

RAPPORT

2026

Kjennetegn ved barn som vokser opp i fattigdom:

oppvekstsvilkår, helse- og skoleforhold

**Kjennetegn ved barn
som vokser opp
i fattigdom:
oppvekstsvilkår, helse- og
skoleforhold**

Guido Biele

Silje Kvam Bårdstu

Astri Syse

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Område for folkehelse og forebygging

Avdeling for barns helse og utvikling

Mars 2026

Tittel:

Kjennetegn ved barn som vokser opp i fattigdom: oppvekstvilkår, helse- og skoleforhold

Forfatter(e):

Guido Biele

Silje Kvam Bårdstu

Astri Syse

Oppdragsgiver:

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir)

Publikasjonstype:

Elektronisk rapport

Bestilling:

Rapporten kan lastes ned som pdf på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

ISBN elektronisk utgave: 978-82-8406-558-8

Forord

En trygg og god oppvekst varer livet ut, men det samme gjør konsekvensene av utenforskap, sosial ulikhet og levekårsutfordringer. Regjeringens målsetting, slik den er formulert i Meld. St. 28 (2024–2025), er at alle barn skal ha like muligheter til utvikling og mestring, uavhengig av foreldrenes økonomi og bakgrunn. For å kunne omsette disse ambisjonene til treffsikker politikk og målrettede tiltak, kreves det inngående kunnskap om mekanismene som skaper og opprettholder sosiale forskjeller i barnebefolkningen.

Folkehelseinstituttet har på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) utarbeidet denne rapporten som en del av et «Flerårig forskningsprosjekt om barn som vokser opp i fattigdom». Hovedmålet med prosjektet er å fremskaffe kunnskap om konsekvensene av at barn vokser opp i fattigdom, og om hvilke tiltak som vil være mest effektive for å redusere og forebygge fattigdom blant barn. Denne rapporten kartlegger livssituasjonen til barn som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt, med særlig vekt på nærmiljø, familieforhold, helse og skole. Ved å se helse, sosiale forhold og økonomi i sammenheng, ønsker vi å bidra til en mer helhetlig forståelse av livssituasjonen til barn som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt. Denne kunnskapen kan bidra til å sikre målrettede og effektive tiltak som kan redusere de uheldige virkningene vedvarende lavinntekt kan ha på barns utvikling og helse.

Vi vil rette en stor takk til prosjektgruppen og våre samarbeidspartnere for verdifulle bidrag underveis i arbeidet. En særlig takk rettes til Bufdir for oppdraget og det gode samarbeidet om å fremskaffe ny kunnskap til beste for barn og unge i Norge.

Oslo, mars 2026

Dagfinn Mørkrid Thøgersen

Områdedirektør

Folkehelseinstituttet

Sammendrag

Denne rapporten undersøker hvordan det å vokse opp i familier med vedvarende lavinntekt i Norge henger sammen med barns oppvekstvilkår. For å belyse dette benytter vi registerdata for hele populasjonen av barn bosatt i Norge som er født i år 2000 eller senere. Hovedbildet er at vedvarende lavinntekt sjelden opptrer alene, men ofte sammen med andre belastninger i familien og nærmiljøet som kan påvirke barns utviklingsmuligheter.

Barn i vedvarende lavinntekt vokser oftere opp i nærmiljøer med lavere inntektsnivå, mer trangboddhet og svakere tilgang til sosiale og materielle ressurser. Disse mønstrene finnes i hele landet, men er mest fremtredende i Oslo. Barn med migrasjonsbakgrunn og barn som bor med én forelder, er tydelig overrepresentert blant barn i familier med vedvarende lavinntekt. Vi ser også at det er en opphopning av belastninger i familier med vedvarende lavinntekt. Foreldre i husholdninger med vedvarende lavinntekt har oftere lav utdanning, svakere tilknytning til arbeidsmarkedet, dårligere psykisk helse og større omsorgsbelastninger. Samlet tyder dette på at økonomiske forskjeller ofte forsterkes av levekår i familie og nærmiljø, og at disse belastningene ofte følger barna inn i andre livsarenaer i form av dårligere psykisk helse og svakere resultater i skolen.

