kvartilforskjellene blant kvinner er svært like de vi finner for menn.

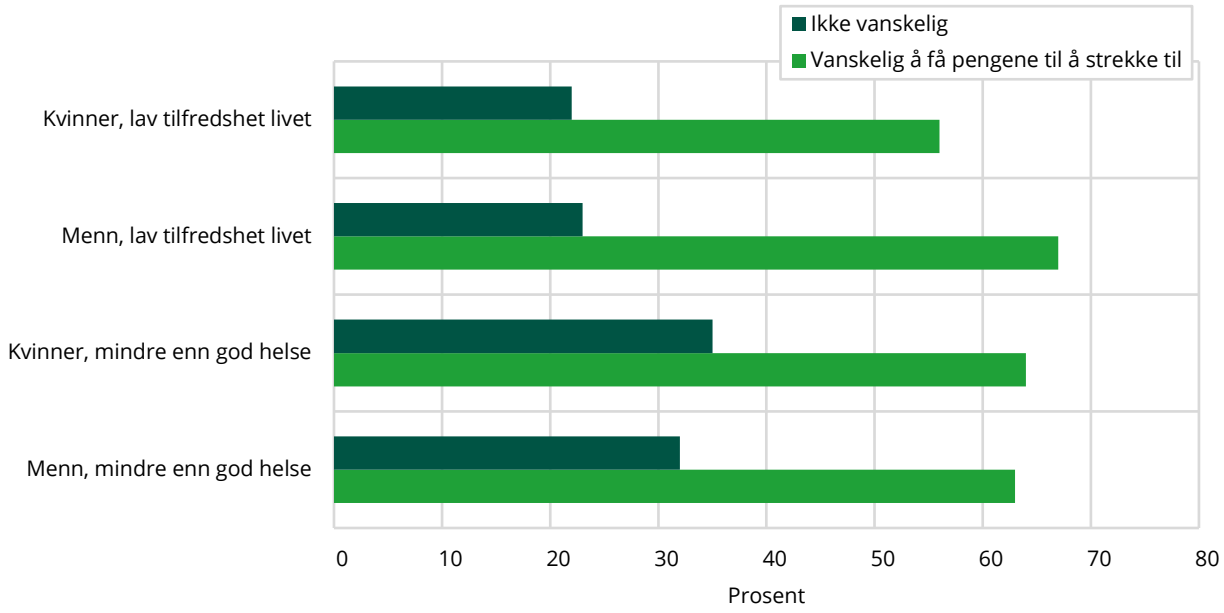
**Tabell 6.8 Belastninger og mangel på ressurser etter inntektskvartil og kjønn. Menn og kvinner 30-59 år, 2025. Prosentandel av kvartilene[1]**

| | 1. kvartil | 2. kvartil | 3. kvartil | 4. kvartil |
|---|---|---|---|---|
| Økonomiske utfordringer | | | | |
| Menn, ikke klare utforutsett utgift | 59 | 45 | 28 | 13 |
| Menn, vanskelig å få pengene til å strekke til | 32 | 20 | 10 | 6 |
| Kvinner, ikke klare utforutsett utgift | 63 | 47 | 30 | 14 |
| Kvinner, vanskelig å få pengene til å strekke til | 33 | 17 | 9 | 5 |
| Utmattet etter jobb[2] | | | | |
| Menn, fysisk utmattet | 47 | 36 | 32 | 25 |
| Menn psykisk utmattet | 38 | 33 | 29 | 27 |
| Kvinner, fysisk utmattet | 53 | 47 | 40 | 33 |
| Kvinner, psykisk utmattet | 45 | 45 | 39 | 32 |
| Psykososialt arbeidsmiljø[2] | | | | |
| Menn, liten grad påvirkning på beslutninger | 23 | 17 | 12 | 8 |
| Menn, ikke gode muligheter for å utnytte ferdigheter | 33 | 29 | 24 | 14 |
| Kvinner, liten grad påvirkning på beslutninger | 29 | 20 | 17 | 12 |
| Kvinner, ikke gode muligheter for å utnytte ferdigheter | 38 | 29 | 23 | 17 |
| Boligproblemer | | | | |
| Menn, problemer i bolig | 29 | 24 | 18 | 13 |
| Menn, støy eller forurensing | 27 | 21 | 17 | 15 |
| Kvinner, problemer i bolig | 31 | 24 | 18 | 12 |
| Kvinner, støy eller forurensing | 25 | 20 | 19 | 16 |

[1] Tallene viser hvor stor andel av menn og kvinner i hvert inntektskvartil som har kjennetegnet, for eksempel andelen med problemer i bolig blant menn i 1. kvartil. Vi viser ikke de øvrige kategoriene, så radene summerer ikke til 100 prosent.
[2] For indikatoren utmattet etter jobb viser tabellen andelen blant sysselsatte i de ulike kvartilene som har kjennetegnet, mens for indikatoren på psykososialt arbeidsmiljø viser tabellen andelen blant ansatte i ulike kvartiler som har kjennetegnet
Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2025

De økonomiske problemene og den materielle deprivasjonen går sammen med dårligere helse og lavere livskvalitet enn det vi finner blant dem som ikke har slike utfordringer. I figur 6.7 ser vi et eksempel på dette.

**Figur 6.7 Andel med lav tilfredshet med livet og andel som ikke har god egenvurdert helse, blant personer som synes det er vanskelig å få pengene til å strekke til det daglige. Menn og kvinner 30-59 år, 2025. Prosent**




Kilde: Livkvalitetsundersøkelsen 2025.

Noe over seks av ti personer som synes det er vanskelig å få pengene til å strekke til, har ikke god egenvurdert helse. Det er om lag det dobbelte av andelen blant dem som ikke synes det er vanskelig. Vel to av tre menn som har økonomiske vansker, er lite tilfreds med livet, sammenlignet med snaut en av fire menn som ikke har slike vansker. Forskjellene er ganske like blant menn og kvinner, men vi ser at menn med økonomiske vansker skiller seg ut ved at enda flere er utilfreds med livet blant dem sammenlignet med kvinner i samme situasjon. Menn som opplever økonomiske vansker er også langt oftere bekymret enn andre menn, og de har i større grad opplevd lite glede de siste 7 dagene (tall ikke vist). Den sistnevnte forskjellen er særlig tydelig blant menn, og mindre uttalt blant kvinner.

Også den materielle deprivasjonen har en sterk sammenheng med helse og livskvalitet. For eksempel har de som ikke har råd til å ta seg ferie, eller spise kjøtt, fisk eller sunn og variert vegetarkost, dårligere helse og lavere tilfredshet med livet enn dem som har råd til dette (tall ikke vist). Det peker på et paradoks: Personene som i utgangspunktet har størst behov for de materielle godene, fordi de har dårligere helse, er også dem som i størst grad mangler tilgang til disse godene. Å for eksempel ha muligheten til å spise næringsrik og sunn kost er ekstra viktig for dem med dårlig helse, for å unngå forverring av tilstanden. Tallene tyder på at det er de med god helse som i størst grad nyter godt av denne tilgangen, gitt de økonomiske ressursene. En kan i tillegg tenke seg at personer som har helseproblemer og derfor er bekymrede og utilfredse, i enda større grad enn friske vil ha behov for en ferie. Også her ser vi tegn til opphopning, akkumulering, av levekårsulemper, som kan bidra til å forsterke snarere enn å redusere den sosiale ulikheten i helse og livskvalitet.

Som vi var inne på i kapittel 6.2, viser også tall fra den nasjonale folkehelseundersøkelsen (justert for alder) den sterke sammenhengen mellom en vanskelig husholdningsøkonomi og befolkningens egenvurderte helse og livskvalitet (Vedaa et al. 2026).

**Arbeidsmiljø**

Fysiske og psykiske belastninger varierer mellom yrker, som igjen kan skape helseforskjeller. Noen yrker er også vanskeligere å fungere i ved sykdom enn andre, som også kan gi opphav til ulikheter. Det gjelder for eksempel fysisk arbeidskrevende yrker. Den samme sykdommen kan føre til at en

må forlate arbeidslivet i noen yrker, men ikke i andre. Å måtte forlate arbeidslivet vil som regel føre til en inntektsnedgang som en kan unngå i andre yrker. Mange studier, men ikke alle, tyder på at fysiske belastninger i jobben øker risikoen for sykefravær (Knardahl et al. 2016).

Visse sider ved arbeidsmiljøet er mindre gunstige blant sysselsatte i lavinntektsgruppen enn blant sysselsatte i høyere inntektslag. For eksempel er andelen som opplever at de er fysisk eller psykisk utmattet etter jobb, daglig eller noen dager i uka, atskillig høyere blant sysselsatte med lave enn med høye inntekter (tabell 6.8). Mens rundt halvparten av menn i laveste kvartil føler seg fysisk utmattet etter jobb, er andelen bare rundt halvparten av dette i den rikeste kvartilen. Lignende forskjeller ser vi blant kvinner. Det er i tillegg mer psykisk utmattelse i lavere inntektslag, men disse forskjellene er noe mindre.

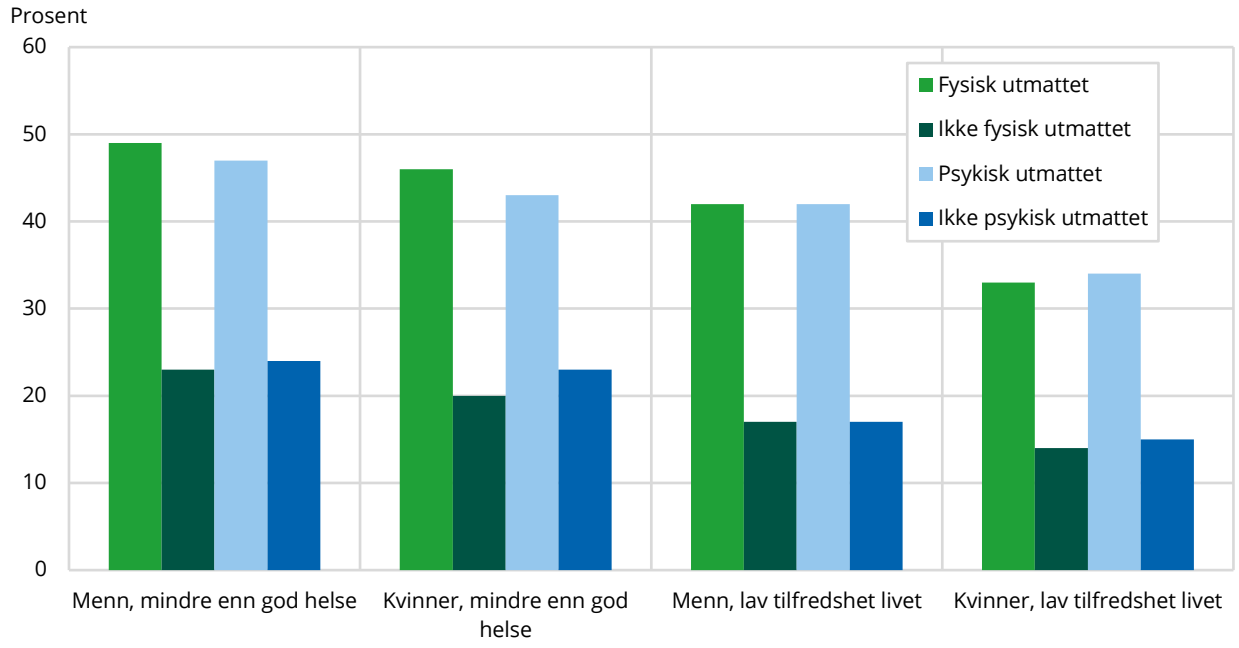
Det er også forskjeller knyttet til det psykososiale arbeidsmiljøet. Det er mindre autonomi og selvbestemmelse i jobben blant personer med lavinntekt. Andelen ansatte som i liten grad eller ikke i det hele tatt opplever at de kan påvirke beslutninger som er viktige for arbeidet deres, synker jevnt med økende inntekt. Blant menn synker andelen fra 23 prosent i laveste kvartil til 8 prosent i høyeste kvartil (se tabell 6.8). Lignende forskjeller gjelder mulighetene for å bruke ervervede ferdigheter, kunnskaper og erfaringer i arbeidet. Denne oppleves som å være vesentlig lavere blant sysselsatte i laveste enn i høyeste inntektskvartil, både blant menn og kvinner (se tabell 6.8).

Autonomi i arbeidet er viktig, kanskje spesielt ved sykdom, fordi det kan bidra til at arbeidstakeren i større grad kan klare å kombinere en sykdom med det å fungere i jobben. Det kan også gjøre det lettere å mestre sterke krav til ytelse, og mye tidspress. Både risikoen for sykefravær (Knardahl et al. 2016) og for uførepensjonering (Knardahl et al. 2017) er høyere blant arbeidstakere med liten grad av kontroll i arbeidet.

I tillegg til disse forskjellene, er jobbusikkerheten størst i laveste kvartil (tall ikke vist). Andelen som mener at de står i fare for å miste jobben var 31 prosent blant menn i laveste kvartil og bare halvparten av dette i øverste kvartil. Forskjellene blant kvinner er omtrent de samme.

Livskvalitetsundersøkelsen 2025 viser at de forskjellige ugunstige aspektene ved arbeidsmiljøet har sammenheng med helse og livskvalitet. Figur 6.8 viser dette for andelene som ofte er fysisk og psykisk utmattede. Mer enn dobbelt så mange har ikke god helse blant dem som ofte er fysisk utmattet, sammenlignet med personer som ikke er utsatt for dette. Det er lignende, klare forskjeller knyttet til psykisk utmattelse. Lav tilfredshet med livet er noe mer utbredt blant menn som opplever utmattelse enn blant kvinner i samme situasjon.

**Figur 6.8** **Andel med mindre god egenvurdert helse, og andel med lav tilfredshet med livet blant dem som ofte er fysisk eller psykisk utmattet etter jobb. Menn og kvinner 30-59 år, 2025. Prosent**




Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2025.

Også de andre arbeidsmiljøfaktorene, som lav autonomi og få muligheter til å bruke ferdigheter og kunnskaper, er forbundet med dårligere egenvurdert helse og lavere tilfredshet, uten at vi dermed kan si noe sikkert om årsaksretningen (tall ikke vist).

**Bomiljø og boforhold**

Mye tid tilbringes i og ved boligen. Flere kjennetegn ved boligens innemiljø og nærmeste utemiljø kan ha betydning for helse og livskvalitet. Sykdom bidrar også ofte til at en tilbringer mere tid i boligen, og mindre tid på arbeidet eller på reise.

En rekke sider ved bosituasjonen kan skape helseproblemer og lav livskvalitet (Howden-Chapman et al. 2023). Trangboddhet øker faren for overføring av infeksjonssykdommer og kan bidra til psykiske problemer. Forurensning som kommer utenfra kan gi dårlig luftkvalitet, som igjen øker risikoen for luftveissykdommer og hjerteproblemer. Mangelfull ventilasjon er en viktig bidragsyter til dårlig inneluft. Fukt og mugg i boligen bidrar også til dette, og fører ofte til vansker med luftveiene. Kalde boliger øker faren for at det blir fukt og mugg. Lave innetemperaturer på vinteren har blitt knyttet til en forverring av hjerte/kar- og luftveislidelser. Utendørs kan mye trafikk og liten tilgang på rekreasjonsarealer redusere mulighetene for fysisk aktivitet, med konsekvenser for både fysisk og psykisk helse.

Lav inntekt gir færre valgmuligheter på boligmarkedet. Det er derfor grunn til å forvente en klar sammenheng mellom posisjon i inntektsfordelingen og boligkvalitet. En annen grunn er at lave inntekter også gir mindre rom for å pusse opp og utbedre dårlige boliger, slik som tiltak for bedre isolering og ventilasjon, eller for støyskjerming.

Vår analyse av data fra Livskvalitetsundersøkelsen bekrefter dette. Tabell 6.8 viser at forekomsten av forskjellige boligproblemer, av både «indre» (i boligen) og «ytre» (i områder rundt boligen) karakter synker med økende husholdningsinntekt. De indre boligproblemene er basert på tre spørsmål om: råte i vinduer eller gulv, tak som lekker, fukt i vegger eller gulv og for lite dagslys. Andelen som har minst ett av disse problemene synker blant menn fra 29 prosent i laveste inntektskvartil til 13 prosent i øverste kvartil, og viser en tilsvarende fallende tendens blant kvinner.

Det er også spørsmål om problemer som kommer utenfra. Tabell 6.8 viser også andelen som enten har problemer med støy fra ulike kilder, eller med støv, lukt eller annen forurensning i området

rundt boligen, når personene oppholder seg inne i boligen. Fordelingsmønsteret for disse problemene er nokså likt de vi fant for de «interne» boligproblemene, men forskjellene er noe mindre, særlig blant kvinner.

Både menn og kvinner som leier boligen er mer utsatt for slike boligproblemer enn de som eier boligen. Det har utvilsomt sammenheng med at de som leier har lavere inntekt enn boligeierne, men selv når vi kontrollerer for inntekt, er leietakerne noe mer utsatt (tall ikke vist).

Andre boligindikatorer viser det samme mønsteret, i større eller mindre grad. Det er for eksempel mer enn dobbelt så mange i laveste som i høyeste kvartil som synes boligen er for liten. Det er lignende inntektsforskjeller knyttet til ikke å ha hage, og mangle et område som kan brukes til lek og rekreasjon innen 200 meter fra boligen (tall ikke vist).

Det er en sammenheng mellom ulike boligproblemer og helse/livskvalitet. Det er klart flere som ikke har god helse og som er lite fornøyd med livet blant dem som har minst ett av de tre boligproblemene ført opp i tabell 6.8, sammenlignet med dem som ikke har slike problemer. Det samme gjelder forekomsten av støy og forurensning (tall ikke vist). Blant menn utsatt for støy og forurensning er det for eksempel snaut halvparten som ikke har god helse, sammenlignet med 34 prosent blant dem som er forskånet for dette.

### Livsstil, røyking, kosthold, trening og søvn

Ulikheter i helseskadelig livsstil er en del av årsakene til sosiale helseforskjeller. Vi har tidligere vist at mens alkoholberuselse har en omvendt sosial gradient, er det mere bruk av cannabis og annen narkotika i laveste inntektskvartil blant menn.

Tabell 6.9 er basert på Levekårsundersøkelsen om helse 2025, og viser ulike typer helseskadelig livsstil, og forekomsten av fedme, avhengig av hvilket inntektskvintil en person tilhører. Fedme er ikke nødvendigvis et uttrykk for livsstil, men mangel på mosjon og et usunt kosthold kan bidra til å øke vekten.

En rekke undersøkelser har vist at røyking er mer utbredt i grupper med lav enn med høy inntekt, og slike forskjeller har tidligere vist seg å forklare en del av inntektsforskjellene i dødelighet i nordiske land (Östergren et al. 2019). Andelen som fremdeles er dagligrøykere, er i løpet av de siste tiårene blitt en minoritet i det norske samfunnet. De absolutte forskjellene mellom ulike inntektsgrupper er beskjedne, men relativt sett er det fremdeles store ulikheter, og særlig blant menn. Det er nesten fire ganger så mange dagligrøykere blant menn i laveste kvintil sammenlignet med menn i øverste kvintil.

Ifølge den nasjonale folkehelseundersøkelsen utgjorde i 2025 dagligrøykerne 14,5 prosent av menn som opplever husholdningsøkonomien som vanskelig eller svært vanskelig, sammenlignet med vel 3 prosent av dem som synes økonomien er lett eller svært lett (Vedaa et al. 2026). Forskjellene er omtrent de samme hos kvinnene (justert for alder).

Forskjeller i kostholdet er en annen viktig faktor, og her finnes en rekke undersøkelser som indikerer at det er et dårligere kosthold i grupper med lavere sosioøkonomisk status. Vi har tidligere sett at det er flest menn i laveste inntektskvartil som oppgir at de ikke har råd til å spise kjøtt eller fisk, eller sunn og variert vegetarmat, annenhver dag. Lav inntekt gir færre valgmuligheter i kostholdet. Pris oppgis å være en av de største hindringene for å spise sunt, ifølge en sveitsisk befolkningsundersøkelse, og er en særlig vanlig grunn i laveste inntektskvartil, både blant menn og kvinner (de Mestral et al. 2016). Også en gjennomgang av hindringer for sunt kosthold blant personer med dårlige levekår i Storbritannia, peker på betydningen av høye kostnader og dårligere tilgang (Briazu et al. 2024).

**Tabell 6.9 Livsstil blant menn og kvinner i kvintiler for månedlig husholdningsinntekt etter skatt per forbruksenhet. Menn og kvinner, 16+ år, 2025. Prosent**

| | Røyker daglig | Mosjonerer aldri | Har fedme | Spiser vanligvis frukt og bær daglig | Spiser vanligvis grønnsaker eller salat daglig | Spiser fisk eller sjømat 4-7 ganger i uka | Antall som svarte |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Menn | | | | | | | |
| 1. kvintil | 11 | 18 | 20 | 29 | 40 | 16 | 528 |
| 2. kvintil | 8 | 14 | 17 | 34 | 43 | 14 | 553 |
| 3. kvintil | 7 | 15 | 18 | 33 | 48 | 13 | 567 |
| 4. kvintil | 4 | 9 | 18 | 32 | 48 | 11 | 588 |
| 5. kvintil | 3 | 6 | 15 | 37 | 57 | 14 | 622 |
| Kvinner | | | | | | | |
| 1. kvintil | 9 | 14 | 15 | 45 | 55 | 15 | 614 |
| 2. kvintil | 9 | 12 | 14 | 52 | 61 | 14 | 590 |
| 3. kvintil | 6 | 12 | 16 | 50 | 64 | 12 | 575 |
| 4. kvintil | 6 | 7 | 11 | 54 | 72 | 12 | 554 |
| 5. kvintil | 5 | 7 | 8 | 50 | 66 | 13 | 520 |

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse 2025

I tabell 6.9 er det plukket ut tre indikatorer på et sunt kosthold: Frukt og bær daglig, grønnsaker og salat daglig, fisk eller sjømat 4-7 ganger i uka. Både konsum av grønnsaker og frukt har for eksempel blitt knyttet til lavere risiko for å utvikle kreft (Mæland 2021). Vi ser av tabellen at menn i laveste kvintil skiller seg ut ved å ha det laveste forbruket av både frukt og bær, samt grønnsaker og salat. Kvinner spiser disse matvarene oftere enn menn, uansett inntektsnivå. Blant menn er det forskjellene i forbruk av grønnsaker som er de tydeligste på tvers av inntektsnivåene. Forbruket av fisk og sjømat varierer derimot lite mellom kjønn og inntektsgrupper.

Til sammenlikning viser den nasjonale folkehelseundersøkelsen store forskjeller i kosthold mellom dem som vurderer husholdningsøkonomien som vanskelig (vanskelig eller svært vanskelig) og som lett (lett eller svært lett). For eksempel øker daglig inntak av frukt eller bær fra 22 prosent blant menn som synes det er vanskelig å få pengene til å strekke til, til 38 prosent blant menn som synes det er lett. Blant kvinner var det en tilsvarende økning fra 41 til 57 prosent (justert for alder). Også her er ytterpunktene menn med dårlig økonomi og kvinner med god økonomi. Daglig inntak av grønnsaker viser omtrent det samme mønsteret, men forskjellene er enda noe større. Andelen som spiser fisk minst 2-3 ganger i uken varierer lite med kjønn, men er noe høyere hos dem med best egenvurdert økonomi (Vedaa et al.2026).

Menn som synes at det er vanskelig å få pengene til å strekke til er også de som oftest drikker sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere (39 prosent). Det er hyppigere enn blant kvinner i samme økonomiske situasjon. Blant kvinner som synes det er lett å få pengene til å strekke til, er det bare 21 prosent som drikker sukkerholdig brus/leskedrikk like ofte (Vedaa et al.2026).

Fysisk aktivitet er helsefremmende, kan forebygge en rekke sykdommer, og bidra til høyere livskvalitet (Mæland 2021). Også dette er en aktivitet som er sosialt og økonomisk skjevfordelt, med sannsynlige konsekvenser for helseforskjellene. Tabell 6.9 viser at andelen som aldri mosjonerer er høyest blant menn i laveste inntektskvintil, og synker med økende inntekt, både blant menn og kvinner.

Tabell 6.10 er basert på Livskvalitetsundersøkelsen 2025. Den viser blant annet hvordan andelen som oppgir at de sjelden eller aldri trener eller er fysisk aktive, slik at de blir andpustne eller svette, varierer mellom inntektslagene. Vi ser at andelen som er lite aktiv blant menn synker med økende inntekt, fra 25 prosent i laveste kvartil til 8 prosent i øverste kvartil. Det er med andre ord tre ganger så mange inaktive i laveste som i høyeste kvartil, som er i godt samsvar med resultatene fra Levekårsundersøkelsen om helse (tabell 6.9).

Den nasjonale folkehelseundersøkelsen bekrefter disse forskjellene (Vedaa et al.2026), og viser at andelen som er fysisk aktiv minst fire dager i uka øker når husholdningsøkonomien vurderes som bedre, både blant menn og kvinner (justert for alder).

Vi finner en sterk sammenheng mellom treningsaktivitet og egenvurdert helse i vår analyse av Livskvalitetsundersøkelsen (tabell 6.10). De mest aktive har også bedre helse (tall ikke vist). En mulig forklaring på dette er at det er mangelen på aktivitet som har ført til dårligere helse blant de inaktive. Men det kan også tenkes at årsaksretningen går motsatt vei. Det kan på flere måter være mer utfordrende å få til en treningsaktivitet hvis en person i utgangspunktet ikke har god helse, for eksempel på grunn av smerter eller leddproblemer. Mindre aktivitet blant dem med lav inntekt kan slik sett også ses i lys av dårligere helse i denne gruppa.

Liten fysisk aktivitet og et energirikt kosthold, med mye sukker, kan føre til fedme, en kroppsmasseindeks (KMI) som er 30 eller høyere. KMI=vekt (kg) /høyde (m)$^2$. Overvekt og fedme kan forverre eller framkalle ulike sykdommer. En KMI på over 30 øker risikoen for en tidlig død (Mæland, 2021). Menn har en noe større andel med fedme enn det kvinner har, ifølge Levekårsundersøkelsen om helse 2025 (tabell 6.9). Blant dem med lavest inntekt er det en av fem menn som er utsatt for fedme, 5 prosentpoeng flere enn blant de rikeste mennene. Ifølge Folkehelseundersøkelsen var andelen med fedme 26,0 og 26,5 prosent blant henholdsvis menn og kvinner som synes det er vanskelig å få pengene til å strekke til, sammenliknet med 15 og 13 prosent blant dem som synes det er lett (Vedaa et al. 2026). De sistnevnte tallene er justert for aldersforskjeller.

**Tabell 6.10 Trening, søvnproblemer, mestringsfølelse og ensomhet etter inntektskvartil og kjønn. Menn og kvinner 30-59 år, 2025. Prosentandel av alle i kvartilene**

| | 1. kvartil | 2. kvartil | 3. kvartil | 4. kvartil |
|---|---|---|---|---|
| Trener sjelden eller aldri | | | | |
| Menn | 25 | 16 | 11 | 8 |
| Kvinner | 22 | 15 | 9 | 7 |
| Plaget av søvnproblemer | | | | |
| Menn | 33 | 25 | 19 | 17 |
| Kvinner | 35 | 27 | 25 | 24 |
| Lav mestringsfølelse | | | | |
| Menn | 37 | 28 | 21 | 14 |
| Kvinner | 36 | 28 | 21 | 19 |
| Plaget av ensomhet siste 14 dager | | | | |
| Menn | 27 | 19 | 13 | 9 |
| Kvinner | 26 | 16 | 14 | 9 |

Note: Tallene viser hvor stor andel av menn og kvinner i hvert inntektskvartil som har kjennetegnet, for eksempel andelen med lav mestringsfølelse blant menn i 1. kvartil. Vi viser ikke de øvrige kategoriene, så radene summerer ikke til 100 prosent.
Kilde: Livskvalitetsundersøkelsen 2025

God søvn nevnes ofte som en sentral bidragsyter til å opprettholde god helse og livskvalitet (Hjelle 2020). Kroniske søvnproblemer innebærer at kroppens hvile- og reparasjonssystemer fungerer mindre effektivt, og kan over tid øke risikoen for flere typer helseproblemer. Både psykiske og fysiske helseproblemer påvirker søvnen på en negativ måte. Søvnproblemene kan være en viktig faktor i forklaringen på hvordan stress og psykiske belastninger kommer «under huden» og over tid undergraver den fysiske helsetilstanden.

Personer i laveste inntektskvartil, både menn og kvinner, er langt mer plaget av søvnproblemer enn dem som har høyere inntekter (tabell 6.10). Plagsomme søvnproblemer er omtrent dobbelt så vanlig blant menn i laveste som i høyeste kvartil. Kvinner i laveste kvartil er like utsatt som menn, men forskjellene sammenlignet med høyere inntektslag er mindre hos kvinner.

### Opplevd kontroll og mestring, sosiale nettverk og ensomhet

En opplevelse av kontroll og mestring kan ha stor betydning for hvordan et menneske klarer å møte livets utfordringer. Lav opplevelse av kontroll reduserer motivasjonen for, og troen på, at det nytter å kjempe. Livskvalitetsundersøkelsen inneholder et mye brukt mål på dette, Pearlin og Schooler's

(1978) mestringsskala (Mastery Scale). Skalaen består av fem spørsmål, noen negativt formulert (eksempel: «jeg har liten kontroll over det som hender meg») og andre positivt formulert (eksempel: «Hvis jeg virkelig bestemmer meg kan jeg gjøre nesten hva som helst»). Spørsmålene skal besvares på en skala fra 1 til 5, der 1 er helt uenig og 5 er helt enig. Når poengberegningen snus for de negativt formulerte spørsmålene (slik at å være uenig gir mest poeng) får vi en skala som varierer mellom 5 og 25. Det er vanlig å sette en grense for det som regnes som lav mestring ved 14 poeng eller lavere, som gjør at vi skiller ut en andel av befolkningen der rundt en av fire har lav mestringsopplevelse.

Vi ser av tabell 6.10 at en lav mestringsopplevelse blir mindre vanlig med økende inntekt, både blant menn og kvinner. Forskjellen er noe større blant menn. Det er en sterk sammenheng mellom mestringsopplevelse og helse/livskvalitet. Det gjelder både generelt i befolkningen, og blant dem som tilhører laveste kvartil. Disse forskjellene er ganske like for menn og kvinner. Mens vel seks av ti menn med lav mestringsfølelse ikke har god helse, er andelen under halvparten av dette blant menn med en sterkere opplevelse av mestring (tall ikke vist).

Gode sosiale nettverk er en ressurs som både kan forebygge at problemer med helse og livskvalitet oppstår, og som representerer hjelp og støtte når helsetilstanden forverres. Det har etter hvert vist seg at både sosial isolasjon og ensomhet kan ha alvorlige konsekvenser for fysisk og psykisk helse (Holt-Lunstad et al. 2010; Leigh-Hunt et al. 2017). I den grad nettverksressurser og ensomhet er ulikt fordelt mellom inntektsgruppene, kan dette derfor også bidra til å skape eller opprettholde inntektsforskjeller i helse og livskvalitet. En tidligere norsk studie, basert på NorLag-undersøkelsen, fant at personer med høyere sosioøkonomisk posisjon (inkludert inntekt) hadde sosiale nettverk som i større grad beskyttet mot ensomhet, og som igjen ledet til bedre fysisk helse for denne gruppa. Forfatterne anfører at tiltak for å redusere helseulikheter kan bli mer effektive hvis de inkluderer tiltak for å motvirke ensomhet (Aartsen et al. 2017).

I Livskvalitetsundersøkelsen er det spurt om personene som deltar har vært plaget av en følelse av ensomhet i løpet av de siste 14 dagene. Vi ser her på dem som oppgir at de har vært ganske mye eller svært mye plaget. Tabell 6.10 viser hvordan dette varierer mellom inntektskvartilene. Om lag tre ganger så mange er mye plaget av ensomhet i laveste sammenlignet med rikeste kvartil, et mønster som er helt identisk for menn og kvinner.

Livskvalitetsundersøkelsen inneholder også et annet mål på ensomhet. Det er et spørsmålsbatteri med tre spørsmål, der ordet «ensom» ikke er nevnt. Isteden spørres det om ensomhet på en mer indirekte måte, for eksempel ved å spørre om hvor ofte man føler seg isolert fra andre. En indeks basert på disse tre spørsmålene gir resultater som er svært like de vi ser i tabell 6.10 (tall ikke vist). Som også den internasjonale forskningslitteraturen viser, er det sterke sammenhenger mellom ensomhetsopplevelse og helse/livskvalitet. For eksempel er hele sju av ti ensomplagede menn lite tilfredse med livet, sammenlignet med bare 15 prosent blant dem som overhodet ikke er plaget av ensomhet (tall ikke vist).

### Bruk av helsetjenester

Både kurative og forebyggende helsetjenester er ressurser som samfunnet stiller til rådighet for at individer med behov skal få hjelp til å motvirke og bekjempe sykdom, og til å forebygge at sykdom oppstår. Spørsmålet er så om ressursene er fordelt i henhold til behovet. Behovet for tjenester er først og fremst knyttet til helsetilstanden. Gruppene i befolkningen som har dårligst helse, og størst risiko for å utvikle nye helseproblemer, har størst behov for kurative og forebyggende tjenester. Som vi så i kapittel 4, er det en klar tendens til at både fysisk og psykisk helse forverres med synkende inntekter. Det burde tilsi at bruk av helsetjenestene var fordelt på tilsvarende vis, altså at bruken var høyest blant dem med lavest inntekt, fordi behovet er størst i denne gruppa.

Som tabell 6.11 viser, basert på data fra Levekårsundersøkelsen om helse, er det imidlertid bare to typer helsetjenester som i noen grad følger et slikt mønster, og det er besøk hos allmennlege, og

hos psykolog. Særlig blant menn er det femtedelen med lavest inntekt som oftest bruker en psykolog i løpet av et år, og menn i de to laveste inntektskvintilene er også dem som i størst grad har oppsøkt allmennlege. For øvrig er det enten små inntektsforskjeller (besøk hos legespesialist, innlagt på sykehus) eller forskjeller i favør av de rikeste (tannlege, fysioterapeut). Forskjellene i bruken av tannlegetjenester er som forventet særlig store, siden dette også er den dyreste tjenesten. Bruken av tannlege de siste 12 månedene er 20 prosentpoeng lavere blant menn i laveste inntektskvintil enn blant menn i øverste kvintil. Blant kvinner er forskjellene klart mindre (12 prosentpoeng). Menn i laveste kvintil bruker altså tannlege minst, på tross av at de har dårligst tannhelse (jf. tabell 6.1). Som vi skal se seinere, er det i lavinntektsgruppen også mere vanlig å unnlate å oppsøke tannlege, selv når behovet er der.

**Tabell 6.11 Bruk av helsetjenester blant menn og kvinner i kvintiler for månedlig husholdningsinntekt etter skatt per forbruksenhet. Personer 16+ år, 2025. Prosent**

| | Legespesialist siste 4 uker | Allmennlege siste 4 uker | Tannlege siste 12 mnd. | Fysioterapeut siste 12 mnd. | Psykolog siste 12 mnd. | Innlagt på sykehus siste 12 mnd. | Antall som svarte |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Menn | | | | | | | |
| 1. kvintil | 11 | 33 | 62 | 19 | 11 | 8 | 528 |
| 2. kvintil | 11 | 32 | 70 | 24 | 6 | 10 | 553 |
| 3. kvintil | 11 | 25 | 70 | 26 | 7 | 7 | 567 |
| 4. kvintil | 13 | 26 | 75 | 31 | 8 | 9 | 588 |
| 5. kvintil | 10 | 22 | 82 | 28 | 6 | 7 | 622 |
| Kvinner | | | | | | | |
| 1. kvintil | 15 | 37 | 73 | 27 | 14 | 10 | 614 |
| 2. kvintil | 16 | 39 | 79 | 30 | 12 | 13 | 590 |
| 3. kvintil | 15 | 34 | 84 | 40 | 15 | 10 | 575 |
| 4. kvintil | 15 | 30 | 83 | 34 | 9 | 10 | 554 |
| 5. kvintil | 12 | 33 | 85 | 36 | 9 | 9 | 520 |

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse 2025

Hva med bruken av forskjellige typer medisinske tester som kan avsløre sykdom, eller som kan brukes i forebyggende øyemed? Som tabell 6.12 viser, er heller ikke bruken av disse testene i det store og hele «pro fattige». Unntaket er måling av blodtrykk hos kvinner. Blant menn varierer blodtrykksmålingen lite med inntekt. Gjennomgående er inntektsforskjellene større hos menn enn hos kvinner, og menn i laveste inntektskvintil skiller seg ut som gruppen med lavest bruk, både sammenlignet med andre menn og med kvinner. De utgjør for eksempel gruppen som i minst utstrekning har målt kolesterolet og blodsukkeret de siste tre årene. De største forskjellene vedrører bruken av influensavaksine, der vi også finner den desidert laveste bruken blant menn med lav inntekt, også lavere enn blant kvinner i samme inntektsgruppe.

**Tabell 6.12 Bruk av ulike tester og vaksine for influensa blant menn og kvinner, i kvintiler for månedlig husholdningsinntekt etter skatt per forbruksenhet. Personer 16+ år, 2025. Prosent**

| | Avføringsprøve siste 3 år | Noen gang tatt koloskopi | Målt kolesterol siste 3 år | Målt blodsukker siste 3 år | Målt blodtrykk siste 12 mnd. | Vaksinert for influensa siste 12 mnd. | Antall som svarte |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Menn** | | | | | | | |
| 1. kvintil | 10 | 19 | 66 | 68 | 61 | 20 | 528 |
| 2. kvintil | 12 | 23 | 75 | 76 | 67 | 29 | 553 |
| 3. kvintil | 14 | 22 | 73 | 73 | 60 | 26 | 567 |
| 4. kvintil | 11 | 21 | 75 | 78 | 62 | 27 | 588 |
| 5. kvintil | 16 | 25 | 78 | 79 | 63 | 37 | 622 |
| **Kvinner** | | | | | | | |
| 1. kvintil | 11 | 25 | 73 | 75 | 70 | 30 | 614 |
| 2. kvintil | 16 | 26 | 76 | 79 | 67 | 36 | 590 |
| 3. kvintil | 14 | 22 | 75 | 74 | 61 | 34 | 575 |
| 4. kvintil | 15 | 20 | 77 | 78 | 62 | 38 | 554 |
| 5. kvintil | 16 | 27 | 79 | 77 | 63 | 38 | 520 |

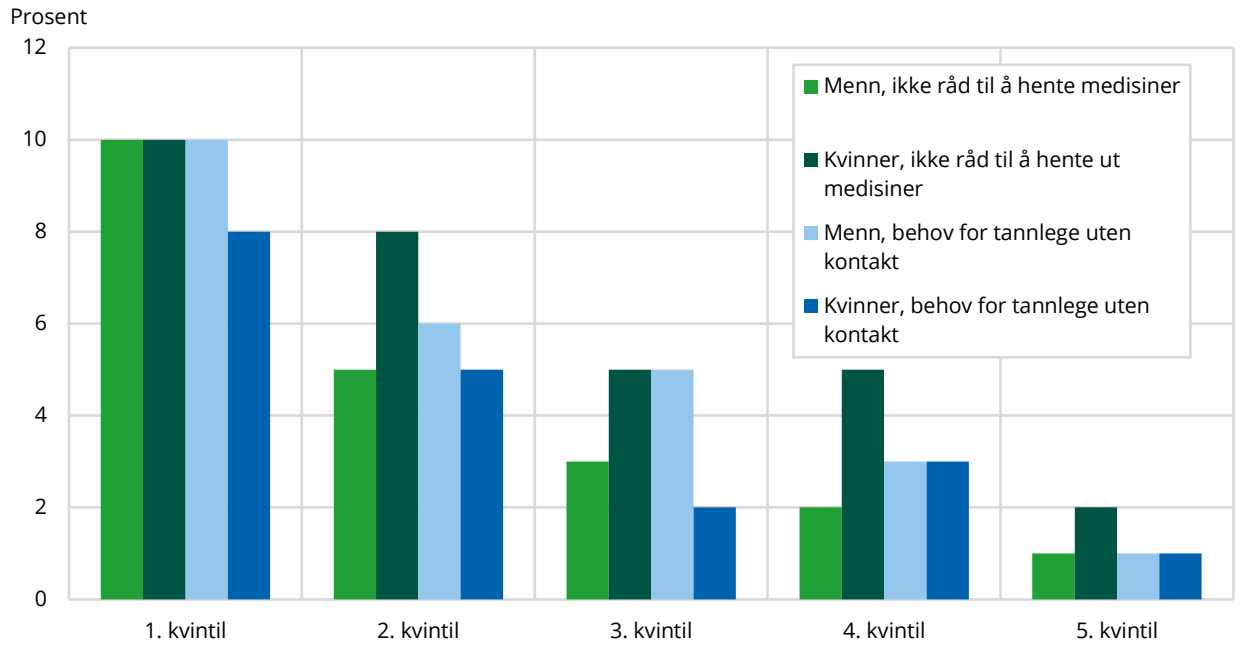
Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse 2025

I tråd med forskjellene vist ovenfor, er det også grunn til å tro at det er større udekkede behov for helsetjenester i de lavere inntektslagene. I Levekårsundersøkelsen om helse er det spørsmål om den enkelte har hatt behov for time hos tannlege de siste 12 månedene, uten å ta kontakt. Det er også stilt samme spørsmål om kontakt med psykolog, og det er ett spørsmål om medisiner, om det har hendt at man har latt være å hente ut reseptmedisiner på apoteket fordi man ikke hadde råd. Alle formene for udekkede behov er mer utbredt blant menn med lav enn med høy inntekt, men de absolutte forskjellene i udekkede behov for psykolog er små (2 prosentpoeng). Figur 6.9 viser ulikhetene mellom inntektskvintilene i udekkede behov for tannlegetjenester og reseptmedisiner. Merk at det ikke er angitt noen spesifikk tidsramme for manglende uthenting av reseptmedisiner; det er bare spurt om det noen gang har skjedd. Ulikhetene mellom inntektskvintilene er omtrent de samme for menn som for kvinner.

I Levekårsundersøkelsen EU-SILC har det gjennom en årrekke blitt stilt spørsmål om en person har hatt et udekket behov for tannlegehjelp de siste 12 måneder, av økonomiske årsaker. Fra 2011 til 2025 har det vært en økende andel som oppgir et slikt udekket behov, og økningen har vært sterkest for personer tilhørende laveste inntektskvartil (Skar og Ekornrud 2026).

Analyser av den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2025 viser at det udekkede behovet for tre ulike typer helsetjenester (legehjelp, profesjonell hjelp for psykiske plager, tannlegehjelp) er større blant dem som opplever at det er vanskelig å få inntekten til å strekke til i det daglige, sammenlignet med dem som opplever at det er lett (justert for kjønn og alder). De absolutte forskjellene i forekomsten av et udekket behov for legehjelp er minst, mens forskjellene knyttet til et udekket behov for tannlegehjelp er størst. Andelen som har hatt behov for tannlege/tannpleier siste 12 måneder, men som ikke har søkt hjelp, var i 2025 15,6 prosent blant dem som opplever økonomien som vanskelig, og 3,9 prosent blant dem som opplever den som lett (Vedaa et al. 2026).

**Figur 6.9** **Andel som har opplevd å ikke ha råd til å hente ut medisiner på resept, og andel som har latt være å gå til tannlegen selv ved behov siste 12 måneder. Menn og kvinner i ulike inntektskvintiler, 16+ år, 2025. Prosent**



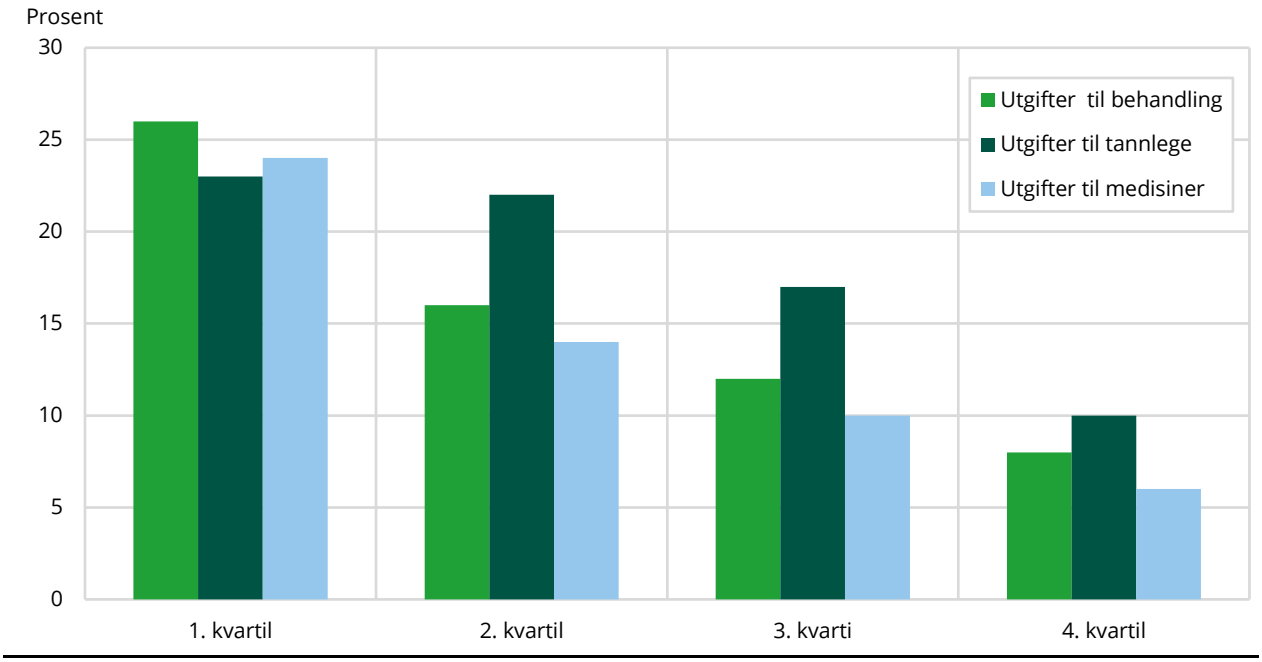

Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, 2025.

At de udekkede behovene, og forskjellene i bruk, er størst for tannlegetjenester, sannsynliggjør at dette har sammenheng med at brukeren selv må dekke mye av kostnadene ved denne formen for behandling.

Men selv om kostnadene ikke skulle påvirke bruken, kan utgiftene til tannlegebehandling og annen medisinsk behandling likevel oppleves som en økonomisk belastning, og slik sett bidra til dårligere livskvalitet. Andelen som synes at utgifter til lege eller medisinsk behandling, til tannlege og til medisiner er noe eller svært tyngende for husholdningens økonomi, har sammenheng med inntekt (figur 6.10). I laveste kvartil er det om lag en fjerdedel som opplever dette, uansett hvilken form for utgift det er snakk om. Noe overraskende oppleves utgifter til medisinsk behandling og til medisiner som vel så tyngende som utgifter til tannlege. I høyere inntektslag er det utgiftene til tannbehandling som oppleves som mest tyngende.

Andre analyser har vist at det er personer som både har nedsatt helse og lav inntekt som i størst grad opplever at utgiftene til medisiner er tyngende, i Norge som i Nederland og andre nordiske land (Aaltonen og Vaalavuo 2024).

**Figur 6.10 Andel som synes utgifter til lege, til tannlege og til medisiner er noe tyngende eller svært tyngende for husholdningens økonomi de siste 12 måneder, etter inntektskvartiler. Personer 16+ år, 2025. Prosent**




Kilde: Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2025. https://www.ssb.no/statbank/table/13644

## 6.4. Sammenhengen mellom inntekt, helse og livskvalitet når vi justerer for andre faktorer

Hvordan endres sammenhengen mellom inntekt og helse/livskvalitet blant menn og kvinner, når vi kontrollerer for ulike egenskaper som kan påvirke denne sammenhengen? Dette vil dels være egenskaper som antas å formidle effekten av inntekt (mellomliggende variabler) og dels egenskaper som er såkalt konfunderende, som kan påvirke både inntekt og helse/livskvalitet og skape en spuriøs sammenheng. Et eksempel på det første er graden av økonomisk stress. Denne formen for stress påvirkes av inntekten og kan i sin tur bidra til lav livskvalitet og psykiske eller fysiske helseproblemer. Et eksempel på en konfunderende faktor er utdanningsnivå. Et lavt utdanningsnivå er forbundet med både helseproblemer og større risiko for å forsvinne ut av arbeidsmarkedet, som igjen gir relativt lav inntekt over livsløpet. Samtidig kan vi ikke se helt bort fra at inntekten i seg selv også kan ha noe å si for utdanningsnivået blant voksne, hvis det for eksempel koster penger å ta videreutdanning. Det er ikke alltid lett å gjøre noe absolutt skille mellom de formidlende og konfunderende egenskapene.

Et annet problem i tolkningen av resultatene, når vi som her benytter oss av tverrsnittsundersøkelser, er hvilken vei årsaksretningen går. Et åpenbart eksempel er eie av egen

bolig. Høyere inntekter gir muligheter for å kjøpe egen bolig, som igjen kan ha en effekt på psykisk helse og livskvalitet. Å eie en bolig gir på den andre siden også muligheter for økte inntekter ved å kunne leie ut en del av boligen, og større økonomiske ressurser gjennom formuesstigning.

I det følgende skal vi ta for oss to indikatorer, en for helse og en for subjektiv livskvalitet, basert på Livskvalitetsundersøkelsene 2023-2025. I dette tilfellet ser vi på hele den voksne befolkningen, 18+ år. Helseindikatoren er den egenvurderte helsetilstanden, nærmere bestemt dem som oppgir at helsa verken er god eller dårlig, dårlig eller svært dårlig, sammenlignet med dem som har god eller svært god helse. Indikatoren på livskvalitet er lav tilfredshet, det vil si å skåre lavt (0-5) på en skala for tilfredshet med livet som går fra 0-10, som sammenlignes med dem som skårer 6-10. Metoden er logistisk regresjon, og styrken på sammenhengene mellom forklarings- og kontrollvariablene på den ene siden og utfallsvariabelen på den andre siden måles ved oddsraten (oddsratio). Oddsrater over 1 viser at sammenhengen er positiv, mens oddsrater under 1 viser at sammenhengen er negativ.

Begge indikatorene analyseres gjennom bruk av fire modeller, med stort sett de samme variablene for hver indikator. I den første modellen kontrolleres sammenhengen mellom inntektskvartiler og helse/livskvalitet bare for egenskaper som vi i hovedsak anser som konfunderende: alder, innvandringsstatus og utdanningsnivå.

I modell 2 trekker vi inn flere av de sosiodemografiske forskjellene som vi har sett på tidligere: Enslig (versus gift/samboende), leier boligen (versus eier), brutto finanskapital i kvartiler (referansegruppe 4. kvartil) og posisjon på arbeidsmarkedet (arbeidsledig eller NEET-status). Dette er i større grad en blanding av mulige konfunderende og formidlende egenskaper. Høyere inntekter over tid gir bedre muligheter for å bygge opp finanskapitalen, med større økonomisk trygghet og handlefrihet som resultat. Som nevnt er mulighetene for å kjøpe bolig også sterkt avhengig av inntektsnivået. Å være enslig og ha en svak posisjon på arbeidsmarkedet kan på sin side betraktes som konfunderende variabler, siden begge er forbundet med dårligere helse, lav livskvalitet og inntekter under gjennomsnittet. Samtidig kan en ikke se bort fra at inntektsnivået også kan påvirke mulighetene på partner- og arbeidsmarkedet. Her er modellene litt forskjellige, avhengig av om vi ser på helse eller livstilfredshet. I modellen for helse brukes bare arbeidsledighet som indikator på arbeidsmarkedsposisjon, mens i analysen av tilfredshet brukes status som NEET (verken i arbeid eller under utdanning. Å være pensjonist regnes ikke med som en del av NEET). Årsaken er den sterke sammenhengen mellom egenvurdert helse og NEET, som tidligere vist. De aller fleste som står utenfor arbeidsliv og utdanning over lengre tid i Norge, gjør det av helsemessige årsaker, og mottar uføretrygd eller andre helseytelser. De er også overrepresentert i laveste inntektskvartil. Å forklare dårlig helse blant menn med lav inntekt med at mange i denne gruppen mottar helserelaterte ytelser, gir ikke så mye mening. Derimot gir det mere mening at lav tilfredshet blant menn i laveste inntektskvartil kan ha sammenheng med at mange i denne gruppen er utenfor arbeid og utdanning, som regel på grunn av dårlig helse.

I modell 3 trekkes det inn indikatorer på økonomisk stress og problemer av en materiell og fysisk karakter. Dette er faktorer som er knyttet til teoriene om at sosioøkonomiske helseforskjeller best forklares gjennom ulikhet i hvilke materielle betingelser som mennesker lever under. Her inngår fire indikatorer: 1) Opplever det som vanskelig å få inntekten til å strekke til i det daglige, 2) Oppgir å ikke ha råd til minst to av fem basisgoder: Gå til tannlege ved behov, betale for en ukes ferie utenfor hjemmet, spise kjøtt, fisk eller variert og sunn vegetarkost annenhver dag, holde boligen passe varm, bytte ut utslitte møbler, 3) er utsatt for minst ett av tre problemer i boligen (råte, fukt, lite dagslys), 4) problemer med støy utenfra og/eller støv, lukt eller annen forurensning i området rundt boligen.

I den fjerde og siste modellen legges det størst vekt på det som kan kalles psykososiale faktorer: Lav skår på skalaen for mestringstro, å være mye plaget av ensomhet, ha lite nettverk (færre enn tre som en kan regne med hvis en får store personlige problemer), samt være mye plaget av søvnproblemer. Dette er egenskaper som i seg selv kan være med og forårsake stress og psykiske

belastninger, og slik sett formidle effekten av inntekt på helse og livskvalitet. Dette er også faktorer som gjør det vanskeligere å mestre livets utfordringer. Både få sosiale ressurser, dårlig søvn og liten tro på egen evne til å påvirke sin livsskjebne, gir større utfordringer med å overkomme alle slags belastninger, inkludert dårlig helse.

### Egenvurdert helse

Tabell 6.13 viser resultatene når de fire modellene beregnes med mangel på god egenvurdert helse som utfallsvariabel. Den første modellen viser at det er en klar sammenheng mellom tilhørighet til laveste inntektskvartil og egenvurdert helse, selv når vi kontrollerer for utdanningsnivå, alder (ikke vist, inngår som lineær og kvadrert variabel for å fange opp kurvelineære sammenhenger) og innvandringsstatus. Sammenlignet med menn i høyeste inntektskvartil, har menn i laveste inntektskvartil signifikant høyere sannsynlighet for ikke å ha god helse. Styrken på sammenhengen er omtrent den samme for menn som for kvinner med lav inntekt (sammenlignet med menn i høyeste inntektskvartil). Innvandrere fra Asia, Afrika etc. har en svakt bedre vurdering av sin helse enn det den øvrige befolkningen har, når det tas hensyn til inntekts- og utdanningsforskjeller.

Når vi inkluderer, i modell 2, forskjeller knyttet til andre sosiodemografiske egenskaper, reduseres ulikhetene mellom inntektskvartilene betydelig. Tar vi hensyn til at menn med lav inntekt har en overrepresentasjon av enslige, arbeidsledige og leietakere, samt personer med liten finanskapital, reduseres forskjellen sammenlignet med de rikeste mennene. Oddsraten for menn i laveste inntektskvartil endres fra 2,26 i første modell til 1,70 i andre. Den økte sannsynligheten for å rapportere mangel på god egenvurdert helse, målt som den delen av oddsraten som ligger over 1, reduseres dermed med 44 prosent ((2,26 − 1,70) / (2,26 − 1)). Vi kan legge merke til at utdanningsforskjellene i liten grad reduseres ved kontroll for disse egenskapene. Sammenhengen med arbeidsledighet er sterkest (oddsrate 1,72). Personer med liten finanskapital og som leier boligen har også signifikant dårligere egenvurdert helse enn andre. Det er først og fremst personer med finanskapital i laveste kvartil som skiller seg ut.

I tredje modell inngår økonomisk stress og de ulike materielle faktorene. Det gir en ytterligere reduksjon av forskjellene mellom inntektskvartilene, ned til oddsraten 1.43 for laveste versus høyeste inntektskvartil blant menn. Vi kan legge merke til at det nå er små forskjeller mellom de tre nederste inntektskvartilene blant menn; det er øverste kvartil som skiller seg signifikant ut. Betydningen av lav finanskapital reduseres også kraftig, det samme gjelder estimatet for arbeidsledighet og status som leietaker. Det er den materielle deprivasjonen som betyr mest – oddsraten er 2.11, sammenlignet med oddsen blant dem som ikke mangler slike basisgoder. I tillegg er både problemer i boligen, som fukt og råte, problemer med støy og forurensning, og vansker med å få pengene til å strekke til, hver for seg forbundet med noe dårligere egenvurdert helse.

I siste modell er det de psykososiale ressursene som inngår. Forskjellen mellom inntektskvartilene reduseres ytterligere, ned til 1.28 for laveste inntektskvartil blant menn sammenlignet med referansegruppen menn i høyeste kvartil. Forskjellene mellom laveste og høyeste inntektskvartil blant menn er dermed alt i alt, sammenlignet med utgangspunktet i modell 1, redusert med 78 prosent. Det er sterke sammenhenger mellom egenvurdert helse og de psykososiale faktorene, særlig forekomsten av alvorlige søvnproblemer og det å ha liten tro på egen mestringsevne. En sterk opplevelse av ensomhet øker også risikoen for å mangle god helse.

Vi ser at betydningen av de materielle faktorene reduseres en god del og blir svakere når det kontrolleres for de psykososiale faktorene. Det kan bety at effekten av de materielle omstendighetene delvis formidles gjennom psykososiale mekanismer, for eksempel at materiell deprivasjon og økonomisk stress bidrar til lav mestringstro og problemer med søvn. Mangelfulle sosiale nettverk kan skape en opplevelse av liten støtte i mestringen av de økonomiske problemene. Helt konkret er det en åpenbar sammenheng mellom støyproblemer og risiko for dårlig søvn. På samme tid er det sannsynlig at påvirkningspilene også går motsatt vei, altså at lav mestringstro, svake nettverk og store søvnproblemer er et uttrykk for effekten av å ha vedvarende

helseproblemer. Helseproblemer øker sannsynligvis varheten for støy. Ut fra disse tverrsnittsdataene er det ikke mulig å si noe sikkert om dette, ut over å fastslå at det er en sammenheng.

Ved å velge høyeste kvartil blant menn som referansegruppe, får vi ikke svar på om det er signifikante forskjeller mellom menn og kvinner som har lav inntekt, og om menn med lavinntekt skiller seg signifikant fra dem som tilhører kvartil 2 og 3. Vi har derfor estimert de samme modellene med lavinntektsmenn som referansegruppe (se vedleggstabell A1). Modell 1 viser klart signifikante forskjeller mellom menn som tilhører inntektskvartil 1 og dem som tilhører de høyere kvartilene. Beregningene viser også at kvinner i laveste kvartil har noe høyere sannsynlighet for ikke å ha god egenvurdert helse, sammenlignet med menn i samme inntektsgruppe. I modell 2 er ikke lenger forskjellen mellom kvartil 1 og 2 blant menn signifikant, mens de andre forskjellene (menn i 3. og 4. inntektskvartil) holder seg. I modell 3 er det ingen signifikant forskjell mellom kvartil 1 og de øvrige kvartilene blant menn, med unntak av øverste kvartil. Det samme gjelder forskjellen mellom menn og kvinner i 1. kvartil. Modell 4 viser det samme. Den svært gode helsetilstanden blant menn med høy inntekt, sammenlignet med de andre kvartilene, lar seg altså ikke helt forklare (i statistisk forstand) av variablene i den fulle modellen.

Vi har også gjort analyser av de samme modellene som inngår i tabell 6.13, for utvalgte undergrupper: kjønn, innvandringsbakgrunn og alder. (tall ikke vist). Her må en imidlertid være oppmerksom på at fordelingen på kvartiler endrer seg når analysen skal dekke forskjellige undergrupper. Kvartilgrensene er beregnet for befolkningen som helhet. Det er for eksempel langt vanligere å tilhøre laveste kvartil blant dem som er innvandrere enn blant dem som tilhører den øvrige befolkningen.

Når vi beregner separate modeller for menn og kvinner, er hovedinntrykket store likheter i hvilke faktorer som har betydning. Den største forskjellen berører status som enslig, som har en noe sterkere sammenheng med egenvurdert helse blant menn enn kvinner i modell 2 og 3. I modell 3 er ikke sammenhengen med status som enslig lenger signifikant for kvinner. I modell 4 er det et noe sterkere utslag av ensomhet blant kvinner enn menn.

Når vi kjører modeller separat for innvandrere og øvrig befolkning, er forskjellene etter inntektskvartiler noe større i den øvrige befolkningen. Utdanningsforskjellene er også langt sterkere i denne befolkningsgruppen, likeledes er sammenhengene med arbeidsledighet og lav mestringsfølelse klart større sammenlignet med innvandrerne. Kvartil 1 skiller seg mer ut i den øvrige befolkningen, blant innvandrerne er det ikke signifikante forskjeller mellom 1. og 2. kvartil i modell 1. En annen forskjell er at innvandrerkvinnene i 1. kvartil oftere oppgir at de ikke har god helse enn innvandrermennene i samme inntektsgruppe. En tilsvarende forskjell finner vi ikke i den øvrige befolkningen.

Endelig har vi også gjort separate analyser for tre aldersgrupper: 18-34, 35-59 og 60+ år. Blant menn er inntektsforskjellene i modell 1 klart størst i aldersgruppen 35-59 år, og minst i den yngste aldersgruppen. Det samme er tilfelle blant kvinner. I fjerde og siste modell er det bare i aldersgruppen 35-59 år vi finner signifikante forskjeller mellom 1 og 4. kvartil blant menn (OR=1.50, sammenlignet med 1.28 i tabell 6.13). Denne aldersgruppen er også den eneste der vi fortsatt finner en jevnt synkende andel uten god helse med økende inntektsnivå, både blant menn og kvinner. Derimot ser det ut til at arbeidsledighet og lavt utdanningsnivå betyr mer for egenvurdert helse i den yngste enn i de eldre aldersgruppene. Analysen av den eldste aldersgruppen skiller seg ut på to fronter: I denne aldersgruppen har innvandrerne dårligere egenvurdert helse enn den øvrige befolkningen (modell 1), altså det motsatte mønsteret av det vi finner i de yngre aldersgruppene. Det er i tråd med annen forskning (Blom 2017). Eldre som er leietakere har også dårligere egenvurdert helse enn dem som eier boligen (modell 4), i motsetning til de yngre aldersgruppene der sammenhengene er svake og ikke statistisk signifikante.

**Tabell 6.13 Logistisk regresjon. Vurdering av egen helse som svært dårlig, dårlig eller verken god eller dårlig=1, god eller svært god=0. Menn og kvinner 18 år og eldre, 2023-2025. Oddsforhold[1]**

| | Modell 1 | Modell 2 | Modell 3 | Modell 4 |
|---|---|---|---|---|
| **Inntekt[2] og kjønn** | | | | |
| Menn | | | | |
| Kvartil 1 | 2.26** | 1.70** | 1.43** | 1.28** |
| Kvartil 2 | 1.84** | 1.62** | 1.48** | 1.36** |
| Kvartil 3 | 1.48** | 1.39** | 1.33** | 1.24** |
| Kvartil 3 (ref.) | . | . | . | . |
| Kvinner | | | | |
| Kvartil 1 | 2.61** | 1.95** | 1.58** | 1.40** |
| Kvartil 2 | 1.88** | 1.67** | 1.49** | 1.34** |
| Kvartil 3 | 1.44*/* | 1.37** | 1.28** | 1.14** |
| Kvartil 4 | 1.08** | 1.10** | 1.09* | 0.95 |
| **Innvandring** | | | | |
| Innvandrere Norden, EU/EFTA etc.[3] | 1.00 | 0.92 | 0.90 | 0.83** |
| Innvandrere Asia, Afrika etc.[4] | 0.92 | 0.84** | 0.74** | 0.65** |
| Øvrig befolkning (ref.) | . | . | . | . |
| **Utdanning** | | | | |
| Grunnskole | 2.20** | 2.04** | 1.92** | 1.74** |
| Videregående | 1.45** | 1.42** | 1.37** | 1.35** |
| Universitet-/høgskole lavere nivå (ref.) | . | . | . | . |
| Universitet-/høgskole, høyere nivå | 0.76** | 0.77** | 0.79** | 0.77** |
| **Familie** | | | | |
| Enslig | . | 1.22** | 1.14** | 0.97 |
| **Arbeidsmarked** | | . | | |
| Arbeidsledig | . | 1.72** | 1.40** | 1.21* |
| **Boligmarked** | | | | |
| Leier bolig | . | 1.35** | 1.12** | 1.09* |
| Brutto finanskapital kvartiler[5] | | | | |
| Kvartil 1 | . | 1.42** | 1.12** | 1.16** |
| Kvartil 2 | . | 1.14** | 1.06 | 1.09* |
| Kvartil 3 | . | 1.09* | 1.07 | 1.09* |
| Kvartil 4 (ref.) | . | . | . | . |
| **Økonomisk stress og materiell deprivasjon** | | | | |
| Vanskelig å få pengene til å strekke til | . | . | 1.47** | 1.13** |
| Ikke råd til minst to basisgoder | . | . | 2.11** | 1.59** |
| Minst ett problem i boligen | | . | 1.38** | 1.23** |
| Problem med støy eller forurensning | . | . | 1.38** | 1.20** |
| **Psykososiale faktorer** | | | . | |
| Lav mestringstro | . | . | | 2.77** |
| Mye plaget av ensomhet | . | . | . | 2.02** |
| Nettverk: Færre enn tre å stole på | . | . | | 1.39** |
| Mye plaget av søvnproblemer | . | . | . | 2.64** |
| | | | | |
| Antall som inngår i analysen | 50 581 | 50 581 | 50 581 | 50 581 |

*Signifikant på 5 prosent nivå, **Signifikant på 1 prosent nivå

[1]Alder i hele år, lineært og kvadrert, inngår modellen, men er ikke vist. Det gjelder også andelen med uoppgitt eller ingen utdanning

[2]Inntekt er husholdningsinntekt per forbruksenhet etter skatt

[3]Innvandrere fra Norden utenom Norge, EU/EFTA, Storbritannia, USA, Canada, Australia, New Zealand

[4]Innvandrere fra Asia, Afrika, Europa utenom EU/EFTA og Storbritannia, Amerika utenom USA og Canada, Oseania utenom Australia og NZ, og polare områder

[5]Husholdningens finanskapital beregnet per forbruksenhet

Kilde: Livskvalitetsundersøkelsene 2023-2025

## Lav tilfredshet med livet

Som med egenvurdert helse, er det store forskjeller i oddsen for lav tilfredshet, avhengig av plassering i inntektshierarkiet (tabell 6.14). Oddsraten er 2.5 blant menn, når laveste kvartil sammenlignes med høyeste kvartil, kontrollert for alder, utdanningsnivå og innvandringsstatus. Sammenhengen er omtrent den samme for kvinner. Innvandrere fra Asia, Afrika etc. har en noe

svakere risiko for lav tilfredshet enn øvrig befolkning, på linje med at andelen med dårlig helse også er lavere.

I modell 2 kontrolleres det for et ytterligere sett av sosiodemografiske variabler. Det har en sterk innvirkning på forskjellen mellom laveste og høyeste kvartil, som nå reduseres til en oddsrate på 1.40. En viktig forskjell fra analysen av egenvurdert helse er at status som enslig kontra å være i et samliv nå slår betydelig sterkere ut. Posisjonen på arbeidsmarkedet forklarer også statistisk sett mere av variasjonen. Oddsraten er hele 2,35, når oddsen blant dem som står utenfor arbeidsliv og utdanning sammenlignes med oddsen for dem som er innenfor. Det kan nevnes at hvis vi, som i forrige tabell, bare hadde brukt arbeidsledighet som indikator, ville også det ført til en kraftig reduksjon av forskjellen mellom den høyeste og laveste inntektskvartilen blant menn (oddsrate 1,71). Både arbeidsledighet og status som enslig korrelerer sterkere med lav tilfredshet enn med dårlig egenvurdert helse, og bidrar mer til å forklare inntektsforskjellene. Videre har tilhørighet til laveste kvartil i fordelingen av finanskapital også en viss negativ korrelasjon med tilfredshetsnivået, sammen med det å leie framfor å eie. Vi kan legge merke til at i dette tilfellet blir også sammenhengen med utdanningsnivået markant redusert, i motsetning til analysen av egenvurdert helse.

Modell 3 introduserer variablene økonomisk stress og andre faktorer knyttet til materielle livsomstendigheter. Ulikheten mellom laveste og høyeste inntektskvartil blant menn reduseres som forventet, slik vi så for helse, ned til nærmere 1 (1.15). For kvinner er inntektsforskjellene, sammenlignet med menn i høyeste inntektskvartil, helt forsvunnet. Det er framfor alt det økonomiske stresset – vanskene med å få pengene til å strekke til i hverdagen – som slår sterkere ut på livskvalitet enn på egenvurdert helse. Materiell deprivasjon i form av å ikke ha råd til flere typer basisgoder, framtrer også som en viktig forklaringsfaktor. I tillegg gir fysiske problemer i boligen, og støy/forurensning rundt den, utslag i lavere tilfredshet, men i mer beskjeden skala. Når vi kontrollerer for de materielle faktorene, er forskjellene knyttet til finanskapital og eie/leie av bolig også helt borte. At økonomisk stress betyr mer for livstilfredshet enn for egenvurdert helse, stemmer godt med resultatene fra en analyse av Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017 (Barstad 2020). Årsaken kan, som Barstad (2020) påpeker, være at tilfredsheten med livet i større grad fanger opp hvordan en person har det «her og nå», mens helsetilstanden er et resultat av langsiktige, akkumulerte belastninger over livsløpet.

I siste modell inkluderes de psykososiale faktorene, som viser sterke sammenhenger med lav tilfredshet. Å tilhøre laveste kvartil blant menn er nå ikke lenger statistisk signifikant forskjellig fra referansekategorien (menn, 4. kvartil). Det er bare menn i andre kvartil som har en noe høyere risiko for lav tilfredshet sammenlignet med menn i høyeste inntektskvartil. Oddsratene for de materielle faktorene reduseres noe, men økonomiske vansker og materiell deprivasjon henger fortsatt tydelig sammen med tilfredshet, selv ved kontroll for de psykososiale faktorene.

Av de psykososiale faktorene er det ensomhet som har sterkest sammenheng med lav tilfredshet, med en oddsrate på hele 3.62, sammen med lav mestringstro (2.77). Som forventet reduseres sammenhengen med status som enslig når det kontrolleres for ensomhet og nettverksstørrelse. Likevel består fortsatt noe av sammenhengen, i motsetning til det vi så for egenvurdert helse.

Vi har også estimert de samme modellene med lavinntektsmenn som referansegruppe (se vedleggstabell A2), slik vi gjorde for egenvurdert helse. Modell 1 viser klart signifikante forskjeller mellom menn som tilhører inntektskvartil 1 og dem som tilhører høyere kvartiler. Kvinner i laveste kvartil skiller seg ikke signifikant fra menn i samme inntektsgruppe. I modell 2 er ikke lenger forskjellen mellom kvartil 1 og 2 blant menn signifikant, mens de andre forskjellene (til menn i 3. og 4. inntektskvartil) holder seg. Det er det samme som vi så for egenvurdert helse. I modell 3 er det ingen signifikant forskjell mellom kvartil 1 og de øvrige kvartilene blant menn, med unntak av øverste kvartil. I modell 3 har imidlertid menn med lav inntekt en høyere odds for lav tilfredshet enn kvinner i samme inntektsgruppe. Forskjellen er signifikant, i motsetning til modell 1 og 2. I modell 4 skiller ikke menn i laveste kvartil seg signifikant fra noen av de andre kvartilene blant menn, men de

skiller seg fra kvinner i laveste kvartil, og kvinner i 3 og 4. kvartil, ved at noen flere av dem er lite tilfreds med livet.

Når vi sammenligner disse modellene på tvers av ulike befolkningsgrupper, framkommer enkelte forskjeller (tall ikke vist). Å tilhøre laveste kvartil i inntektsfordelingen har i utgangspunktet samme betydning for menn som for kvinner (modell 1). Det kan imidlertid se ut til at variablene som innføres i noe mindre grad forklarer inntektsforskjellene blant kvinner. Selv i fjerde og siste modell er tilhørighet i laveste kvartil forbundet med en signifikant høyere risiko for lav tilfredshet blant kvinner (oddsrate 1.24), men ikke blant menn. Det kan ha sammenheng med at flere av de materielle faktorene gir noe større utslag på menns tilfredshet; det gjelder både økonomiske vansker og materiell deprivasjon (oddsrate for sistnevnte henholdsvis 2.03 for menn og 1.64 for kvinner). En annen forskjell er at status som enslig har størst betydning for tilfredsheten blant menn.

Når siste modell beregnes separat for innvandrere og den øvrige befolkningen, er sammenhengen med inntekt i utgangspunktet noe sterkere i den øvrige befolkningen (modell 1). Derimot reduseres inntektsforskjellene mest i modellen med den øvrige befolkningen, når vi kontrollerer for settet av sosiodemografiske variabler i modell 2. For eksempel slår det å være enslig klart sterkere ut i negativ retning for den øvrige befolkningen enn blant innvandrerne, det samme gjelder leie av bolig. I fjerde og siste modell går både lav mestringstro og sterk ensomhet i større grad sammen med lav tilfredshet i den øvrige befolkningen enn det gjør blant innvandrerne. Hvis vi bruker kvartil 1 som referansegruppe, viser resultatene for modell 2 at det blant innvandrermenn er små og ikke-signifikante forskjeller mellom kvartil 1 og de øvrige kvartilene, med unntak av kvartil 4. I de resterende modellene er det ingen inntektsforskjeller som er store nok til å bli statistisk signifikante. For den øvrige befolkningen er det ingen slike forskjeller mellom 1. og 2. kvartil i modell 2-4. I fjerde og siste modell er det ingen forskjeller mellom laveste inntektskvartil og de andre kvartilene blant menn, men kvinner i laveste inntektskvartil har nå en signifikant lavere andel som er misfornøyde med livet enn menn i samme inntektsgruppe.

Til slutt har vi også sett på forskjeller mellom de tre aldersgruppene. Inntektsforskjellene i tilfredshet er mye større blant personer 35 år og eldre enn de er blant de yngre (modell 1). Det kan ha sammenheng med at inntekten blant de yngre er mer skiftende – inntekten to år før intervjuet sier mindre om den faktiske levestandarden enn det gjør blant de eldre. Mange flere blant de unge er også under utdanning, og lever på studielån som ikke registreres som inntekt. Til gjengjeld er utdanningsforskjellene langt tydeligere hos de unge: de som bare har grunnskoleutdanning er langt mer misfornøyde enn i andre aldersgrupper, sammenlignet med referansegruppen som har universitets-/høgskoleutdanning på lavere nivå. I modell 4 er aldersgruppen 60+ den eneste gruppen der misnøyen blant menn i laveste kvartil fremdeles er signifikant høyere enn blant menn i kvartil 4 (OR=1.37). En annen påfallende forskjell er hvor mye ensomheten ser ut til å bety for misnøyen blant de eldre. Oddsraten er hele 5.05, når vi sammenligner oddsen for å være utilfreds med livet blant dem som er mye plaget av ensomhet med oddsen i referansegruppen (ikke eller litt plaget av ensomhet). Hva disse forskjellene mellom livsfasene kan skyldes, trengs det mere forskning på, og vi har ikke hatt anledning til å studere dette i detalj i denne rapporten.

**Tabell 6.14 Logistisk regresjon. Lite tilfreds med livet (0-5 på skala fra 0 til 10) =1, 6-10 på skala fra 0-10=0. Menn og kvinner 18 år og eldre, 2023-2025. Oddsforhold[1]**

| | Modell 1 | Modell 2 | Modell 3 | Modell 4 |
|---|---|---|---|---|
| **Inntekt[2] og kjønn** | | | | |
| Menn | | | | |
| Kvartil 1 | 2.53** | 1.39** | 1.15** | 1.08 |
| Kvartil 2 | 1.89** | 1.41** | 1.27** | 1.20** |
| Kvartil 3 | 1.39** | 1.20** | 1.15** | 1.09 |
| Kvartil 4 (ref.) | . | . | . | . |
| Kvinner | | | | |
| Kvartil 1 | 2.50** | 1.27** | 1.0 | 0.93 |
| Kvartil 2 | 1.70** | 1.20** | 1.06 | 1.00 |
| Kvartil 3 | 1.29** | 1.06 | 0.99 | 0.94 |
| Kvartil 4 | 0.95 | 0.91 | 0.92 | 0.84** |
| **Innvandring** | | | | |
| Innvandrere EU/EØS etc.[3] | 1.09 | 1.10 | 1.06 | 0.92 |
| Innvandrere Asia, Afrika etc.[4] | 0.91* | 0.87** | 0.73** | 0.57** |
| Øvrig befolkning (ref.) | . | . | . | . |
| **Utdanning** | | | | |
| Grunnskole | 1.80** | 1.43** | 1.32** | 1.15** |
| Videregående | 1.32** | 1.23** | 1.16** | 1.12** |
| Universitet-/høgskole lavere nivå (ref.) | . | . | . | . |
| Universitet-/høgskole, høyere nivå | 0.74** | 0.77** | 0.81** | 0.77** |
| **Familie** | | | | |
| Enslig | . | 1.78** | 1.62** | 1.29** |
| **Arbeidsmarked** | | . | | |
| Utenfor arbeidsliv og utdanning | . | 2.34** | 1.88** | 1.37** |
| **Boligmarked** | | | | . |
| Leier bolig | . | 1.33** | 1.04 | 1.02 |
| Brutto finanskapital kvartiler[5] | | | | |
| Kvartil 1 | . | 1.44** | 1.0 | 1.0 |
| Kvartil 2 | . | 1.13** | 0.98 | 0.97 |
| Kvartil 3 | . | 1.09* | 1.05 | 1.05 |
| Kvartil 4 (ref.) | . | . | . | . |
| **Økonomisk stress og materiell deprivasjon** | | | | |
| Vanskelig å få pengene til å strekke til | . | . | 2.31** | 1.95** |
| Ikke råd til minst to basisgoder | . | . | 2.44** | 1.82** |
| Minst ett problem i boligen | | . | 1.41** | 1.23** |
| Problem med støy eller forurensning | . | . | 1.31** | 1.12** |
| **Psykososiale faktorer** | | | | |
| Lav mestringstro | . | . | . | 2.77** |
| Mye plaget av ensomhet | . | . | . | 3.62** |
| Nettverk: Færre enn tre å stole på | . | . | . | 1.78** |
| Mye plaget av søvnproblemer | . | . | . | 2.07** |
| | | | | |
| Antall som inngår i analysen | 50 644 | 50 644 | 50 644 | 50 644 |

*Signifikant på 5 prosent nivå, **Signifikant på 1 prosent nivå'

[1]Alder i hele år, lineært og kvadrert, inngår modellen, men er ikke vist. Det gjelder også andelen med uoppgitt eller ingen utdanning

[2]Inntekt er husholdningsinntekt per forbruksenhet etter skatt

[3]Innvandrere fra Norden utenom Norge, EU/EFTA, Storbritannia, USA, Canada, Australia, New Zealand

[4]Innvandrere fra Asia, Afrika, Europa utenom EU/EFTA og Storbritannia, Amerika utenom USA og Canada, Oseania utenom Australia og NZ, og polare områder

[5]Husholdningens finanskapital beregnet per forbruksenhet

Kilde: Livskvalitetsundersøkelsene 2023-2025

## 6.5. Oppsummering

Blant menn med lav inntekt er det en overrepresentasjon av sosiale og demografiske kjennetegn som er forbundet med dårligere helse og livskvalitet, som lav utdanning, å være enslig, ha innvandrerbakgrunn, leie framfor eie av bolig, liten finansformue, være arbeidsledig eller på annen måte stå utenfor arbeid og utdanning (kapittel 6.3). Innvandrernes generelle helse og tilfredshet skiller seg riktignok lite ut fra den øvrige befolkningen, men vi har sett at de er mindre tilfredse med økonomien og har noe større psykiske plager. Annen forskning tyder dessuten på at helseproblemene i denne gruppa blir undervurdert i generelle spørreundersøkelser som Livskvalitetsundersøkelsen. Når vi kontrollerer for de sosiodemografiske kjennetegnene i en regresjonsanalyse, blir forskjellene mellom inntektsgruppene vesentlig mindre. De gir størst utslag i analysen av tilfredshet med livet, der både status som enslig og arbeidsledighet forklarer mer av variasjonen i tilfredshet enn det disse kjennetegnene gjør i analysen av egenvurdert helse.

Den deskriptive gjennomgangen viser også at menn som tilhører laveste inntektskvartil i alderen 30-59 år, er en gruppe med stor indre variasjon. Et eksempel er andelen som ikke har god helse. Blant menn med lav inntekt har vi sett en spennvidde fra 75 prosent som ikke rapporterer god helse blant dem utenfor arbeid og utdanning, til 34 prosent som mangler god helse blant dem som har en fot innenfor. Rundt 60 prosent av menn med lav inntekt som også har lav utdanning, er enslige eller ikke er innvandrere mangler god helse, mens andelen varierer fra 36 til 40 prosent blant dem med «motsatte» kjennetegn (høyere utdanning, gift/samboende eller innvandrer). Lav tilfredshet med livet varierer også mest med om en er innenfor eller utenfor arbeidsliv/utdanning (62 versus 30 prosent), men i tillegg er det betydelige forskjeller avhengig av om en er enslig eller gift/samboende (54 versus 30 prosent) og ikke-innvandrer eller innvandrer (50 mot 32 prosent).

Vi har sett at misnøyen med økonomien, ikke overraskende, gir store utslag når vi sammenligner menn i laveste kvartil med gjennomsnittet for menn. Men også innenfor gruppen med lav inntekt er det forskjeller i økonomisk misnøye. Variasjonen er igjen knyttet mest til om en står utenfor eller innenfor arbeidsliv/utdanning (81 versus 56 prosent). Størrelsen på finansformuen skaper lignende forskjeller.

Variasjonen kan være relevant for utforming og evaluering av velferdstiltak. For en så sammensatt gruppe vil tiltak som bare tar utgangspunkt i fellesnevneren «lav inntekt», omfatte personer med ulike behov og forutsetninger. Ved evaluering av slike tiltak vil det derfor være nyttig å se på hvordan de virker for ulike undergrupper, for eksempel etter grad av tilknytning til arbeidsliv og utdanning.

På de fleste indikatorene er det små forskjeller mellom menn og kvinner i lavinntektsgruppen, likhetene er betydelig mer påfallende enn forskjellene. Tendensen til bedre helse og livskvalitet med økende inntekt er også svært lik blant menn og kvinner.

På noen områder er det likevel tegn til at mennene i laveste kvartil eller kvintil skiller seg ut. Bruken av cannabis og annen narkotika er ett eksempel. Menn med lav inntekt har også et lavere utdanningsnivå enn kvinner i samme situasjon. En av undergruppene blant menn med lav inntekt, de enslige, skiller seg fra enslige kvinner ved at særlig mange er utilfredse med livet og opplever lite glede. Vi har sett at menn som synes det er vanskelig å få pengene til å strekke til, er mer misfornøyde med livet enn kvinner som er utsatt for det samme. Regresjonsanalysen viser samme tendens. Menn med lav inntekt skiller seg også ut på noen av indikatorene knyttet til kosthold og bruk av helsetjenester. De har et lavere forbruk av frukt, bær og grønnsaker enn kvinner med lav inntekt, og oppsøker sjeldnere tannlege eller fysioterapeut, eller tar vaksine mot influensa. Kontrasten til kvinner med god økonomi er påfallende på disse områdene. Her ser det ut til at det er en kjønnsdimensjon som sammen med en inntektsdimensjon skaper betydelige forskjeller i disse formene for helseatferd.

I regresjonsanalysen har vi sett at i tillegg til de sosiodemografiske kjennetegnene, så bidrar både materielle og psykososiale faktorer til å forklare en del av variasjonen i egenvurdert helse og

livstilfredshet, og til å redusere forskjellen mellom inntektsgruppene blant menn og kvinner. Økonomisk stress og materiell deprivasjon betyr særlig mye for tilfredsheten med livet, og noe mer for menn enn for kvinner. Av de psykososiale faktorene er det ikke minst ensomhet som gir sterke utslag på tilfredshet med livet, som igjen reduserer betydningen av å være enslig, når disse tas inn i samme modell.

### Metodiske begrensninger

Det er viktig å være klar over begrensningene i de foreliggende analysene. Begrensningene er framfor alt knyttet til at vi har basert oss på tverrsnittstudier, som ikke gir mulighet til å si noe sikkert om årsaksretninger. Også andre faktorer som ikke fanges opp i våre analyser, slik som røykeatferd, kosthold og de fleste aspekter ved bruken av helsetjenester, bidrar mest sannsynlig til variasjonen i egenvurdert helse og livstilfredshet. Vi har heller ikke kunnet trekke inn en eventuell effekt av omstendighetene i barndom og ungdom, som annen forskning har pekt på betydningen av.

En annen viktig begrensning er at vi ikke har undersøkt hvorvidt sammenhengen mellom ulike faktorer og egenvurdert helse og livstilfredshet varierer med inntekt blant menn. I datamaterialet vi hadde tilgang til, er inntektskvartilene beregnet for hele den voksne befolkningen og ikke separat for menn og kvinner, eller for ulike aldersgrupper. Kvartilene fanger derfor ulike grupper ved ulike livsfaser, og de har ikke samme sammensetning for menn og kvinner. Analyser av hvorvidt for eksempel sammenhengen mellom ensomhet og livstilfredshet varierer med inntekt vil kreve inntektsmål som er definert innen kjønn og relevante aldersgrupper, og er utenfor rammen av denne rapporten. Dette bør undersøkes i videre forskning.

Metodisk er det også en svakhet at vi baserer oss på subjektive helsemål. Selv om det er vist at de subjektive helsemålene (som egenvurdert helse) korrelerer med objektive helsemål som dødelighet, er det likevel viktig å være oppmerksom på at andre og mer objektive helsemål kunne gitt andre resultater. Og når både utfallsvariabelen og forklaringsvariablene er basert på subjektive vurderinger, kan styrken på sammenhengene bli overdrevet. For eksempel kan en tenke seg at visse personlighetstrekk kan disponere for en «negativitetsbias», en tendens til å vurdere de fleste aspekter i livet på en negativ måte.

# 7. Drøfting og konklusjon

## 7.1. Hovedfunn

I dette avsnittet oppsummerer vi hovedfunnene fra kunnskapsoversikten (kapittel 3–5) og fra egne analyser (kapittel 6). Vi gjentar ikke henvisningene til enkeltstudier. Kildene er oppgitt der funnene omtales i de foregående kapitlene.

Rapporten viser betydelige inntektsforskjeller i helse og livskvalitet blant menn. Kunnskapsgrunnlaget er sterkest for forventet levealder og dødelighet. Det er noe svakere for egenvurdert helse, sykdomsforekomst og livskvalitet, og svakest med hensyn på mekanismene bak inntektsforskjellene og effekten av mulige tiltak mot disse forskjellene. Våre egne analyser av nyere norske data viser hvordan lav inntekt inngår i et bredere mønster av økonomiske, sosiale og psykososiale belastninger. Analysene viser også stor variasjon innad i gruppen menn med lav inntekt, noe som også støttes av enkelte studier i kunnskapsoversikten. Det er derfor viktig å unngå å betrakte menn med lav inntekt som en ensartet gruppe med de samme utfordringene og behovene.

Det tydeligste og best dokumenterte funnet gjelder forventet levealder og dødelighet. Norske og andre nordiske studier viser en sterk inntektsgradient blant menn. For Norge er forskjellen i forventet levealder ved fylte 40 år beregnet til om lag åtte år mellom menn i høyeste og laveste inntektskvartil. Forskjellene finnes langs hele inntektsfordelingen. Den forventede levealderen er likevel særlig lav blant dem med aller lavest inntekt. De siste tiårene har inntektsforskjellene i forventet levealder blant menn økt i alle de nordiske landene. Økningen har vært noe mindre i Norge enn i Sverige og Finland, men noe større enn i Danmark. Blant kvinner er inntektsforskjellene i levealder mindre enn blant menn, både i Norge og i de andre nordiske landene. I Norge økte imidlertid forskjellen mellom høyeste og laveste kvartil mer blant kvinner enn blant menn fra 2005 til 2015. Både blant menn og kvinner gjelder inntektsforskjellene i dødelighet en rekke dødsårsaker, og de er særlig markerte for dødsfall som i prinsippet kan forebygges eller behandles. Blant menn bidrar rus og selvmord mest til inntektsforskjellene i yngre voksen alder, mens hjerte- og karsykdom og kreft bidrar mest senere i livet. Dette peker mot at forskjellene ikke bare handler om individuelle egenskaper og helseatferd, men også må ses i sammenheng med forebygging, diagnostikk, behandling og strukturelle sosiale og økonomiske rammebetingelser.

Også for andre sider ved helse og livskvalitet er hovedbildet at menn med lave økonomiske ressurser kommer dårligere ut enn menn med større ressurser. Rapportens egne analyser av norske data viser at menn med lav inntekt gjennomgående rapporterer dårligere egenvurdert helse, mer psykiske helseproblemer og lavere livskvalitet enn menn med høyere inntekt. Det er om lag dobbelt så mange som er lite tilfredse med livet i den laveste som i den høyeste inntektsgruppen. Menn med lav inntekt bruker også oftere cannabis og annen narkotika, røyker oftere, er mer fysisk inaktive, har oftere fedme og spiser sjeldnere frukt og grønnsaker enn menn med høyere inntekter. Alkohol følger et annet mønster. Menn med lav inntekt drikker seg sjeldnere beruset enn menn med høyere inntekt, men kunnskapsoversikten viser at alkoholrelatert sykdom og død likevel er langt mer utbredt blant menn med lav inntekt. Mange av disse forskjellene i helse og livskvalitet etter inntekt finnes også blant kvinner, men på noen områder er forskjellene større hos menn. Kunnskapsoversikten viser blant annet at inntektsforskjellene er sterkere blant menn enn blant kvinner for enkelte diagnostiserte sykdommer, som kreft og psykiske lidelser. Våre egne analyser viser at de relative inntektsforskjellene i psykiske helseproblemer er større blant menn enn blant kvinner, mens den positive sammenhengen mellom inntekt og livstilfredshet er lik for begge kjønn. Bruk av narkotika og noen uheldige sider ved kostholdet, spesielt lavt inntak av frukt og grønnsaker, er dessuten særlig utbredt blant menn med lav inntekt, også sammenlignet med kvinner med samme inntekt.

Rapportens egne analyser gir dessuten et mer nyansert bilde av menn med lav inntekt enn det som har kommet fram i tidligere forskning. De viser blant annet stor variasjon innad i gruppen. Blant menn i aldersgruppen 30–59 år i laveste inntektskvartil har vel én av fire bare grunnskoleutdanning, og over fire av ti er enslige. Omtrent halvparten er innvandrere, én av tre står utenfor arbeid og utdanning, og over halvparten eier ikke egen bolig og har lav finansformue. Gruppen er dermed svært sammensatt, og deres helse og livskvalitet varierer mye. Andelen som ikke rapporterer god helse, varierer for eksempel fra 34 prosent blant dem som er i arbeid eller utdanning, til 75 prosent blant dem som står utenfor. Andelen med lav tilfredshet med livet varierer tilsvarende fra 30 til 62 prosent. Også parforhold, utdanning og innvandrerbakgrunn skiller mellom grupper med svært forskjellige nivåer av helse og livskvalitet. Lavinntektsmenn uten innvandrerbakgrunn kommer dårligst ut, mens innvandrere med lav inntekt skiller seg lite fra innvandrere generelt. Dette kan blant annet skyldes at lav inntekt har forskjellige årsaker i de to gruppene, men også et selektivt frafall i de nasjonale befolkningsundersøkelsene. Samlet viser analysene at lav inntekt alene gir begrenset informasjon om hvem som har de største helse- og livskvalitetsutfordringene.

Når det i regresjonsanalysene tas hensyn til ulike sosiodemografiske kjennetegn, blir sammenhengene mellom inntekt og helse og livstilfredshet svakere, særlig for livstilfredshet. Sammenhengene svekkes ytterligere når det også tas hensyn til økonomisk stress, materiell deprivasjon og psykososiale forhold. Dette betyr ikke at inntekt er uten betydning. Flere av forholdene det justeres for, som økonomiske vansker og materiell deprivasjon, henger tett sammen med inntekt og kan være ledd i sammenhengen mellom lav inntekt og dårligere helse og livskvalitet. Samtidig kan årsaksretningen gå begge veier, for eksempel ved at dårlig helse fører til lavere inntekt. Analysene viser derfor hvordan inntektsforskjellene endres når det tas hensyn til andre forhold, men kan ikke fastslå årsakssammenhenger.

Samlet viser analysene at inntekt må forstås i sammenheng med andre ressurser og belastninger, blant annet øvrige økonomiske ressurser og materielle levekår, arbeidsmarkedstilknytning, familiesituasjon og psykososiale forhold. På de fleste indikatorene er likhetene mellom menn og kvinner med lav inntekt større enn forskjellene. Inntektsgradientene i egenvurdert helse og livskvalitet er i stor grad parallelle for de to kjønnene. Dårlig helse og livskvalitet ved lav inntekt er derfor ikke et særskilt mannsfenomen, selv om kunnskapsoversikten viser at inntektsforskjellene i dødelighet er større blant menn enn blant kvinner. Samtidig finner vi enkelte områder der lav inntekt ser ut til å være særlig ugunstig for menn, blant annet enslige menn og menn som opplever økonomiske vansker; de rapporterer særlig lav livstilfredshet.

Når det gjelder helsetjenester, er bildet mer sammensatt. Menn med lav inntekt har større helseproblemer og dermed også større behov for tjenester. Høy bruk av tjenester betyr derfor ikke nødvendigvis god eller likeverdig tilgang. Menn med lav inntekt går oftere til allmennlege og psykolog enn menn med høyere inntekter, i tråd med at behovet er større. For tannlege, fysioterapeut og forebyggende tjenester, som influensavaksine, er mønsteret omvendt. Nordiske studier i kunnskapsoversikten viser i tillegg at menn med lav inntekt sjeldnere deltar i screening, at prostatakreft oppdages senere, og at flere avbryter forebyggende medisinbruk etter hjertesykdom. Kostnader ser ut til å være en barriere. Flere menn med lav enn med høyere inntekt har latt være å gå til tannlege selv om de hadde behov for det, eller latt være å hente ut medisiner fordi de ikke hadde råd. Et annet tegn på dette er at sosiale forskjeller i influensavaksinasjon ble mindre i sesongen da vaksinen var gratis. Samlet tyder funnene på at inntektsforskjellene ikke bare gjelder hvem som blir syke, men også hvem som fanges opp tidlig og får oppfølging.

I samsvar med oppdraget har vi også undersøkt hvorvidt helsekompetanse og maskulinitetsnormer kan bidra til inntektsforskjeller i helse og livskvalitet blant menn. Kunnskapsgrunnlaget er svakt, og det systematiske litteratursøket identifiserte ingen studier som undersøkte disse spørsmålene direkte blant menn med lav inntekt. Supplerende søk viser at lav helsekompetanse er vanligere blant personer med lav inntekt. En norsk kartlegging viser også lavere helsekompetanse blant personer med økonomiske problemer i husholdningen. Den finner ingen tydelig forskjell mellom

menn og kvinner i generell helsekompetanse, men menn har lavere kompetanse enn kvinner på det sykdomsforebyggende området. En belgisk studie basert på en utvalgsundersøkelse i den voksne befolkningen, fant likevel at helsekompetanse forklarte bare en liten del av inntektsforskjellene i helse og helseatferd. Forskning om maskulinitet tar i liten grad hensyn til inntekt, men tyder på at enkelte tradisjonelle maskulinitetsnormer kan være forbundet med lavere tilbøyelighet til å søke helsehjelp, mens andre, som forsørgeransvar, kan være en ressurs. Studiene er i hovedsak gjennomført utenfor Norden, det er derfor usikkert hvilken betydning maskulinitetsnormer har for helse blant menn med lav inntekt i Norge.

Når det gjelder tiltak, identifiserte det systematiske søket bare én nordisk studie. Søket ble derfor utvidet til andre sammenlignbare høyinntektsland, og det ga tre studier til. De fire studiene er svært ulike i design, fra et randomisert forsøk til en simuleringsmodell og en pilotstudie uten kontrollgruppe. Vi har derfor supplert med forskning om tiltak der effektene er analysert etter sosioøkonomisk posisjon og ikke nødvendigvis for menn spesielt. Gjennomgangen omfatter dermed tiltak på flere nivåer, fra velferdsordninger og regulering til arbeidsmarkedstiltak, helsetjenester og individrettede atferdstiltak. Den mest konsistente dokumentasjonen gjelder regulering av pris og tilgjengelighet for alkohol og tobakk. Her viser forskningen at virkningen er størst i de mest vanskeligstilte gruppene, og for alkoholrelatert dødelighet også blant menn. Studier av økonomisk trygghet tyder på at bedre offentlige ytelser kan bedre den psykiske helsen, mens innstramminger kan ramme utsatte menn. Arbeidsrettede tiltak ser ut til å gi best resultater for overgang til arbeid når deltakerne følges opp tett, og er nært tilknyttet ordinært arbeidsliv. Arbeid henger sammen med bedre helse, men studiene måler i liten grad helseeffekter direkte. Individrettede atferdstiltak viser derimot gjennomgående små effekter. Der fordelingsvirkningen av slike tiltak er undersøkt, er effektene svakest blant dem med færrest ressurser. Egenbetaling og andre terskler i helsetjenestene kan også bidra til forskjeller. Oppsummert er det vanskelig å vurdere ulike tiltak opp mot hverandre, fordi studiene er få og som regel evaluerer enkelttiltak. I tillegg varierer utfordringene og behovene betydelig blant menn med lav inntekt, noe som kan begrense treffsikkerheten til tiltak rettet mot gruppen som helhet.

Samlet viser rapporten at helseutfordringene blant menn med lav inntekt må forstås på flere nivåer. Inntekt er viktig, men inngår i et større mønster av arbeidsmarkedstilknytning, utdanning, økonomisk trygghet, bolig, familiesituasjon, sosiale relasjoner, helseatferd og møte med helse- og velferdstjenestene. Kunnskapsgrunnlaget gir bedre grunnlag for å beskrive omfanget og mønsteret i helseforskjellene enn for å konkludere om hvilke tiltak som mest effektivt kan redusere dem. Dette er utgangspunktet for kunnskapshullene og anbefalingene i de neste avsnittene.

## 7.2. Kunnskapshull

Kunnskapsgrunnlaget er svært ulikt mellom områdene som dekkes i rapporten. Vi har omfattende kunnskap om inntektsforskjeller i dødelighet og forventet levealder gjennom nordiske registerdata, men mangler nyere norske tall for utviklingen de siste årene. For andre helseutfall og livskvalitet er det færre relevante studier, som ofte bygger på tverrsnittsdata. Mens forholdsvis mange studier kontrollerer for kjønn eller viser sammenheng mellom helseutfall og kjønn eller inntekt hver for seg, er det få studier som skiller ut menn med lav inntekt og sammenligner dem med kvinner med lav inntekt. Vi mangler altså kunnskap om sammenhengen mellom inntekt og helse er ulik for menn og kvinner. Vi fant også få studier der Norge sammenlignes med land utenfor Norden og hvor resultater for Norge eller Norden er rapportert særskilt. Det kan til dels ha sammenheng med vår søkestrategi, som krevde spesifikke resultater for Norge eller de nordiske landene. Sammenligninger med andre europeiske høyinntektsland kan vise på hvilke områder Norge kan lære av andre.

Kunnskapen om bruk av helsetjenester er også begrenset. Forskjeller i antall konsultasjoner eller kontakter sier lite om hvorvidt tjenestene er likeverdige eller behovsdekkende. Få studier følger hele forløpet fra behov og første kontakt til diagnostikk, behandling og oppfølging. Det gjelder også

betydningen av økonomiske og organisatoriske terskler. Det er også lite forskning på mulige mekanismer bak forskjellene, som helsekompetanse og maskulinitetsnormer blant menn med lav inntekt. Det systematiske litteratursøket identifiserte ingen slike studier, og den supplerende litteraturen sammenligner i hovedsak inntektsgrupper eller menn og kvinner, ikke menn med ulik inntekt.

Det største kunnskapshullet, og det som har størst betydning for politikkutformingen, gjelder tiltak. Det systematiske litteratursøket identifiserte bare fire studier som evaluerer tiltak med resultater for menn med lav inntekt, og bare én av dem er nordisk. Også forskningen om tiltak mot sosiale helseforskjeller mer generelt har klare begrensninger. Målgruppene og tiltakenes innhold er ofte mangelfullt beskrevet, og studiene undersøker sjelden om virkningene varierer etter både kjønn og sosioøkonomisk posisjon. Vi vet derfor lite om hvorvidt generelle tiltak når menn med lav inntekt, og om de reduserer, opprettholder eller forsterker forskjellene. Kunnskapen er særlig begrenset om tiltak som kombinerer helseoppfølging med støtte knyttet til økonomi, arbeid, bolig og sosial deltakelse.

Rapportens egne analyser kan ses som et utgangspunkt for videre forskning. De viser at eksisterende data fra spørreundersøkelser kan gi ny kunnskap om helse og livskvalitet blant menn med lav inntekt, men også hvor datagrunnlaget og analysene kan videreutvikles. Analysene bygger på tverrsnittsdata, som kan beskrive hvordan ulike former for utsatthet henger sammen, men ikke avgjøre hva som er årsak og virkning. Kobling til registeropplysninger fra før og etter datainnsamlingen vil gi mulighet for longitudinelle analyser, blant annet for å skille mellom kortvarig og vedvarende lav inntekt. Inntektsmålene er dessuten grove. Inntektskvartilene er beregnet for hele den voksne befolkningen, ikke separat for menn og kvinner eller for ulike aldersgrupper, og inntekten er målt på husholdningsnivå. Analysene dekker heller ikke alle grupper like godt. Vi trenger mer kunnskap om eldre menn og om de eldste, blant annet om hvordan inntekt, helse og livskvalitet utvikler seg i andre halvdel av livet. Innvandrere er underrepresentert, og de som deltar, er sannsynligvis de mest integrerte. Levekårsundersøkelsen om helse 2025 var bare tilgjengelig i form av deskriptive tabeller, og vi har ikke brukt internasjonale datakilder som gjør det mulig å sammenligne Norge med andre land.

## 7.3. Anbefalinger for videre forskning og tiltak

**Datagrunnlag og videre forskning**
Flere eksisterende datakilder inneholder opplysninger som kan bidra til å tette kunnskapshullene vi har beskrevet. En første og forholdsvis enkel anbefaling er at befolkningsundersøkelser og registerdata i større grad analyseres etter både inntekt og kjønn. Helsedirektoratets nasjonale kartlegging av befolkningens helsekompetanse inneholder for eksempel opplysninger om inntekt, og det bør vurderes om disse kan brukes til slike analyser. Der data mangler, som for helsekompetanse og maskulinitetsnormer, kan muligheten for å inkludere slike spørsmål i pågående eller planlagte befolkningsundersøkelser vurderes, for eksempel i Folkehelseinstituttets fylkeshelseundersøkelser.

Eksisterende datakilder kan også utnyttes bedre til å studere utvikling og sammenhenger over tid. For flere av temaene i rapporten er forskningen dominert av tverrsnittsdata, som sier lite om endring over tid og årsaksforhold. Det bør derfor legges større vekt på longitudinelle data og analyser. Norge har gode forutsetninger for dette, og særlig på to områder.

For det første bør det i størst mulig grad legges til rette for at helse- og livskvalitetsundersøkelser kan kobles til longitudinelle registeropplysninger om blant annet inntekt, arbeid, trygdeytelser, familiesituasjon og bruk av helsetjenester. Det gir et langt bedre grunnlag for å undersøke hvordan økonomi og helse påvirker hverandre over tid, og for å identifisere perioder og overganger der forebyggende innsats er særlig viktig. Registerdata gjør det også mulig å følge bruken av

helsetjenester gjennom hele forløpet, fra første kontakt til diagnostikk, behandling og oppfølging, og å undersøke betydningen av egenbetaling. Inntektsforskjellene i levealder og dødelighet bør dessuten beregnes regelmessig, slik at utviklingen kan følges over tid. Detaljerte inntektsopplysninger fra registrene gjør det i tillegg mulig å definere inntektsgrupper innen kjønn og alder mer presist.

For det andre er det verdifullt at de samme personene intervjues flere ganger over tid, slik at også datainnsamlinger fra spørreundersøkelser blir longitudinelle. Ingen av de to viktigste datakildene vi har brukt som grunnlag for analysene i denne rapporten, Levekårsundersøkelsen om helse og Livskvalitetsundersøkelsene, er per i dag panelundersøkelser. Andre større intervjuundersøkelser som gjennomføres av Statistisk sentralbyrå, som Levekårsundersøkelsen EU-SILC og Arbeidsmiljøundersøkelsen, er derimot organisert som paneler.

NorLAG er et godt eksempel på hva slike data kan gi. Studien følger personer i andre halvdel av livet over tid og kombinerer gjentatte målinger av helse og livskvalitet med årlige registeropplysninger om blant annet inntekt, formue og gjeld (både personlig og for hushold). Dette gir mulighet til å studere hvordan økonomiske ressurser og helse utvikler seg og påvirker hverandre over tid, inkludert betydningen av langvarige økonomiske belastninger. NorLAG er særlig relevant for eldre, som i mindre grad dekkes av våre egne analyser, og kan gjennom registerkobling også brukes til å undersøke sammenhenger med tidlig død.

Innvandrere er underrepresentert i de generelle befolkningsundersøkelsene, og utvalgene er ofte for små til detaljerte analyser. Statistisk sentralbyrås Levekårsundersøkelse blant personer med innvandrerbakgrunn gjennomføres omtrent hvert tiende år, for å kartlegge levekår blant innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre. En ny datainnsamling i 2026 gir gode muligheter for oppdaterte analyser. Undersøkelsen kan kobles til registerdata. Det gir utvidede muligheter til å undersøke helse og livskvalitet blant innvandrere med lav inntekt over tid, og til å sammenligne dem med befolkningen for øvrig.

Norge deltar også i internasjonale longitudinelle spørreundersøkelser, som Generations and Gender Programme (GGP) og EU-SILC. Helsemålene er mindre detaljerte enn i de nasjonale helse- og levekårsundersøkelsene, men omfatter blant annet egenvurdert helse og funksjonsbegrensninger. Til gjengjeld gir undersøkelsene mulighet for komparative analyser av helse og livskvalitet blant menn med lav inntekt, og for å lære av land med andre velferdsordninger og tiltak. Komparative studier rapporterer imidlertid sjelden resultater for Norge særskilt. Det er derfor behov for analyser som bruker disse dataene med Norge som utgangspunkt.

### Mulige tiltak: tidligere anbefalinger

Som nevnt er kunnskapen om hvilke tiltak som kan bedre helse og livskvalitet blant menn med lav inntekt, og redusere sosiale helseforskjeller, mangelfull. Under vil vi først sammenholde våre funn med anbefalinger fra noen sentrale nyere rapporter om sosial ulikhet i helse. Deretter vil vi, med utgangspunkt i både disse anbefalingene, kunnskapsoversikten og våre egne analyser, peke på noen overordnede prinsipper for utforming av tiltak.

Det er betydelig samsvar mellom implikasjonene av våre funn og anbefalingene om tiltak som andre faglige litteraturoversikter har konkludert med. Tar vi for oss Norge i løpet av de siste ti årene, er det kommet to: Den såkalte Marmot-rapporten (Goldblatt et al. 2023) og anbefalingene fra Fagrådet for sosial ulikhet i helse, om tiltak mot sosial ulikhet i helse (Arntzen et al. 2019). I nordisk sammenheng publiserte den danske Sundhedsstyrelsen en litteraturgjennomgang av ulike tiltak i 2020 (Sundhedsstyrelsen 2020), og lignende gjennomganger har tidligere blitt utført i Sverige (SOU 2017: 47), England (Marmot et al. 2020) og av Verdens helseorganisasjon (WHO 2019b). Både Marmot-rapporten og den danske Sundhedsstyrelsen bygde sine anbefalinger på systematiske litteratursøk, mens Fagrådet tok utgangspunkt i en norsk kunnskapsoversikt som ble utgitt i 2014 (Dahl et al. 2014), i tillegg til annen litteratur.

Det er i stor grad de samme innsatsområdene og tiltakene som identifiseres i de forskjellige oversiktene. Alle anbefaler et bredt sett av tiltak på tvers av de sosiale helsedeterminantene. Mange av dem er i tråd med vår litteraturstudie. Blant annet er inntekt og fattigdom et innsatsområde som går igjen, og som er særlig relevant for menn med lav inntekt. Marmot-rapporten trekker fram at stønadssystemet i Norge for dem som har helseproblemer, i noen tilfeller gir en inntektssikring som er under EUs fattigdomsgrense (60 prosent av medianinntekten). Rapporten anbefaler blant annet å tilby et sikkerhetsnett i form av trygdeordninger som garanterer tilstrekkelig inntektskompensasjon for dem som ikke er i stand til å arbeide. Fagrådet for sosial ulikhet i helse trekker fram farene ved å redusere stønader for å gi folk i yrkesaktiv alder sterkere insentiver til arbeid, siden dette kan gi økonomiske problemer blant dem som ikke kommer i arbeid.

Arbeidstilknytning, arbeidsledighet og arbeidsmiljø er andre innsatsområder som ofte nevnes. Eksempler er en aktiv arbeidsmarkedspolitikk, særlig for dem med kort utdanning, forbedring av arbeidsmiljø og ansettelsestrygghet. Fagrådet for sosial ulikhet i helse foreslår tiltak som å styrke samarbeidet mellom NAV, arbeidsgivere og helsetjenesten om arbeidsinkludering, øke bruken av gradert sykemelding og gi en tettere oppfølging av sykmeldte.

Påvirkning av helseatferd eller ulikheter i livsstil er alltid et sentralt punkt i de forskjellige tiltaksgjennomgangene. De vanligste forslagene til tiltak er å øke avgifter på tobakk og alkohol, og å øke prisene på fett, salt og sukker, samt senke prisen på frukt og grønt (Sundhedsstyrelsen, 2020). Marmot-rapporten anbefaler også å bruke skatter, avgifter og regulering for å påvirke helserelatert atferd og sikre utjevning av ulikheter, framfor tiltak som sikter mot å påvirke individuelle valg. Som vi har sett, er dette et sentralt punkt i vår litteraturgjennomgang.

Det foreslås også tiltak innen helsetjenestene. Marmot-rapporten trekker fram at de ansatte i helsetjenesten har en viktig og ofte underutviklet rolle i å forstå pasientenes levekår, og gi støtte til å forbedre disse. Fagrådet for sosial ulikhet i helse trekker fram studier som viser at privatisering og bruk av egenandeler kan øke sosiale helseforskjeller, og mener derfor at tiltak bør rettes inn mot å redusere bruken av egenandeler der dette er mulig. De foreslår også økt finansiering eller subsidiering av tannhelsetjenester for voksne.

Tiltak for å styrke barns oppvekstsvilkår og redusere barnefattigdom står sentralt i flere av rapportene, og Marmot-rapporten peker på dette som et særlig viktig innsatsområde. Dette har fått mindre plass i vår gjennomgang, som i tråd med oppdraget hovedsakelig omhandler voksne. Bedre oppvekstsvilkår, særlig i familier med lav inntekt, kan likevel på lengre sikt bidra til å redusere sosiale helseforskjeller og risikoen for at fattigdom videreføres mellom generasjoner. Det kan nevnes at SSB nylig har utgitt en rapport om tiltak for å redusere og forebygge at barn vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt (Reiling et al. 2026).

### Mulige tiltak: egne anbefalinger

Avslutningsvis vil vi peke ut sju sentrale prinsipper og områder for videre politikkutvikling og forskning, basert på kunnskapsoversikten og våre egne analyser. Prinsippene har ulik status og styrke, siden noen bygger på funn som går igjen i flere studier og i våre egne analyser, mens andre er vurderinger med svakere empirisk grunnlag, og noen er forslag til utprøving. Vi har ikke vurdert kostnader, mulige konsekvenser på andre områder enn helse eller alternative tiltak. Det gjenspeiler mangelen på slike vurderinger i forskningsfeltet. Det er behov for mer inngående evalueringer og utprøvinger, før man kan trekke konklusjoner om nytten av disse anbefalingene i en norsk kontekst.

For det første støtter både våre og andres funn relevansen av prinsippet om proporsjonal universalisme: brede universelle ordninger kombinert med sterkere innsats der behovene er størst. Tiltak knyttet til inntekt, arbeid og materielle levekår kan påvirke grunnleggende betingelser for helse, mens mer målrettede tjenester kan være nødvendige for personer som allerede har helseproblemer eller sammensatte behov. Snevert målrettede tiltak vil ikke nødvendigvis være treffsikre, mens rent universelle tilbud kan bidra til økte forskjeller dersom ressurssterke grupper

har bedre forutsetninger for å benytte dem. Hvem tiltakene faktisk når, og ikke bare hvem de formelt er rettet mot, bør derfor være et sentralt evalueringskriterium.

Som beskrevet i kapittel 5.10 er proporsjonal universalisme et styringsprinsipp og ikke et empirisk funn, og kunnskapsoversikten viser ikke hvor godt det virker i praksis. Noen funn gjør likevel prinsippet relevant for målgruppen. Våre egne analyser i kapittel 6 viser at menn med lav inntekt er en heterogen gruppe. Helse og livskvalitet varierer sterkt innad i gruppen, blant annet etter arbeidsmarkedstilknytning, samlivsstatus og innvandrerbakgrunn. Det understreker behovet for å tilpasse tiltakene til gruppens sammensatte karakter. For eksempel kan yngre menn med innvandrerbakgrunn ha behov for en annen innretning på tiltakene enn enslige eldre menn uten innvandrerbakgrunn. Oversikten til Hayre et al. (2026) tyder på at tiltak som stiller lave krav til den enkelte, som omfordeling og regulering, gir de mest konsistente reduksjonene i helseulikhet. Derimot kan opplærings- og atferdsprogrammer uten tilpasning til den enkeltes livssituasjon, forsterke forskjeller.

For det andre er det avgjørende å sikre at tilbudene faktisk når og inkluderer dem som trenger dem mest. Det innebærer å redusere terskler for å benytte seg av det konkrete tiltaket eller den generelle tjenesten, og minske krav til individuelle ressurser. Tiltak som forutsetter høy helsekompetanse, god økonomi, betydelig egeninnsats eller evne til selv å finne fram i et komplekst tjenestesystem, kan ha mindre effekt blant dem med størst behov. Selv om dette temaet går igjen, viser kunnskapsoversikten samtidig at det er betydelige mangler i kunnskapsgrunnlaget. Få studier rapporterer om resultatene av tiltakene varierer mellom ulike grupper (Greenburgh et al. 2026). Frisklivsstudien til Samdal et al. (2019), omtalt i kapittel 5.2, illustrerer problemet i norsk sammenheng, der deltakere med lavere utdanning hadde mindre sannsynlighet for å øke den fysiske aktiviteten. Det trengs mer forskning som undersøker om brukervennlig informasjon, motivasjon og støtte til deltakelse kan føre til bedre måloppnåelse for gruppene med størst behov.

For det tredje er det mulig å hente inspirasjon og lærdom fra hva som skjer i andre land. Vi skal her se nærmere på to eksempler. Det første er inntektssikring. Det finske forsøket med utvalgte deler av en borgerlønnsordning tyder på positive effekter på mental helse for en gruppe med lav inntekt, i form av lavere bruk av psykofarmaka og en mulig nedgang i polikliniske kontakter for psykiske lidelser (Hämäläinen et al. 2025). Det er midlertid uklart om det er menns eller kvinners psykiske helse som har hatt størst nytte av tiltaket (Salokangas et al. 2026). Ingen av de gjengitte studiene tester om kjønnsforskjellen er signifikant. Disse resultatene fra det finske forsøket gir dermed ikke grunnlag for å si at menn har særlig nytte av økt inntektssikring, men det gir grunnlag for å prøve ut og evaluere slike ordninger med resultater for menn.

På dette området anbefaler vi derfor videre evalueringer, før man eventuelt lander på å utvide ordningene. Det ville også vært nyttig med en gjennomgang av de gjeldende ordningene for inntektssikring, for å se om de kan gis en mer helsefremmende innretning, eller om bruken av enkelte ordninger kan utvides. En slik gjennomgang må veie mulige helseeffekter mot kostnader og mot virkninger på arbeidstilbud og andre områder, noe denne rapporten ikke har hatt grunnlag for å vurdere. Et forsøk som ligner på det som ble iverksatt i Finland, ville gitt verdifull informasjon i en slik gjennomgang. Et norsk forsøk bør avklare tre ting de to finske studiene ikke gir svar på: om effekten holder seg over lengre tid, om den gjelder andre helseutfall enn legemiddelbruk, og om den er forskjellig for menn og kvinner. I Norge er kvalifiseringsprogrammet et program som er rettet inn mot personer med nedsatt arbeids- og inntektsevne, som ofte har både svekket helse og lav inntekt. Det kombinerer en forholdsvis sjenerøs økonomisk stønad med krav om fulltidsdeltakelse i et individuelt tilpasset opplegg, inkludert elementer som arbeidstrening og bo-oppfølging. Flere evalueringer tyder på at det kan gi en sterkere arbeidsmarkedstilknytning, men vi vet lite om konsekvensene for helse og livskvalitet (Reiling et al. 2026). Bruken av programmet ser også ut til å være lavere enn den kunne ha vært, gitt antallet som er i målgruppa for programmet, og er lite brukt overfor de unge (Meltevik et al. 2021). Helse og livskvalitet bør tas inn som utfall i en videre evaluering av programmet. Arbeidsledighetstrygden er en annen ordning for inntektssikring. Det er

imidlertid mange arbeidsledige i Norge som ikke får stønaden fordi de ikke har hatt høy nok inntekt. Det finnes ingen egen trygdeordning for disse. Noen andre land, slik som Finland, har en minstesikring i sin dagpengeordning som ikke finnes i Norge. Men igjen vet vi lite om hvilke konsekvenser for helse og livskvalitet slike forskjeller kan ha. Ett funn på dette området gjelder innstramminger i den svenske arbeidsledighetsforsikringen i 2007. Endringen var forbundet med økte alkoholrelaterte sykehusinnleggelser blant arbeidsledige, og særlig blant menn med lav utdanning (Almquist og Miething 2022). Kunnskapsoversikten fra Simpson et al. (2021) peker i samme retning for psykisk helse, men funnene er ikke entydige. Ingen av studiene som inngår i denne oversikten er dessuten gjort i en nordisk kontekst, som gjør overføringsverdien usikker. Samlet sett gir funnene likevel grunn til å vurdere konsekvensene for sårbare grupper, før offentlige ytelser som arbeidsledighetstrygd, uførepensjon og pensjonsutbetalinger reduseres.

Det andre eksempelet er reguleringen av tobakk. På dette området er fordelingsvirkningen av tiltak godt dokumentert (Hayre et al. 2026). I tillegg anslår simuleringsstudien til Allen et al. (2016) at en styrket tobakkspolitikk i England ville redusere andelen røykere med om lag seks prosentpoeng blant menn som tilhørte femtedelen med dårligst levekår (mot tre prosentpoeng i befolkningen samlet). Prisøkningen stod for to tredjedeler av effekten i denne gruppen. Her kan internasjonale indekser vise hvor Norge står sammenlignet med land utenfor Norden. Norge har allerede noen av de høyeste tobakksprisene i Europa, men Irland, Frankrike og Storbritannia ligger høyere når prisene justeres for kjøpekraft. Prisen på tobakk er ett av elementene i den såkalte Tobacco Control Scale, en indeks som måler hvor omfattende tobakkskontrollen er i et land, og som rangerer 37 europeiske land. I den siste rangeringen ligger Norge på femteplass, etter Irland, Storbritannia, Nederland og Frankrike (Joossens et al. 2026). Indeksen gir Norge lavere skår på behandlingssiden, det vil si tilbudet om hjelp til røykeslutt, enn på pris og regulering. En indeksplassering sier i seg selv ikke noe om forventet helsegevinst av et bedre tilbud. Samtidig viser én britisk studie at røykesluttjenester reduserte de sosioøkonomiske forskjellene i røyking (Smith et al. 2020). Våre egne analyser i kapittel 6 viser at røyking er vanligere blant menn med lav inntekt. Et bedre lavterskeltilbud om røykeslutt kan derfor vurderes som et aktuelt tiltak for denne gruppen, men effekten i Norge er ikke dokumentert, og vi har ikke vurdert kostnadene eller fordelingsvirkningen av høyere avgifter for dem som fortsetter å røyke. På kostholdsområdet anbefaler Marmot-rapporten at regjeringen utreder en gjeninnføring av den tidligere sukkeravgiften, utformet slik at den blir mest mulig effektiv og bidrar til å redusere ulikhet (Goldblatt et al. 2023). Vårt litteratursøk har ikke identifisert studier om fordelingsvirkningene av sukkeravgifter, og vi tar ikke her stilling til en slik anbefaling. Et empirisk funn som peker i retning av positive fordelingsvirkninger av en slik avgift, er likevel (som vist i kapittel 6.3) at menn med en vanskelig økonomisk situasjon er de som i størst grad drikker sukkerholdig brus/leskedrikk.

For det fjerde kan helsetjenesten bidra til å forstå og forbedre pasientenes levekår. Vi har sett i kapittel 6 at lav inntekt ofte opptrer sammen med andre belastninger, slik som svak arbeidsmarkedstilknytning, økonomisk stress og psykososiale utfordringer. Disse kombinasjonene kjennetegner gruppene med dårligst helse og livskvalitet. Tjenester som kan møte flere av disse behovene i sammenheng, kan derfor være særlig relevante, også i helsetjenestene. Samtidig er det viktig å understreke at det er mangel på evalueringer av slike integrerte tilnærminger for målgruppen (se kapittel 5.8 og 5.10). Et første steg kan være at helsepersonell systematisk spør om økonomiske problemer som kan bidra til eller forverre pasientens helseproblemer. Et neste steg kan være å gi informasjon om og henvise til hjelp fra andre sektorer, for eksempel økonomisk rådgivning i NAV (Ose et al. 2020). Primærlegetjenesten kan være spesielt viktig i denne sammenhengen, fordi den når bredere ut enn mange andre helsetilbud. Våre analyser viser at menn i de to laveste inntektskvintilene er dem som oftest har oppsøkt allmennlege (se kapittel 6). Psykologtjenestene kan også være sentrale, fordi de brukes mer av menn med lav inntekt enn av menn med høyere inntekter (se kapittel 6, samt Lunde og Ramm 2021).

Et mulig tiltak som har fått økende oppmerksomhet, er såkalt «sosial resept», der personer i kontakt med primærhelsetjenesten kobles til tilbud og ressurser i lokalsamfunnet gjennom for eksempel en

koordinator. Tilbudene kan omfatte blant annet fysisk aktivitet, sosiale møteplasser, frivillige aktiviteter og kulturtilbud, men også rådgivning knyttet til økonomi, arbeid, bolig og andre sosiale problemer. Marmot-rapporten trekker fram sosial resept som én måte helsetjenesten kan bidra til å møte sosiale helsedeterminanter på, gjennom tettere samarbeid mellom primærhelsetjenesten, offentlige tjenester og frivillig sektor. Tilnærmingen kan være særlig relevant for menn med lav inntekt, ettersom denne gruppen har økt risiko for både helseproblemer og sosial isolasjon og ensomhet. Som vist i kapittel 6 er ensomhet mer utbredt blant menn med lav enn med høy inntekt. Ensomhet er blant de faktorene som gir sterkest utslag på tilfredshet med livet i våre analyser. Analysene er riktignok basert på tverrsnittsdata og kan ikke si noe om årsaksretning. Kunnskapsgrunnlaget for effekten av sosial resept er dessuten foreløpig begrenset (McGrath et al. 2021), og tiltaket er ikke identifisert i vårt systematiske søk. Det er behov for mer forskning på hvilke effekter slike tiltak har, og særlig om de når og har effekt blant personer med begrensede økonomiske ressurser. Sosial resept er også trukket fram i forbindelse med arbeidet med en nasjonal handlingsplan mot ensomhet i Norge. Erfaringer med sosial resept skal inngå i de faglige anbefalingene til helsemyndighetene som et eksempel på et tiltak det kan være relevant å hente lærdom fra, samtidig som det understrekes at overførbarheten til norske forhold må vurderes (Forskning.no 2026). Dette gir grunnlag for å anbefale at norske forsøk med sosial resept evalueres med resultater for menn med lav inntekt (og andre grupper med stort behov), før tiltaket eventuelt innføres i stor skala.

For det femte peker denne rapporten på behovet for å undersøke terskler i helsetjenestene. Her bør det skilles mellom økonomiske og andre (for eksempel organisatoriske) barrierer, fordi dokumentasjonen er ulik. De økonomiske barrierene er godt belagt. Våre egne analyser viser at udekket behov for tannlege og manglende uthenting av reseptmedisiner av økonomiske grunner er klart vanligere blant menn med lav inntekt, og at forskjellene i udekket tannlegebehov har økt siden 2011 (se kapittel 6). Kunnskapsoversikten støtter at egenbetaling påvirker bruken. I Norge er det vist at utdanningsforskjellene i influensavaksinasjon ble redusert i den sesongen vaksinen var gratis (Klüwer et al. 2023). Det tyder på at lavere egenbetaling kan minske de sosiale forskjellene i bruken av denne typen forebyggende helsetjenester, men vi har ikke vurdert kostnadene eller hvordan en reduksjon bør innrettes for å nå dem med størst behov. Organisatoriske barrierer, som tilgjengelighet, informasjon og krav til egeninitiativ, er ikke like godt undersøkt. Senere oppdagelse av prostatakreft blant menn med lav inntekt (se kapittel 3.3) kan ses i sammenheng med slike barrierer, men viser dem ikke. Det er behov for en systematisk kartlegging av organisatoriske barrierer.

For det sjette bør det vurderes om tiltak for å bedre helsekompetansen har en plass i verktøykassa for tiltak som reduserer helseulikheten mellom inntektsgrupper blant menn. Her er kunnskapsgrunnlaget svakt. Norske undersøkelser viser at menn har lavere kompetanse enn kvinner innenfor sykdomsforebygging (se kapittel 4), men vi har ikke funnet spesifikke undersøkelser av menn med lav inntekt. Våre egne analyser viser at menn med lav inntekt har et særlig lavt inntak av frukt og grønt, også sammenlignet med kvinner med lav inntekt, og lavere bruk av enkelte typer forebyggende helsetjenester (se kapittel 6). Dette er imidlertid ikke nødvendigvis et uttrykk for lav helsekompetanse. Målrettede tiltak for å bedre helsekompetansen blant menn med lav inntekt kan likevel være verdt å prøve ut, i kombinasjon med universelle tiltak. Utprøving bør måle både helsekompetanse og helseatferd, slik at det er mulig å se om tiltaket virker gjennom den antatte mekanismen. Redusert merverdiavgift på frukt og grønt er ett universelt virkemiddel som har vært foreslått. Det er ikke vurdert her, og en differensiert merverdiavgift har ulemper, som administrative kostnader, usikker prisvirkning og at reduksjonen også kommer høyinntektsgrupper til gode. Dermed blir det enda viktigere å tilpasse de målrettede tiltakene til mangfoldet blant menn med lav inntekt, for eksempel den høye andelen innvandrere og enslige.

Det syvende og siste punktet handler om evaluering, og er den anbefalingen som følger mest direkte av kunnskapsoversikten. Det finnes få evalueringer av tiltak med resultater for menn med lav inntekt, særlig fra Norge. Det systematiske søket identifiserte bare fire slike studier. Bare én av

dem er norsk, og den er en pilotstudie uten mål på helseeffekter (Ose et al. 2020). De øvrige norske tiltaksstudiene vi har omtalt, måler i hovedsak arbeidsmarkedsutfall eller fysisk aktivitet, ikke helse og livskvalitet (se kapittel 5). Evaluering bør derfor bygges inn når nye tiltak skal etableres eller eksisterende tiltak skaleres opp. Dette gjelder også kommunale tiltak. Offentlig finansiering innebærer som regel krav om rapportering. Disse kravene bør spisses, slik at det som et minimum samles systematisk informasjon om hvem som deltar, hvem som faller fra, og sentrale utfall før og etter deltakelse. Resultatene bør i det minste rapporteres etter kjønn og sosioøkonomisk posisjon. Uten slik informasjon vil det fortsatt være vanskelig å vite om tiltakene når menn med lav inntekt og bidrar til å redusere sosiale helseforskjeller. Der det er mulig, bør det brukes et forskningsdesign som gir bedre grunnlag for å vurdere effekter, slik som randomiserte kontrollerte forsøk (RCT) eller trinnvis innføring av tiltak. Forsøkene bør ideelt sett være store nok til å kunne vurdere om tiltaket er mer effektivt for noen undergrupper enn for andre. Den svenske trygdereformen, der effekten bare viste seg i undergrupper (Almquist og Miething 2022), illustrerer hvorfor dette er viktig. Slik kan forskning i større grad bidra til at tiltak utformes på et bedre kunnskapsgrunnlag og når dem med størst behov.

Samlet viser rapporten at menn med lav inntekt har betydelig dårligere helse og livskvalitet og høyere risiko for tidlig død, særlig når lav inntekt sammenfaller med andre sosiale og økonomiske belastninger. Et viktig mål for videre forskning og politikk bør derfor være både å redusere de strukturelle forskjellene som skaper ulikhet i helse, og å identifisere og redusere terskler for forebygging, støtte og behandling blant dem som har størst behov.

# Referanser

Aaltonen, K., & Vaalavuo, M. (2024). Financial burden of medicines in five Northern European countries: A decommodification perspective. *Social Science & Medicine*, *347*, 116799. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116799

Aarnio, E., Martikainen, J., Winn, A. N., Huupponen, R., Vahtera, J., & Korhonen, M. J. (2016). Socioeconomic inequalities in statin adherence under universal coverage. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, *9*(6), 704–713. https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.116.002728

Aartsen, M., Veenstra, M., & Hansen, T. (2017). Social pathways to health: On the mediating role of the social network in the relation between socio-economic position and health. *SSM - Population Health*, *3*, 419–426. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.05.006

Alfonsdóttir, S. A., Jónsdóttir, H. L. H., Porvaldsdóttir, G. H., Einarsdóttir, S. E., Torfadóttir, J. E., & Gunnarsdóttir, S. (2025). The quality of life of cancer survivors: The role of social factors. *Cancers*, *17*(19). https://doi.org/10.3390/cancers17193145

Allen, K., Kypridemos, C., Hyseni, L., Gilmore, A., Diggle, P., Whitehead, M., Capewell, S., & O'Flaherty, M. (2016). The effects of maximising the UK's tobacco control score on inequalities in smoking prevalence and premature coronary heart disease mortality: A modelling study. *Bmc Public Health*, *16*. https://doi.org/10.1186/s12889-016-2962-8

Almquist, Y. B., & Miething, A. (2022). The impact of an unemployment insurance reform on incidence rates of hospitalisation due to alcohol-related disorders: A quasi-experimental study of heterogeneous effects across ethnic background, educational level, employment status, and sex in Sweden. *BMC Public Health*, *22*(1), 1847. https://doi.org/10.1186/s12889-022-14209-2

Andersen, J., Gerds, T. A., Hlatky, M. A., Gislason, G., Schou, M., Torp-Pedersen, C., Moller, S., Madelaire, C., & Strandberg-Larsen, K. (2021). The mediating role of effective treatments in the relationship between income level and survival in patients with heart failure: A sex- and cohabitation-stratified study. *European Journal of Preventive Cardiology*, *28*(1), 78–86. https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwaa005

Arntzen, A., Bøe, T., Dahl, E., Drange, N., Eikemo, T. A., Elstad, J. I., Fosse, E., Krokstad, S., Syse, A., Sletten, M. A., & Strand, B. H. (2019). 29 recommendations to combat social inequalities in health. The Norwegian Council on Social Inequalities in Health. *Scandinavian Journal of Public Health*, *47*(6), 598–605. https://doi.org/10.1177/1403494819851364

Artazcoz, L., Cortès-Franch, I., Escribà-Aguir, V., & Benavides, F. G. (2021). Financial strain and health status among European workers: Gender and welfare state inequalities. *Frontiers in Public Health*, *9*. https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.616191

Barstad, A. (2014). *Levekår og livskvalitet. Vitenskapen om hvordan vi har det.* Cappelen Damm Akademisk. https://www.cappelendamm.no/boker/levekar-og-livskvalitet-anders-barstad-9788202360719

Barstad, A. (2020). *Økonomi, helse og livskvalitet En analyse av Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017.* Rapporter 2020/29. Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/429442?_ts=1740a955568

Barstad, A. (2024). *Barndom og livsløp i lavinntektsgrupper.* Rapporter 2024/33. Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/barndom-og-livslop-i-lavinntektsgrupper/_/attachment/inline/c9a99e7a-a2f2-4d6a-a2e8-dc783c1ac306:acf4bf7f111bb3e178e1cc88dae9346e86387c89/RAPP2024-33.pdf

Barstad, A., Bjørnskau, T., & Rønning, E. (2023). *Forslag til et rammeverk for måling av livskvalitet i Norge.* Rapporter 2023/51. Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/forslag-til-et-rammeverk-for-maling-av-livskvalitet-i-norge/_/attachment/inline/73aa4f91-eefa-46a1-b57d-b9d6acd7bd91:e9139570887b7b85d0f52885101fcbe1dc5a0188/RAPP2023-51.pdf

Bay, A.-H., Johnson, G. E., & Pedersen, A. W. (2024). *Borgerlønnsinspirerte forsøk i fire moderne velferdsstater. En litteraturstudie* NOVA Notat 4. Oslo: NOVA.

Berete, F., Gisle, L., Demarest, S., Charafeddine, R., Bruyère, O., Van den Broucke, S., & Van der Heyden, J. (2024). Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health related outcomes in the Belgian adult population? *BMC Public Health*, *24*(1), 1182. https://doi.org/10.1186/s12889-024-18676-7

Bijwaard, G. E., & Barclay, K. J. (2025). Pathways from education to mortality, mediated through income. *Health Economics*, *34*(1), 18–44. https://doi.org/10.1002/hec.4894

Blom, S. (2017). Helse. I S. Vrålstad & K. S. Wiggen (Red.), *Levekår blant innvandrere i Norge 2016* (Bd. 13, s. 191–208). Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/309211?_ts=15c2f714b48

Borge, C. R., Larsen, M. H., Osborne, R. H., Aas, E., Kolle, I. T., Reinertsen, R., Lein, M. P., Thörn, M., Lind, R. M., Groth, M., Strand, O., Andersen, M. H., Moum, T., Engebretsen, E., & Wahl, A. K. (2024). Impacts of a health literacy-informed intervention in people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) on hospitalization, health literacy, self-management, quality of life, and health costs – A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, *123*, 108220. https://doi.org/10.1016/j.pec.2024.108220

Briazu, R. A., Masood, F., Hunt, L., Pettinger, C., Wagstaff, C., & McCloy, R. (2024). Barriers and facilitators to healthy eating in disadvantaged adults living in the UK: A scoping review. *BMC Public Health*, *24*(1), 1770. https://doi.org/10.1186/s12889-024-19259-2

Brønnum-Hansen, H. (2017). Socially disparate trends in lifespan variation: A trend study on income and mortality based on nationwide Danish register data. *Bmj Open*, *7*(5). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014489

Brønnum-Hansen, H. (2024). Continued increasing social inequality in mortality in Denmark—A nationwide register-based follow-up on previous mortality studies. *Scandinavian Journal of Public Health*. https://doi.org/10.1177/14034948241302921

Brønnum-Hansen, H., Östergren, O., Tarkiainen, L., Hermansen, Å., Martikainen, P., Wel, K. A. van der, & Lundberg, O. (2021a). Changes in life expectancy and lifespan variability by income quartiles in four Nordic countries: A study based on nationwide register data. *BMJ Open*, 11(6), e048192. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-048192

Brønnum-Hansen, H., Foverskov, E., & Andersen, I. (2021b). Income inequality in life expectancy and disability-free life expectancy in Denmark. *J Epidemiol Community Health*, *75*(2), 145–150. https://doi.org/10.1136/jech-2020-214108

Bull, E. R., McCleary, N., Li, X., Dombrowski, S. U., Dusseldorp, E., & Johnston, M. (2018). Interventions to promote healthy eating, physical activity and smoking in low-income groups: A systematic review with meta-analysis of behavior change techniques and delivery/context. *International Journal of Behavioral Medicine*, *25*(6), 605–616. https://doi.org/10.1007/s12529-018-9734-z

Bye, H. H., Måseidvåg, F. L., & Harris, S. M. (2025). Men's help-seeking willingness and disclosure of depression: Experimental evidence for the role of pluralistic ignorance. *Sex Roles*, *91*(4), 23. https://doi.org/10.1007/s11199-025-01574-6

Card, D., Kluve, J., & Weber, A. (2018). What works? A meta analysis of recent active labor market program evaluations. *Journal of the European Economic Association*, *16*(3), 894–931. https://doi.org/10.1093/jeea/jvx028

Chen, D., Momen, N. C., Ejlskov, L., Bodkergaard, K., Dreier, J. W., Sorensen, H. T., Laustsen, L. M., Harper, S., Hakulinen, C., McGrath, J. J., & Plana-Ripoll, O. (2025). Socioeconomic inequalities in mortality associated with mental disorders: A population-based cohort study. *World Psychiatry*, *24*(1), 92–102. https://doi.org/10.1002/wps.21278

Clay, J. M., Farkouh, E. K., Stockwell, T., Thomas, G., Johnston, K., & Naimi, T. S. (2025). The impact of alcohol minimum pricing policies on vulnerable populations and health equity: A rapid review. *International Journal of Drug Policy*, *145*, 105014. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2025.105014

Cooper, K., & Stewart, K. (2021). Does Household Income Affect children's outcomes? A systematic review of the evidence. *Child Indicators Research*, *14*(3), 981–1005. https://doi.org/10.1007/s12187-020-09782-0

Crombie, I., Irvine, L., Williams, B., Sniehotta, F., Petrie, D., Jones, C., Norrie, J., Evans, J., Emslie, C., Rice, P., Slane, P., Humphris, G., Ricketts, I., Melson, A., Donnan, P., Hapca, S., McKenzie, A., & Achison, M. (2018). Texting to Reduce Alcohol Misuse (TRAM): Main findings from a randomized controlled trial of a text message intervention to reduce binge drinking among disadvantaged men. *Addiction*, *113*(9), 1609–1618. https://doi.org/10.1111/add.14229

Dahl, E., Bergsli, H., & van der Wel, K. A. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Høgskolen i Oslo og Akershus. https://www.forebygging.no/Rapporter/Sosial-ulikhet-i-helse-En-norsk-kunnskapsoversikt/

de Mestral, C., Stringhini, S., & Marques-Vidal, P. (2016). Barriers to healthy eating in Switzerland: A nationwide study. *Clinical Nutrition*, *35*(6), 1490–1498. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.04.004

Deding, U., Henig, A. S., Hindersson, P., Torp-Pedersen, C., & Boggild, H. (2019). Determinants of non-participation in colon examination following positive stool sample in colorectal cancer screening. *European Journal of Public Health*, *29*(6), 1118–1124. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz072

Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, *19*(1), 1–15. https://doi.org/10.1002/bs.3830190102

Edwards, A. C., Loenn, S. L., Chartier, K. G., Lannoy, S., Sundquist, J., Kendler, K. S., & Sundquist, K. (2024). Socioeconomic position indicators and risk of alcohol-related medical conditions: A national cohort study from Sweden. *Plos Medicine*, *21*(3). https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004359

Ejlskov, L., & Plana-Ripoll, O. (2025). Income in epidemiological research: A guide to measurement and analytical treatment with a case study on mental disorders and mortality. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *79*(7), 560–568. https://doi.org/10.1136/jech-2024-223206

Epland, J. (2019). *Økonomiske levekår går i arv*. Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/okonomiske-levekar-gar-i-arv

Falkentoft, A. C., Zareini, B., Andersen, J., Wichmand, C., Hansen, T. B., Selmer, C., Schou, M., Gæde, P. H., Staehr, P. B., Hlatky, M. A., Torp-Pedersen, C., Gislason, G. H., Gerds, T. A., Bruun, N. E., & Ruwald, A. C. (2021). Socioeconomic position and first-time major cardiovascular event in patients with type 2 diabetes: A Danish nationwide cohort study. *European Journal of Preventive Cardiology*, *28*(16), 1819–1828. https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwab065

Falnes-Dalheim, E., & Støren, K. S. (2026). *Livskvalitetsundersøkelsen 2025. Dokumentasjonsnotat.* Notater 2026/13. Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/livskvalitetsundersokelsen-2025/_/attachment/inline/71c9705c-9a00-40d3-90e3-ad55009cba43:2c36a4b9bebeeaac3ed662c216fce703a8f429f1/NOT2026-13.pdf

Fogelgren, M., Ornstein, P., Rödin, M., & Thoursie, P. S. (2023). Is supported employment effective for young adults with disability pension?: Evidence from a Swedish randomized evaluation. *Journal of Human Resources*, *58*(2), 452–487. https://doi.org/10.3368/jhr.58.4.0319-10105R2

Folkehelseinstituttet (2025). *Under halvparten av menn deltek i tarmscreening*. Oslo: FHI https://www.fhi.no/nyheter/2025/under-halvparten-av-menn-deltar-i-tarmscreening/

Folkehelseinstituttet (2026). *Metodeboka—"Slik oppsummerer vi forskning"*. Oslo: FHI. https://www.fhi.no/ku/kunnskaps-og-beslutningsstotte/metodeboka/

Folkhälsomyndigheten (2025). *Resultat i tabellform Bilaga till Folkhälsan i Sverige—Årsrapport 2025*. Folkhälsomyndigheten. https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/f/folkhalsan-i-sverige-arsrapport-2025/

Fors, S., Wastesson, J. W., & Morin, L. (2021). Growing Income-Based Inequalities in Old-Age Life Expectancy in Sweden, 2006-2015. *Demography*, *58*(6), 2117–2138. https://doi.org/10.1215/00703370-9456514

Forskning.no (2026). *Ensomhet tar liv, men hva kan gjøres?* https://www.forskning.no/demografi-psykisk-helse-samfunn/ensomhet-tar-liv-men-hva-kan-gjores/2594055

Fyhn, T., Radlick, R. L., & Sveinsdottir, V. (2021). *Unge som står utenfor arbeid, opplæring og utdanning (NEET). En analyse av unge i NEET-kategorien.* NORCE Helse nr. 2. NORCE. https://hdl.handle.net/11250/2770190

Geary, L., Aronius, J., Wettermark, B., Hasselström, J., Sjöborg, B., & von Euler, M. (2017). Sociodemographic factors are associated with utilisation of statins after ischaemic stroke/TIA. *International Journal of Clinical Practice*, *71*(3–4), e12936. https://doi.org/10.1111/ijcp.12936

Gero, K., Backhaus-Hoven, I., Höhmann, A., Dragano, N., & Hoven, H. (2025). Low income and health literacy: A systematic scoping review. *Archives of Public Health*, *83*(1), 291. https://doi.org/10.1186/s13690-025-01781-3

Gevaert, J., Johansson, G., Almroth, M., Baron, S., Bodin, T., Hick, R., & Badarin, K. (2025). The impact of in-work poverty on mental health: A cohort study of the Swedish population. *Psychiatry Research*, *353*. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2025.116745

Gkiouleka, A., Wong, G., Sowden, S., Bambra, C., Siersbaek, R., Manji, S., Moseley, A., Harmston, R., Kuhn, I., & Ford, J. (2023). Reducing health inequalities through general practice. *Lancet Public Health*, *8*(6), e463–e472. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00093-2

Goldblatt, P., Castedo, A., Allen, J., Lionello, L., Bell, R., Marmot, M., von Heimburg, D., & Ness, O. (2023). *Rapid review of inequalities in health and wellbeing in Norway since 2014*. UCL Institute of health equity. https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/rapid-review-of-inequalities-in-health-and-wellbeing-in-norway-since-2014

Gough, B., & Novikova, I. (2020). *Mental health, men and culture: How do sociocultural constructions of masculinities relate to men's mental health help-seeking behaviour in the WHO European Region?* WHO Health Evidence Network Synthesis Report 70. Regional Office for Europe. https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289055130

Graversen, C. B., Valentin, J. B., Larsen, M. L., Riahi, S., Holmberg, T., & Johnsen, S. P. (2021). Non-Persistence with Medication as a Mediator for the Social Inequality in Risk of Major Adverse

Cardiovascular Events in Patients with Incident Acute Coronary Syndrome: A Nationwide Cohort Study. *Clinical Epidemiology*, *13*, 1071–1083. https://doi.org/10.2147/clep.S335133

Greenburgh, A., Baldwin, H., Weir, H., Asif, Z., Laporte, D., Bertram, M., Crawford, A., Duberry, G., Lauter, S., Lloyd-Evans, B., Lovelock, C., Das-Munshi, J., & Morgan, C. (2026). What works for whom: A systematic review of inequalities in inclusion and effectiveness of social interventions for mental ill- health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *61*(7), 1181–1203. https://doi.org/10.1007/s00127-025-02984-3

Gugushvili, A., & Wiborg, O. N. (2025). Wealth and mortality among late-middle-aged individuals in Norway: A nationwide register-based retrospective study. *Lancet Regional Health-Europe*, *48*. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.101113

Gurzo, K., Rehnberg, J., Martikainen, P., & Östergren, O. (2025). One generation apart: Individual income and life expectancy in two Swedish cohorts born before and after the expansion of the welfare state. *Scandinavian Journal of Public Health*, *53*(4), 351–358. https://doi.org/10.1177/14034948241246433

Guttersrud, Ø., Finbråten, H. S., & Le, C. (2024). Helsekompetanse i befolkningen. I S. Helseth, K. S. Pettersen, & A. K. Wahl (Red.), *Helsekompetanse. Teori, forskning og praksis* (s. 74–83). Fagbokforlaget.

Hagen, J., Laun, L., Lucke, C., & Palme, M. (2025). The rising income gradient in life expectancy in Sweden over six decades. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *122*(14). https://doi.org/10.1073/pnas.2418145122

Hall, C., Hardoy, I., & von Simson, K. (2024). Policies for young adults with reduced work capacity. Labour market impact in Sweden and Norway. *Journal of Population Economics*, *37*(1), 13. https://doi.org/10.1007/s00148-024-00999-9

Hansen, B. T., Kristoffersen, A. B., & Stecher, M. (2025). Vaccination readiness among adults in Norway: A cross-sectional survey using the 7C model. *Vaccine*, *56*, 127169. https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2025.127169

Hansen, T., Dommermuth, L., Barstad, A., & Hammersland, R. (2026). *Health and well-being among low-income men in the Nordic countries: A rapid review* (Nr. CRD420251271207). PROSPERO. https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/view/CRD420251271207

Hardoy, I., & von Simson, K. (2023). Pressing the right button—Labour market odds for youth with mental illness. *Journal of Education and Work*, *36*(7–8), 592–607. https://doi.org/10.1080/13639080.2023.2289952

Haugen, S. M. (2025). *1 av 4 aleneboende eldre har ingen familie i nærheten*. Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/1-av-4-aleneboende-eldre-har-ingen-familie-i-naerheten

Hayre, J., Canning, E., Pearce, H., Khera, R., & Ford, J. (2026). Public health policies and interventions to address health inequities in high-income countries: An umbrella review. *BMC Public Health*, *26*(1), 473. https://doi.org/10.1186/s12889-025-25876-2

Heggebø, K., & van der Wel, K. A. (2024). *Sosiale ulikheter i for tidlig død: – De kan unngås!* (Nr. 3). Nasjonalforeningen for folkehelse. https://nasjonalforeningen.no/content/uploads/2026/07/ferdig-rapport_sosiale-ulikheter-i-for-tidlig-dod_de-kan-unngas.pdf

Helland Lindborg, T., Kristensson Hallström, I., Synnøve Litland, A., & Åvik Persson, H. (2024). Adolescent boys' experiences of mental health and school health services—An interview study from Norway. *BMC Public Health*, *24*(1), 1464. https://doi.org/10.1186/s12889-024-18952-6

Helse- og omsorgsdepartementet (2019). *Strategi for å øke helse- kompetansen i befolkningen 2019-2023*. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-for-a-oke-helsekompetansen-i-befolkningen-2019-2023/id2644707/

Helse- og omsorgsdepartementet (2025). *Nasjonal livskvalitetsstrategi*. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-livskvalitetsstrategi/id3111081/

Hernæs, Ø., Kverndokk, S., Markussen, S., & Øien, H. (2022). Kun etter behov? Mottak av pleie- og omsorgstjenester og sammenheng med sosioøkonomisk status. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, *8*(1), 1–14. https://doi.org/10.18261/tfo.8.1.13

Hjelle, O. P. (2020). *Lev til du blir 100. 7 nøkler til et langt og godt liv*. Kagge Forlag.

Hofoss, D., Grotvedt, L., Groholt, E. K., Ramm, J., Lunde, E. S., & Syse, A. (2024). Does who you live with matter for your health? The influence of partners' socioeconomic characteristics on self-rated health in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, *52*(7), 819–828. https://doi.org/10.1177/14034948231197453

Holmen, H., Fløtlo, T., Tørris, C., Løyland, B., Almendingen, K., Bjørnnes, A. K., Albertini Früh, E., Grov, E. K., Helseth, S., Kvarme, L. G., Malambo, R., Misvær, N., Rasalingam, A., Riiser, K., Sandbekken, I. H., Schippert, A. C., Sparboe-Nilsen, B., Sundar, T. K. B., Sæterstrand, T., … Torbjørnsen, A. (2023). Unpacking the public health triad of social inequality in health, health literacy, and quality of life. A scoping review of research characteristics. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *21*(1), 36. https://doi.org/10.3390/ijerph21010036

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLOS Medicine*, *7*(7), e1000316. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316

Howden-Chapman, P., Bennett, J., Edwards, R., Jacobs, D., Nathan, K., & Ormandy, D. (2023). Review of the impact of housing quality on inequalities in health and well-being. *Annual Review of Public Health*, *44*, 233–254. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-071521-111836

Hughes, C. L., & Hermansen, Å. (2025). Payment problems and suicide: Life under financial strain. *Scandinavian Journal of Public Health*. https://doi.org/10.1177/14034948241312375

Hämäläinen, K., Simanainen, M., & Verho, J. (2025). Health effects of cash transfers: Evidence from the Finnish basic income experiment. *Journal of Public Economics*, *250*, 105480. https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2025.105480

Jackisch, J., & van Raalte, A. (2025). The contribution of childhood adversity to adult socioeconomic gradients in mortality: A Swedish birth cohort analysis. *Social Science & Medicine*, *365*, 117627. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117627

Johansen, A. T., Bélanger, S. M., Reneflot, A., Hem, E., Aakhus, E., Oien-Odegaard, C., Stene-Larsen, K., & Hartberg, C. B. (2025). Suicide and sociodemographic factors among older adults in Norway: A register-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. https://doi.org/10.1007/s00127-025-03007-x

Johnson, E. K., Parikh, H., Ettman, C. K., Ge, G., Sopina, L., & Chang, A. Y. (2026). Lasting income costs of mental and physical illness. *JAMA Health Forum*, *7*(3), e260196. https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2026.0196

Jonsson, M., Härkönen, J., Ljungman, P., Nordberg, P., Ringh, M., Hirlekar, G., Rawshani, A., Herlitz, J., Ljung, R., & Hollenberg, J. (2021). Inequalities in Income and Education Are Associated With Survival Differences After Out-of-Hospital Cardiac Arrest: Nationwide Observational Study. *Circulation*, *144*(24), 1915–1925. https://doi.org/10.1161/circulationaha.121.056012

Joossens, L., Abbink, H., & Erin, R. (2025). *The Tobacco Control Scale 2025 in Europe*. Smoke Free Partnership. https://tobaccocontrolscale.org/latest-edition/

Katikireddi, S. V., Niedzwiedz, C. L., Dundas, R., Kondo, N., Leyland, A. H., & Rostila, M. (2020). Inequalities in all-cause and cause-specific mortality across the life course by wealth and income in Sweden: A register-based cohort study. *International Journal of Epidemiology*, *49*(3), 917–925. https://doi.org/10.1093/ije/dyaa053

Kinge, J. M., Modalsli, J. H., Overland, S., Gjessing, H. K., Tollånes, M. C., Knudsen, A. K., Skirbekk, V., Strand, B. H., Håberg, S. E., & Vollset, S. E. (2019). Association of Household Income With Life Expectancy and Cause-Specific Mortality in Norway, 2005-2015. *Jama-Journal of the American Medical Association*, *321*(19), 1916–1925. https://doi.org/10.1001/jama.2019.4329

Kinge, J. M., & Reme, B.-A. (2023). Inntekt og helse. *Magma*, *26*(5). https://doi.org/10.23865/magma.v26.1430

Kinge, J. M., Øverland, S., Flatø, M., Dieleman, J., Røgeberg, O., Magnus, M. C., Evensen, M., Tesli, M., Skrondal, A., Stoltenberg, C., Vollset, S. E., Håberg, S., & Torvik, F. A. (2021). Parental income and mental disorders in children and adolescents: Prospective register-based study. *International Journal of Epidemiology*, *50*(5), 1615–1627. https://doi.org/10.1093/ije/dyab066

Kirkøen, B., Ørstavik, R. E., Reneflot, A., Skogen, J. C., Sivertsen, B., & Knudsen, A. K. S. (2025). The Ability of the Hopkins Symptom Checklist-5 to Identify Generalized Anxiety Disorder and Major Depressive Disorder in the General Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *22*(5), 698. https://doi.org/10.3390/ijerph22050698

Klüwer, B., Margrethe Rydland, K., Nybru Gleditsch, R., Mamelund, S.-E., & Laake, I. (2023). Social and demographic patterns of influenza vaccination coverage in Norway, influenza seasons 2014/15 to 2020/21. *Vaccine*, *41*(6), 1239–1246. https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2023.01.013

Knardahl, S., Johannessen, H. A., Sterud, T., Härmä, M., Rugulies, R., Seitsamo, J., & Borg, V. (2017). The contribution from psychological, social, and organizational work factors to risk of disability retirement: A systematic review with meta-analyses. *BMC Public Health*, *17*(1), 176. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4059-4

Knardahl, S., Sterud, T., Nielsen, M. B., & Nordby, K.-C. (2016). Arbeidsplassen og sykefravær—Arbeidsforhold av betydning for sykefravær. *Tidsskrift for velferdsforskning*, *19*(2), 179–199. https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-02-05

Kreiner, C. T., Nielsen, T. H., & Serena, B. L. (2018). Role of income mobility for the measurement of inequality in life expectancy. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *115*(46), 11754–11759. https://doi.org/10.1073/pnas.1811455115

Kriegbaum, M., Hougaard, C. O., Andersen, I., Bronnum-Hansen, H., & Lund, R. (2019). Life course analysis on income and incident AMI: a Danish register-based cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *73*(9), 810–816. https://doi.org/10.1136/jech-2018-212043

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, *32*(4), 345–359. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006

Landberg, J., Ramstedt, M., & Sunding, E. (2018). *Socioekonomiska skillnader i beroende och utsatthet för andras användning av alkohol, narkotika och tobak* (Nr. 176). Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. https://www.can.se/app/uploads/2020/01/can-rapport-176-socioekonomiska-skillnader-i-beroende-och-utsatthet-for-andras-anvandning-av-alkohol-narkotika-och-tobak.pdf

Larsen, I. K., Myklebust, T. Å., Babigumira, R., Vinberg, E., Møller, B., & Ursin, G. (2020). Education, income and risk of cancer: Results from a Norwegian registry-based study. *Acta Oncologica*, *59*(11), 1300–1307. https://doi.org/10.1080/0284186X.2020.1817548

Larsen, M. B., Mikkelsen, E. M., Rasmussen, M., Friis-Hansen, L., Ovesen, A. U., Rahr, H. B., & Andersen, B. (2017). Sociodemographic characteristics of nonparticipants in the Danish colorectal cancer screening program: A nationwide cross-sectional study. *Clinical Epidemiology*, *9*. https://doi.org/10.2147/clep.S139168

Le, C., Finbråten, H. S., Petter, Guttersrud, Ø., & Joranger, P. (2021). *Helsekompetansen i fem utvalgte innvandrerpopulasjoner i Norge: Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam Befolkningens helsekompeta*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse

Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S., Guttersrud, Ø., & Joranger, P. (2021). *Befolkningens helsekompetanse, del I. The International Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS19) – et samarbeidsprosjekt med nettverket M-POHL tilknyttet WHO-EHII*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse

Le, C., Guttersrud, Ø., Joranger, P., Okan, O., & Finbråten, H. S. (2024). Associations between health literacy proficiencies and health-related quality of life and GP visits among young people in Norway: A population-based cross-sectional study. *BMJ Open*, *14*(10), e081892. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-081892

Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, *152*, 157–171. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035

Lemstra, M., Blackburn, D., Crawley, A., & Fung, R. (2012). Proportion and risk indicators of nonadherence to statin therapy: A meta-analysis. *Canadian Journal of Cardiology*, *28*(5), 574–580. https://doi.org/10.1016/j.cjca.2012.05.007

Leong, D. P., Teo, K. K., Rangarajan, S., Lopez-Jaramillo, P., Avezum, A., Orlandini, A., Seron, P., Ahmed, S. H., Rosengren, A., Kelishadi, R., Rahman, O., Swaminathan, S., Iqbal, R., Gupta, R., Lear, S. A., Oguz, A., Yusoff, K., Zatonska, K., Chifamba, J., … Yusuf, S. (2015). Prognostic value of grip strength: Findings from the Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study. *The Lancet*, *386*(9990), 266–273. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62000-6

Levant, R. F., Hall, R. J., & Rankin, T. J. (2013). Male Role Norms Inventory–Short Form (MRNI-SF): Development, confirmatory factor analytic investigation of structure, and measurement invariance across gender. *Journal of Counseling Psychology*, *60*(2), 228–238. https://doi.org/10.1037/a0031545

Lorenc, T., Petticrew, M., Welch, V., & Tugwell, P. (2013). What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health*, *67*(2), 190–193. https://doi.org/10.1136/jech-2012-201257

Lunde, E. S., & Lundgaard, L. B. (2020). *Levekårsundersøkelsen om helse 2019. Dokumentasjonsrapport.* Notater Nr. 2020/36. Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/434918?_ts=1754fa05508

Lunde, E. S., Otnes, B., & Ramm, J. (2017). *Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester. En kartlegging*. Rapporter 2017/16. Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/312917?_ts=15de5f0f480

Lunde, E. S., & Ramm, J. (2021). *Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester – 2. Udekket behov for helsetjenester og forebyggende helseatferd.* Rapporter 2021/23. Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/sosial-ulikhet-i-bruk-av-helsetjenester--2/_/attachment/inline/000f4984-ed11-42d3-b5cb-ba9f3ce43847:b350717de363e3cfb2a08ad6e985e2f810e6ceac/RAPP2021-23_web.pdf

Løyland, B., & Sandbekken, I. H. (2024). Sosial ulikhet og helsekompetanse. I S. Helseth, K. S. Pettersen, & A. K. Wahl (Red.), *Helsekompetanse. Teori, forskning og praksis* (s. 135–145). Fagbokforlaget.

Marmot, M., Allen, J., Boyce, T., Goldblatt, P., & Morrison, J. (2020). *Helath equity in England: The Marmot review 10 years ago*. Institute for Health Equity. https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/marmot-review-10-years-on/the-marmot-review-10-years-on-full-report.pdf

McGrath, M., Duncan, F., Dotsikas, K., Baskin, C., Crosby, L., Gnani, S., Hunter, R. M., Kaner, E., Kirkbride, J. B., Lafortune, L., Lee, C., Oliver, E., Osborn, D. P., Walters, K. R., & Dykxhoorn, J. (2021). Effectiveness of community interventions for protecting and promoting the mental health of working-age adults experiencing financial uncertainty: A systematic review. *J Epidemiol Community Health*, *75*(7), 665–673. https://doi.org/10.1136/jech-2020-215574

McKay, F. H., Bennett, R., & Dunn, M. (2023). How, why and for whom does a basic income contribute to health and wellbeing: A systematic review. *Health Promotion International*, *38*(5). https://doi.org/10.1093/heapro/daad119

Melding til Stortinget (2023). *Folkehelsemeldinga Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar* (Meld. St. 15). Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/918eb71926fc44c8802fe3c2e0b9a75a/nn-no/pdfs/stm202220230015000dddpdfs.pdf

Meltevik, S., Grønås-Werring, M., Hjelmeland, S., Simonsen, M. F., & Boysen, K. R. (2021). *Kartlegging av arbeidet med Kvalifiseringsprogrammet i NAV-kontorene*. Oxford Research. https://oxfordresearch.no/wp-content/uploads/2022/06/Kartlegging-av-arbeidet-med-Kvalifiseringsprogrammet-Oxford.pdf

Moller, S. P., Willson, A., & Thygesen, L. C. (2023). Social inequalities in trajectories of contacts with the healthcare system in adolescence and young adulthood. *Preventive Medicine*, *177*. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2023.107745

Mullainathan, S., & Shafir, E. (2013). *Scarcity: Why Having Too Little Means So Much*. Times Books/Henry Holt and Co.

Mäkelä, P., & Lindell, E. (2025). Changes in socio-economic inequality in alcohol-attributable mortality in periods of increasing and decreasing alcohol affordability. *Drug and Alcohol Review*, *44*(2), 424–433. https://doi.org/10.1111/dar.13989

Mæland, J. G. (2021). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (5. utg.). Universitetsforlaget.

Naik, Y., Baker, P., Ismail, S. A., Tillmann, T., Bash, K., Quantz, D., Hillier-Brown, F., Jayatunga, W., Kelly, G., Black, M., Gopfert, A., Roderick, P., Barr, B., & Bambra, C. (2019). Going upstream – an umbrella review of the macroeconomic determinants of health and health inequalities. *BMC Public Health*, *19*(1), 1678. https://doi.org/10.1186/s12889-019-7895-6

Nes, R. B., Hansen, T., Røysamb, E., & Nilsen, T. S. (2025). *Livskvalitet i Norge. Folkehelserapporten - Helsetilstanden i Norge*. FHI. https://www.fhi.no/he/fr/folkehelserapporten/samfunn/livskvalitet-i-norge/#sosial-ulikhet-i-livskvalitet

Nordheim, O., & van der Wel, K. A. (2025). Are there diminishing returns to social spending? Social policy, health and health inequalities in European countries. A comparative longitudinal survey data analysis. *Social Science & Medicine*, *380*, 117721. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.117721

NOU (2024). *Likestillingens neste steg Mannsutvalgets rapport* (Norges offentlige utredninger 2024: 8). Kultur- og likestillingsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/6571a61b163e49f593eee6ab7a338ff6/no/pdfs/nou202402400080000dddpdfs.pdf

Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, *42*, 159–173. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529

O'Donnell, A., Anderson, P., Jané-Llopis, E., Manthey, J., Kaner, E., & Rehm, J. (2019). Immediate impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland: Controlled interrupted time series analysis for 2015-18. *Bmj-British Medical Journal*, *366*. https://doi.org/10.1136/bmj.l5274

Ohm, J., Skoglund, P. H., Discacciati, A., Sundström, J., Hambraeus, K., Jernberg, T., & Svensson, P. (2018). Socioeconomic status predicts second cardiovascular event in 29,226 survivors of a first myocardial infarction. *European Journal of Preventive Cardiology*, *25*(9), 985–993. https://doi.org/10.1177/2047487318766646

Oien-Odegaard, C., Christiansen, S. T. G., Hauge, L. J., Stene-Larsen, K., Bélanger, S. M., Bjertness, E., & Reneflot, A. (2024). Variations in healthcare utilization for mental health problems prior to suicide by socioeconomic status: A Norwegian register-based population study. *Bmc Health Services Research*, *24*(1). https://doi.org/10.1186/s12913-024-11113-w

Oliffe, J. L., Rossnagel, E., Kelly, M. T., Bottorff, J. L., Seaton, C., & Darroch, F. (2020). Men's health literacy: A review and recommendations. *Health Promotion International*, *35*(5), 1037–1051. https://doi.org/10.1093/heapro/daz077

Olsen, J. A., Lindberg, M. H., & Lamu, A. N. (2020). Health and wellbeing in Norway: Population norms and the social gradient. *Social Science & Medicine*, *259*. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113155

Ose, S. O., Boyum, L. S., Kaspersen, S. L., Vestad, A., & Gjelsvik, P. A. (2020). Should GPs ask patients about their financial concerns? Exploration through collaborative research. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *38*(2), 156–165. https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1753344

Pallesen, A. V. J., Mierau, J., Christensen, F. K., & Mortensen, L. H. (2024). Educational and income inequalities across diseases in Denmark: A register-based cohort study. *Lancet Public Health*, *9*(11), e916–e924. https://doi.org/10.1016/s2468-2667(24)00128-2

Parbst, M., & Wheaton, B. (2023). The Effect of Welfare State Policy Spending on the Equalization of Socioeconomic Status Disparities in Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, *64*(3), 336–353. https://doi.org/10.1177/00221465231166334

Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The Structure of Coping. *Journal of Health and Social Behavior*, *19*(1), 2–21. https://doi.org/10.2307/2136319

Picchio, M., & Ubaldi, M. (2024). Unemployment and health: A meta-analysis. *Journal of Economic Surveys*, *38*(4), 1437–1472. https://doi.org/10.1111/joes.12588

Ravesteijn, B., Schachar, E. B., Beekman, A. T. F., Janssen, R. T. J. M., & Jeurissen, P. P. T. (2017). Association of Cost Sharing With Mental Health Care Use, Involuntary Commitment, and Acute Care. *JAMA Psychiatry*, *74*(9), 932–939. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.1847

Reiling, R. B., Alne, R. H., Stubhaug, M. E., Rønning, M., Solbakken, E., & Vattø, T. (2026). *Tiltak for å redusere og forebygge at barn vokser opp i vedvarende lavinntekt.* Rapporter 2026/15. Statistisk sentralbyrå.

Revold, M. K., & With, M. L. (2022). *Leietakere mindre fornøyd med livet.* SSB Analyse 2022/2. Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/leietakere-mindre-fornoyd-med-livet

Rodgers, M., South, E., Harden, M., Whitehead, M., & Sowden, A. (2025). Contextual factors in systematic reviews: Understanding public health interventions in low socioeconomic status and disadvantaged populations. *Archives of Public Health*, *83*(1), 153. https://doi.org/10.1186/s13690-025-01644-x

Rossow, I. (2025). Alkoholskadeparadokset. I W. Pedersen (Red.), *De rike drikker mest, de fattige rammes hardest: Rus og sosial ulikhet* (s. 87–102). Cappelen Damm Forskning.

Salokangas, H., Sirniö, O., Hiilamo, H., & Moisio, P. (2026). Lessons from the Finnish Basic Income Experiment. I *Beyond the Nordic Welfare State* (s. 265–280). Edward Elgar Publishing. https://www.elgaronline.com/edcollchap-oa/book/9781035375448/chapter16.xml

Samdal, G. B., Meland, E., Eide, G. E., Berntsen, S., Abildsnes, E., Stea, T. H., & Mildestvedt, T. (2019). The Norwegian Healthy Life Centre Study: A pragmatic RCT of physical activity in primary care. *Scandinavian Journal of Public Health*, *47*(1). https://doi.org/10.1177/1403494818785260

Seidler, Z. E., Benakovic, R., Wilson, M. J., McGee, M. A., Fisher, K., Smith, J. A., Oliffe, J. L., & Sheldrake, M. (2024). Approaches to Engaging Men During Primary Healthcare Encounters: A scoping review. *American Journal of Men's Health*, *18*(2). https://doi.org/10.1177/15579883241241090

Seidler, Z. E., Dawes, A. J., Rice, S. M., Oliffe, J. L., & Dhillon, H. M. (2016). The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *49*, 106–118. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.002

Selinheimo, S., Gluschkoff, K., Turunen, J., Mattila-Holappa, P., Kausto, J., & Väänänen, A. (2023). Income gradient in psychotherapy use and psychotropic drug purchases: A longitudinal register study in Finnish employed population. *Journal of Psychiatric Research*, *164*, 133–139. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.06.001

Sheikh, A., Payne-Cook, C., Lisk, S., Carter, B., & Brown, J. S. L. (2025). Why do young men not seek help for affective mental health issues? A systematic review of perceived barriers and facilitators among adolescent boys and young men. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *34*(2), 565–583. https://doi.org/10.1007/s00787-024-02520-9

Sieber, S., Orsholits, D., Cheval, B., Ihle, A., Kelly-Irving, M., Delpierre, C., Burton-Jeangros, C., & Cullati, S. (2022). Social protection expenditure on health in later life in 20 European countries: Spending more to reduce health inequalities. *Social Science & Medicine*, *292*, 114569. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114569

Simoni, A. H., Kragholm, K. H., Boggild, H., Jensen, S. E., Valentin, J. B., & Johnsen, S. P. (2023). Time trends in income-related disparity in incidence of acute coronary syndrome. *European Journal of Public Health*, *33*(5), 778–784. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad139

Simpson, J., Albani, V., Bell, Z., Bambra, C., & Brown, H. (2021). Effects of social security policy reforms on mental health and inequalities: A systematic review of observational studies in high-income countries. *Social Science & Medicine*, *272*, 113717. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113717

Skar, J., & Ekornrud, T. (2026). *Tannhelseutgifter og udekt behov for tannlegetenester. Oversikt over tilgjengelege kjelder, hovudresultat og funn.* Rapporter 2026/17. Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/tannhelseutgifter-og-udekt-behov-for-tannlegetenester/_/attachment/inline/a95901db-fd33-4fae-a97d-d96f8e96a717:b629bc6c851467ef97aebe0d1a7e0c064a1f01b4/RAPP2026-17.pdf

Skyrud, K. D., Qureshi, S., & Gjefsen, H. M. (2024). *Menns bruk av primærhelsetjenester*. FHI. https://www.fhi.no/publ/2024/menns-bruk-av-primarhelsetjenesten

Slotte, S., Ramsøy-Halle, H., Melby, L., & Kaasbøll, J. (2022). Facilitating factors for seeking help for mental health problems among Norwegian adolescent males: A focus group interview study. *Frontiers in Psychiatry*, *13*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1049336

Smith, C. E., Hill, S. E., & Amos, A. (2020). Impact of specialist and primary care stop smoking support on socio-economic inequalities in cessation in the United Kingdom: A systematic review and national equity analysis. *Addiction*, *115*(1), 34–46. https://doi.org/10.1111/add.14760

SOU (2017). *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa* (Statens Offentliga Utredningar 47). https://www.regeringen.se/contentassets/3917644bbd69413bbc0c017647e53528/nasta-steg-pa-vagen-mot-en-mer-jamlik-halsa-slutbetankande-av-kommissionen-for-jamlik-halsa_sou2017_47.pdf

Spetz, M., Lundberg, L., Nwaru, C., Li, H. Q., Santosa, A., Leach, S., Gisslén, M., Hammar, N., Rosvall, M., & Nyberg, F. (2022). The social patterning of Covid-19 vaccine uptake in older adults: A register-based cross-sectional study in Sweden. *Lancet Regional Health-Europe*, *15*. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100331

Starrfelt, J. (2024). *Personer med lav inntekt er sjeldnere på sykehus*. SSB Analyse. https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/personer-med-lav-inntekt-er-sjeldnere-pa-sykehus

Statistisk sentralbyrå (2026). *Statistikk om Helseforhold, levekårsundersøkelsen*. https://www.ssb.no/helse/helseforhold-og-levevaner/statistikk/helseforhold-levekarsundersokelsen

Sterud, T., Lunde, L.-K., Berg, R., Proper, K. I., & Aanesen, F. (2025). Mental health effects of unemployment and re-employment: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Occupational and Environmental Medicine*, *82*(7), 343–353. https://doi.org/10.1136/oemed-2025-110194

Stormacq, C., Bachmann, A. O., Broucke, S. V. den, & Bodenmann, P. (2023). How socioeconomically disadvantaged people access, understand, appraise, and apply health information: A qualitative study exploring health literacy skills. *PLOS ONE*, *18*(8), e0288381. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288381

Stormacq, C., Van den Broucke, S., & Wosinski, J. (2019). Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promotion International*, *34*(5), e1–e17. https://doi.org/10.1093/heapro/day062

Strozza, C., Vigezzi, S., Callaway, J., Aleksandrovs, A., & Kashnitsky, I. (2025). Socioeconomic inequalities in survival to retirement age in Denmark: A register-based analysis. *Genus*, *81*(1). https://doi.org/10.1186/s41118-025-00258-z

Strömberg, U., Bonander, C., Garmo, H., Lambe, M., Stattin, P., & Bratt, O. (2025). Sociodemographic disparities in incidence rates of advanced and low-risk prostate cancer as a proxy for diagnostic activity. *Acta Oncologica*, *64*, 677–684. https://doi.org/10.2340/1651-226x.2025.43399

Sundhedsstyrelsen (2020). *Indsatser mod ulighed i sundhed*. Sundhedsstyrelsen. https://www.sst.dk/media/1rjnxmyr/indsatser-mod-ulighed-i-sundhed-tilgaengelig.pdf

Suokas, K., Koivisto, A. M., Hakulinen, C., Kaltiala, R., Sund, R., Lumme, S., Kampman, O., & Pirkola, S. (2020). Association of income with the incidence rates of first psychiatric hospital admissions in Finland, 1996-2014. *Jama Psychiatry*, *77*(3), 274–284. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3647

Sveinsdottir, V., Lie, S. A., Bond, G. R., Eriksen, H. R., Tveito, T. H., Grasdal, A. L., & Reme, S. E. (2020). Individual placement and support for young adults at risk of early work disability (the SEED trial). A randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, *46*(1), 50–59. https://doi.org/10.5271/sjweh.3837

Svendsen, M. T., Bak, C. K., Sørensen, K., Pelikan, J., Riddersholm, S. J., Skals, R. K., Mortensen, R. N., Maindal, H. T., Bøggild, H., Nielsen, G., & Torp-Pedersen, C. (2020). Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: A large national population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health*, *20*(1), 565. https://doi.org/10.1186/s12889-020-08498-8

Sætre, L. M. S., Jarbøl, D. E., Raasthøj, I. P., Seldorf, S. A., Rasmussen, S., & Balasubramaniam, K. (2024). Examining health literacy in the Danish general population: A cross-sectional study on the associations between individual factors and healthcare-seeking behaviour. *European Journal of Public Health*, *34*(6), 1125–1133. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae150

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Broucke, S. van den, Brand, H., & on behalf of the HLS-EU Consortium. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, *25*(6), 1053–1058. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, *12*(1), 80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80

Tarkiainen, L., Martikainen, P., Junna, L., & Remes, H. (2024). Contribution of causes of death to changing inequalities in life expectancy by income in Finland, 1997-2020. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *78*(4), 241–247. https://doi.org/10.1136/jech-2023-221705

Tarkiainen, L., Östergren, O. M., Dei Bardi, L., & Martikainen, P. (2025). Coevolution of education and income inequalities in mortality: Is the double burden of basic education and low income becoming more lethal in Finland and Sweden over time? *Journal of Epidemiology and Community Health*. https://doi.org/10.1136/jech-2025-224182

Texmon, I., & Thonstad, M. (2024). Helse og bruk av fastlege. I J. Lysen, L. Østby, & M. T. Dzamarija (Red.), *Innvandrere i Norge 2023 Hvem er de, og hvordan går det med dem?* (Statistiske Analyser 176, s. 188–211). Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/artikler/innvandrere-i-norge-2023/_/attachment/inline/80cac6c5-0945-4c2c-853d-5b58dba589f5:79676f0be679aea2fae7c624d1849486446ff73b/SA-176_web.pdf

Thapa, S., & Nielsen, J. B. (2021). Association between health literacy, general psychological factors, and adherence to medical treatment among Danes aged 50–80 years. *BMC Geriatrics*, *21*(1), 386. https://doi.org/10.1186/s12877-021-02339-y

Thomson, K., Hillier-Brown, F., Todd, A., McNamara, C., Huijts, T., & Bambra, C. (2018). The effects of public health policies on health inequalities in high-income countries: An umbrella review. *BMC Public Health*, *18*(1), 869. https://doi.org/10.1186/s12889-018-5677-1

Tomic, K., Ventimiglia, E., Robinson, D., Häggström, C., Lambe, M., & Stattin, P. (2018). Socioeconomic status and diagnosis, treatment, and mortality in men with prostate cancer. Nationwide population-based study. *International Journal of Cancer*, *142*(12), 2478–2484. https://doi.org/10.1002/ijc.31272

Umblijs, J., von Simson, K., & Mohn, F. (2019). *Boligens betydning for annen velferd. En gjennomgang av nasjonal og internasjonal forskning.* Rapport 2019/1. Institutt for samfunnsforskning.

https://www.regjeringen.no/contentassets/3b97235141f7403494c9d7ee35e565e4/institutt-for-samfunnsforskning---boligens-betydning-for-annen-velferd---rapport-1-2019.pdf

van den Bekerom, L., van Gestel, L. C., Schoones, J. W., Bussemaker, J., & Adriaanse, M. A. (2024). Health behavior interventions among people with lower socio-economic position: A scoping review of behavior change techniques and effectiveness. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, *12*(1), 2365931. https://doi.org/10.1080/21642850.2024.2365931

Vedoy, T. F., Grotvedt, L., & Syse, A. (2025). Changes over time in social inequality in adult self-rated health: The case of Norway 2002-2019. *Bmc Public Health*, *25*(1). https://doi.org/10.1186/s12889-025-25248-w

Vedaa, Ø., Hjetland, G. J., Nguyen, T. T., Sunde, E., Abel, M. H., Indseth, T., Hansen, B. T., Finess, B. L., Bøås, H., Bruun, T., Fjeldheim, I., Kirkøen, B., Nilsen, T. S., Strand, B. H., Knapstad, M., & Gulseth, H. L. (2026). *Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2025. Fremgangsmåte og utvalgte resultater*. Folkehelseinstituttet. https://doi.org/10.21349/smzz-nj96

Veenstra, M., & Aartsen, M. (2022). Life-course income trajectories of men and women in Norway: Implications for self-rated health in later life. *European Journal of Public Health*, *32*(4), 542–547. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac055

Vidnes, T. K., Wahl, A. K., Larsen, M. H., Meyer, K. B., Engebretsen, E., Hermansen, Å., Urstad, K. H., Dahl, K. G., Borge, C. R., & Andersen, M. H. (2024). Effectiveness of a health communication intervention on health literacy in the first year following kidney transplantation – A randomized controlled study. *Patient Education and Counseling*, *123*, 108207. https://doi.org/10.1016/j.pec.2024.108207

Wemrell, M., Karlsson, N., Vicente, R. P., & Merlo, J. (2021). An intersectional analysis providing more precise information on inequities in self-rated health. *International Journal for Equity in Health*, *20*(1). https://doi.org/10.1186/s12939-020-01368-0

Wennberg, A., Tao, Y. N., Ek, S., & Modig, K. (2024). Population frailty trends by education and income levels over a period of 30 years: Findings from Swedish registry data. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *78*(2), 109–114. https://doi.org/10.1136/jech-2023-221060

WHO (2018). *The health and well-being of men in the WHO European Region: Better health through a gender approach*. World Health Organization. Regional Office for Europe. https://www.mhfi.org/WHO-Europe-MensHealthReport.pdf

WHO (2019a). *Evidence and resources to act on health inequities, social determinants and meet the SDGs* (Nr. 2019-3496-43255–60621). World Health Organization. Regional Office for Europe. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/742c704c-6711-4bc4-940f-011be3c1dcf5/content

WHO (2019b). *Healthy, prosperous lives for all: The European Health Equity Status Report*. World Health Organization. Regional Office for Europe. https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289054256

Wyper, G. M. A., Mackay, D. F., Fraser, C., Lewsey, J., Robinson, M., Beeston, C., & Giles, L. (2023). Evaluating the impact of alcohol minimum unit pricing on deaths and hospitalisations in Scotland: A controlled interrupted time series study. *The Lancet*, *401*(10385), 1361–1370. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00497-X

Yousaf, O., Grunfeld, E. A., & Hunter, M. S. (2015). A systematic review of the factors associated with delays in medical and psychological help-seeking among men. *Health Psychology Review*, *9*(2), 264–276. https://doi.org/10.1080/17437199.2013.840954

Üzümçeker, E. (2025). Traditional Masculinity and Men's Psychological Help-Seeking: A Meta-Analysis. *International Journal of Psychology*, *60*(2), e70031. https://doi.org/10.1002/ijop.70031

Zai, X. H., Li, P., Dei Bardi, L., Korhonen, K., Moretti, M., Myrskylä, M., & Martikainen, P. (2025). Disparities in cancer incidence, stage at diagnosis, treatment and mortality across socioeconomic groups in Finland: A register-based population study. *Bmj Public Health*, *3*(2). https://doi.org/10.1136/bmjph-2025-002829

Zamboanga, B. L., Newins, A. R., Ford, K., & Perrotte, J. K. (2024). Conformity to masculine norms and its association with drinking behaviors and alcohol-related consequences among adult men: A meta-analysis. *Social Science & Medicine*, *359*, 117198. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117198

Östergren, O., Martikainen, P., Tarkiainen, L., Elstad, J. I., & Brønnum-Hansen, H. (2019). Contribution of smoking and alcohol consumption to income differences in life expectancy: Evidence using Danish, Finnish, Norwegian and Swedish register data. *J Epidemiol Community Health*, *73*(4), 334–339. https://doi.org/10.1136/jech-2018-211640

Østhus, S., Pia Mäkelä, Norström, T., & Rossow. (2016). *Sosial ulikhet i alkoholbruk og alkoholrelatert sykelighet og dødelighet* (Nr. 6). Helsedirektoratet. Avdeling levekår og helse. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sosial-ulikhet-i-alkoholbruk-og-alkoholrelatert-sykelighet-og-dodelighet/Sosial%20ulikhet%20i%20alkoholbruk%20og%20alkoholrelatert%20sykelighet%20og%20d%C3%B8delighet.pdf/_/attachment/inline/3fba9cab-c9a3-477d-89ab-27cac9eece35:14614cf3c85e5f0c63a7b67f169781b9495280a6/Sosial%20ulikhet%20i%20alkoholbruk%20og%20alkoholrelatert%20sykelighet%20og%20d%C3%B8delighet.pdf

# Vedleggstabeller

**Tabell A1 Logistisk regresjon. Vurdering av egen helse som svært dårlig, dårlig eller verken god eller dårlig. Menn og kvinner 18 år og eldre, 2023-2025. Oddsforhold[1]. Menn i laveste kvartil som referansegruppe**

| | Modell 1 | Modell 2 | Modell 3 | Modell 4 |
|---|---|---|---|---|
| **Inntekt[2] og kjønn** | | | | |
| Menn | | | | |
| Kvartil 1 (ref.) | . | . | . | . |
| Kvartil 2 | 0.80** | 0.94 | 1.03 | 1.07 |
| Kvartil 3 | 0.65** | 0.80** | 0.92 | 0.97 |
| Kvartil 4 | 0.44** | 0.58** | 0.70** | 0.78** |
| Kvinner | | | | |
| Kvartil 1 | 1.17** | 1.17** | 1.10 | 1.09 |
| Kvartil 2 | 0.83** | 0.88 | 1.03 | 1.05 |
| Kvartil 3 | 0.64'** | 0.81** | 0.89* | 0.90 |
| Kvartil 4 | 0.48** | 0.65** | 0.76** | 0.75** |
| **Innvandring** | | | | |
| Innvandrere Norden, EU/EFTA etc.[3] | 1.00 | 0.92 | 0.90 | 0.83** |
| Innvandrere Asia, Afrika etc.[4] | 0.92 | 0.84** | 0.74** | 0.65** |
| Øvrig befolkning (ref.) | . | . | . | . |
| **Utdanning** | | | | |
| Grunnskole | 2.20** | 2.04** | 1.92** | 1.74** |
| Videregående | 1.45** | 1.42** | 1.37** | 1.35** |
| Universitet-/høgskole lavere nivå (ref.) | . | . | . | . |
| Universitet-/høgskole, høyere nivå | 0.76** | 0.77** | 0.79** | 0.77** |
| **Familie** | | | | |
| Enslig | . | 1.22** | 1.14** | 0.97 |
| **Arbeidsmarked** | | | | |
| Arbeidsledig | . | 1.72** | 1.40** | 1.21* |
| **Boligmarked** | | | | |
| Leier bolig | . | 1.35** | 1.12** | 1.09* |
| **Brutto finanskapital kvartiler[5]** | | | | |
| Kvartil 1 | . | 1.42** | 1.12** | 1.16** |
| Kvartil 2 | | 1.14** | 1.06 | 1.09* |
| Kvartil 3 | . | 1.09* | 1.07 | 1.09* |
| Kvartil 4 (ref.) | . | . | . | . |
| **Økonomisk stress og materiell deprivasjon** | | | | |
| Vanskelig å få pengene til å strekke til | . | . | 1.47** | 1.13** |
| Ikke råd til minst to basisgoder | . | . | 2.11** | 1.59** |
| Minst ett problem i boligen | | . | 1.38** | 1.23** |
| Problem med støy eller forurensning | . | . | 1.38** | 1.20** |
| **Psykososiale faktorer** | | | | |
| Lav mestringstro | . | . | . | 2.77** |
| Mye plaget av ensomhet | . | . | . | 2.02** |
| Nettverk: Færre enn tre å stole på | . | . | . | 1.39** |
| Mye plaget av søvnproblemer | . | . | . | 2.64** |
| | | | | |
| Antall som inngår i analysen | 50 581 | 50 581 | 50 581 | 50 581 |

*Signifikant på 5 prosent nivå, **Signifikant på 1 prosent nivå

[1]Alder i hele år, lineært og kvadrert, inngår modellen, men er ikke vist. Det gjelder også andelen med uoppgitt eller ingen utdanning

[2]Inntekt er husholdningsinntekt per forbruksenhet etter skatt

[3]Innvandrere fra Norden utenom Norge, EU/EFTA, Storbritannia, USA, Canada, Australia, New Zealand

[4]Innvandrere fra Asia, Afrika, Europa utenom EU/EFTA og Storbritannia, Amerika utenom USA og Canada, Oseania utenom Australia og NZ, polare områder

[5]Husholdningens finanskapital beregnet per forbruksenhet

Kilde: Livskvalitetsundersøkelsene 2023-2025

**Tabell A2 Logistisk regresjon. Lite tilfreds med livet (0-5 på skala fra 0 til 10). Menn og kvinner 18 år og eldre, 2023-2025. Oddsforhold[1]. Menn i laveste kvartil som referansegruppe**

| | Modell 1 | Modell 2 | Modell 3 | Modell 4 |
|---|---|---|---|---|
| **Inntekt[2] og kjønn** | | | | |
| Menn | | | | |
| Kvartil 1 (ref.) | . | . | . | . |
| Kvartil 2 | 0.75** | 1.03 | 1.11 | 1.12 |
| Kvartil 3 | 0.55** | 0.88* | 1.00 | 1.01 |
| Kvartil 4 | 0.40** | 0.73** | 0.87* | 0.93 |
| Kvinner | | | | |
| Kvartil 1 | 0.99 | 0.92 | 0.86** | 0.87* |
| Kvartil 2 | 0.68** | 0.88* | 0.92 | 0.93 |
| Kvartil 3 | 0.51** | 0.78** | 0.86** | 0.88* |
| Kvartil 4 | 0.38** | 0.67** | 0.80** | 0.78** |
| **Innvandring** | | | | |
| Innvandrere EU/EØS etc.[3] | 1.09 | 1.10 | 1.06 | 0.92 |
| Innvandrere Asia, Afrika etc.[4] | 0.91* | 0.87** | 0.73** | 0.57** |
| Øvrig befolkning (ref.) | . | . | . | . |
| **Utdanning** | | | | |
| Grunnskole | 1.80** | 1.43** | 1.32** | 1.15** |
| Videregående | 1.32** | 1.23** | 1.16** | 1.12** |
| Universitet-/høgskole lavere nivå (ref.) | . | . | . | . |
| Universitet-/høgskole, høyere nivå | 0.74** | 0.77** | 0.81** | 0.77** |
| **Familie** | | | | |
| Enslig | . | 1.78** | 1.62** | 1.29** |
| **Arbeidsmarked** | | | | |
| Utenfor arbeidsliv og utdanning | | 2.34** | 1.88** | 1.37** |
| **Boligmarked** | | | | |
| Leier bolig | | 1.33** | 1.04 | 1.02 |
| **Brutto finanskapital kvartiler[5]** | | | | |
| Kvartil 1 | | 1.44** | 1.0 | 1.0 |
| Kvartil 2 | | 1.13** | 0.98 | 0.97 |
| Kvartil 3 | | 1.09* | 1.05 | 1.05 |
| Kvartil 4 (ref.) | | . | . | . |
| **Økonomisk stress og materiell deprivasjon** | | | | |
| Vanskelig å få pengene til å strekke til | . | . | 2.31** | 1.95** |
| Ikke råd til minst to basisgoder | . | . | 2.44** | 1.82** |
| Minst ett problem i boligen | . | . | 1.41** | 1.23** |
| Problem med støy eller forurensning | . | . | 1.31** | 1.12** |
| **Psykososiale faktorer** | | | | |
| Lav mestringstro | . | . | . | 2.77** |
| Mye plaget av ensomhet | . | . | . | 3.62** |
| Nettverk: Færre enn tre å stole på | . | . | . | 1.78** |
| Mye plaget av søvnproblemer | . | . | . | 2.07** |
| | | | | |
| Antall som inngår i analysen | 50 644 | 50 644 | 50 644 | 50 644 |

*Signifikant på 5 prosent nivå, **Signifikant på 1 prosent nivå'

[1]Alder i hele år, lineært og kvadrert, inngår modellen, men er ikke vist. Det gjelder også andelen med uoppgitt eller ingen utdanning

[2]Inntekt er husholdningsinntekt per forbruksenhet etter skatt

[3]Innvandrere fra Norden utenom Norge, EU/EFTA, Storbritannia, USA, Canada, Australia, New Zealand

[4]Innvandrere fra Asia, Afrika, Europa utenom EU/EFTA og Storbritannia, Amerika utenom USA og Canada, Oseania utenom Australia og NZ, polare områder

[5]Husholdningens finanskapital beregnet per forbruksenhet

Kilde: Livskvalitetsundersøkelsene 2023-2025

# Figurregister

Figur 2.1 Litteratursøk, vurderingsprosess og inkluderte studier ..... 14
Figur 6.1 Andel som ikke har god eller svært god helse i ulike inntektskvartiler. Menn og kvinner 30-59 år, 2025. Prosent ..... 66
Figur 6.2 Andel med mentale helseproblemer (symptomer på angst og depresjon) i ulike inntektskvartiler basert på HSCL-5. Menn og kvinner 30-59 år, 2025. Prosent ..... 67
Figur 6.3 Andel som har brukt cannabisprodukter siste 12 måneder i ulike inntektskvartiler. Menn og kvinner 30-59 år, 2025. Prosent ..... 69
Figur 6.4 Andel som er lite tilfreds med livet i ulike inntektskvartiler. Menn og kvinner 30-59 år, 2025. Prosent ..... 70
Figur 6.5 Andel som er lite tilfreds med sin økonomiske situasjon i ulike inntektskvartiler. Menn og kvinner 30-59 år, 2025. Prosent ..... 71
Figur 6.6 Andel som har vært mye bekymret de siste 7 dager i ulike inntektskvartiler. Menn og kvinner 30-59 år, 2025. Prosent ..... 72
Figur 6.7 Andel med lav tilfredshet med livet og andel som ikke har god egenvurdert helse, blant personer som synes det er vanskelig å få pengene til å strekke til det daglige. Menn og kvinner 30-59 år, 2025. Prosent ..... 84
Figur 6.8 Andel med mindre god egenvurdert helse, og andel med lav tilfredshet med livet blant dem som ofte er fysisk eller psykisk utmattet etter jobb. Menn og kvinner 30-59 år, 2025. Prosent ..... 86
Figur 6.9 Andel som har opplevd å ikke ha råd til å hente ut medisiner på resept, og andel som har latt være å gå til tannlegen selv ved behov siste 12 måneder. Menn og kvinner i ulike inntektskvintiler, 16+ år, 2025. Prosent ..... 92
Figur 6.10 Andel som synes utgifter til lege, til tannlege og til medisiner er noe tyngende eller svært tyngende for husholdningens økonomi de siste 12 måneder, etter inntektskvartiler. Personer 16+ år, 2025. Prosent ..... 93

# Tabellregister

Tabell 3.1 Studier av forventet levealder og dødelighet blant menn med lav inntekt, identifisert i det systematiske litteratursøket ..... 22
Tabell 3.2 Studier av helse og livskvalitet blant menn med lav inntekt, identifisert i det systematiske litteratursøket ..... 31
Tabell 3.3 Studier av bruk av helsetjenester blant menn med lav inntekt, identifisert i det systematiske litteratursøket ..... 41
Tabell 5.1 Studier av tiltak for helse og livskvalitet og mulig effekt for menn med lav inntekt, identifisert i det systematiske litteratursøket ..... 53
Tabell 6.1 Fire indikatorer på helse blant menn og kvinner, i kvintiler for månedlig husholdningsinntekt etter skatt per forbruksenhet. Personer 16+ år, 2025. Prosent ..... 68
Tabell 6.2 Demografiske og sosiale kjennetegn etter inntektskvartil og kjønn. Menn og kvinner 30-59 år, 2025. Prosentandel av alle i kvartilene ..... 74
Tabell 6.3 Helse og livskvalitet blant menn og kvinner som har lav (grunnskole) og høy utdanning (universitets-/høgskolenivå). I alt og blant personer i lavest inntektskvartil. 30-59 år, 2023-2025. Prosent ..... 75
Tabell 6.4 Helse og livskvalitet blant menn og kvinner som er innvandrere og som tilhører øvrig befolkning. I alt og blant personer i lavest inntektskvartil. 30-59 år, 2023-2025. Prosent ..... 76
Tabell 6.5 Helse og livskvalitet blant menn og kvinner som er enslige og gift/samboende. I alt og blant personer i laveste inntektskvartil. 30-59 år, 2023-2025. Prosent ..... 78
Tabell 6.6 Helse og livskvalitet blant menn og kvinner som står utenfor arbeidsliv og utdanning, og andel som ikke gjør det. I alt og blant personer i laveste inntektskvartil. 30-59 år, 2023-2025. Prosent ..... 79
Tabell 6.7 Helse og livskvalitet blant menn og kvinner som eier og ikke eier egen bolig. I alt og blant personer i lavest inntektskvartil. 30-59 år, 2023-2025. Prosent ..... 81
Tabell 6.8 Belastninger og mangel på ressurser etter inntektskvartil og kjønn. Menn og kvinner 30-59 år, 2025. Prosentandel av kvartilene[1] ..... 83
Tabell 6.9 Livsstil blant menn og kvinner i kvintiler for månedlig husholdningsinntekt etter skatt per forbruksenhet. Menn og kvinner, 16+ år, 2025. Prosent ..... 88
Tabell 6.10 Trening, søvnproblemer, mestringsfølelse og ensomhet etter inntektskvartil og kjønn. Menn og kvinner 30-59 år, 2025. Prosentandel av alle i kvartilene ..... 89
Tabell 6.11 Bruk av helsetjenester blant menn og kvinner i kvintiler for månedlig husholdningsinntekt etter skatt per forbruksenhet. Personer 16+ år, 2025. Prosent ..... 91
Tabell 6.12 Bruk av ulike tester og vaksine for influensa blant menn og kvinner, i kvintiler for månedlig husholdningsinntekt etter skatt per forbruksenhet. Personer 16+ år, 2025. Prosent ..... 91
Tabell 6.13 Logistisk regresjon. Vurdering av egen helse som svært dårlig, dårlig eller verken god eller dårlig=1, god eller svært god=0. Menn og kvinner 18 år og eldre, 2023-2025. Oddsforhold[1] ..... 97
Tabell 6.14 Logistisk regresjon. Lite tilfreds med livet (0-5 på skala fra 0 til 10) =1, 6-10 på skala fra 0-10=0. Menn og kvinner 18 år og eldre, 2023-2025. Oddsforhold[1] ..... 100

# Vedleggsregister

Tabell A1 Logistisk regresjon. Vurdering av egen helse som svært dårlig, dårlig eller verken god eller dårlig. Menn og kvinner 18 år og eldre, 2023-2025. Oddsforhold[1]. Menn i laveste kvartil som referansegruppe ..... 128
Tabell A2 Logistisk regresjon. Lite tilfreds med livet (0-5 på skala fra 0 til 10). Menn og kvinner 18 år og eldre, 2023-2025. Oddsforhold[1]. Menn i laveste kvartil som referansegruppe 129