Når det gjelder barns psykiske helse, har barn i familier med vedvarende lavinntekt oftere registrerte psykiske diagnoser, men sammenhengene varierer etter migrasjonsbakgrunn og er sterkest blant barn uten migrasjonsbakgrunn. For fysisk helse er forskjellene etter inntekt mindre tydelige og ofte små. Når det gjelder barns skoleprestasjoner ser vi derimot klare og stabile forskjeller etter inntekt gjennom hele grunnskolen. Barn i familier med vedvarende lavinntekt oppnår systematisk svakere resultater på nasjonale prøver og har lavere grunnskolepoeng enn andre barn.

Et gjennomgående funn er at varigheten av vedvarende lavinntekt har stor betydning. Barn som opplever vedvarende lavinntekt over lengre tid, har oftere svakere psykisk helse, svakere skoleprestasjoner og vokser oftere opp i mindre ressurssterke nærmiljøer enn barn som opplever vedvarende lavinntekt over kortere tid. Samtidig må resultatene tolkes med varsomhet. Registerdata gir gode muligheter til å studere hele befolkningen, men fanger ikke opp alle forhold av betydning for barns oppvekst som lavinntekt kan ha innvirkning på.

Vedvarende lavinntekt i barndommen er et sammensatt fenomen som handler om mer enn økonomi alene, og hvor forskjeller i familieforhold, nærmiljø, helse og skole kan hope seg opp og bidra til å øke sosial ulikhet i barns oppvekstvilkår over tid. Dette understreker behovet for tiltak som ser hele barnets situasjon, og som retter seg både mot familiens ressurser og de strukturelle rammene barna vokser opp i, med et særlig fokus på barn som lever i familier med langvarig vedvarende lavinntekt.

Abstract

This report describes the living conditions and outcomes of children growing up in families with persistent low income in Norway. To this end, we use register data for the entire population of children resident in Norway who were born in the year 2000 or later. A central finding is that persistent low income often coincides with other challenges within the family and the neighbourhood that may affect children's developmental opportunities.

With regards to neighbourhood characteristics, the report shows that children in families with persistent low income are more likely to grow up in areas with lower average income levels, more overcrowded housing, and weaker access to social and material resources. These patterns are found across many regions in Norway, but are most pronounced in Oslo. Children with a migration background and children living with a single parent are also overrepresented among children in families with persistent low income. In addition, we observe an accumulation of disadvantages within the family. Parents in households with persistent low income have lower educational attainment, weaker labour market participation, poorer mental health, and greater caregiving burdens. Taken together, this suggests that economic inequalities are often reinforced by challenging living conditions in both the family and the local neighbourhood, with these burdens frequently extending into other areas of the children's lives in the form of poorer mental health and weaker school performance.

Children in families with persistent low income more often have registered mental health diagnoses than other children. However, these associations vary by migration background and are strongest among children without a migration background. For physical health, differences between income groups are less clear and often small. In contrast, there are clear and stable differences in school outcomes in compulsory education between income groups. Children in families with persistent low income consistently achieve weaker results on national tests and obtain lower point scores in lower-secondary school.

A consistent finding is that the duration of growing up in persistent low income matters greatly. Children who live in persistent low income for extended periods tend to have poorer mental health, weaker school performance, and are more likely to grow up in neighbourhoods with fewer resources than children who do not grow up in families with persistent low income. At the same time, the results should be interpreted with caution. Register studies make it possible to study the entire population, but they do not capture all factors relevant to the children's development.

Persistent low income in childhood is a complex phenomenon that involves more than economic disadvantage alone, and differences in family circumstances, neighbourhood conditions, health, and schooling may accumulate over time. This underscores the need for measures and interventions that take a holistic view of the child's circumstances, addressing both family-level resources and the structural conditions shaping children's environments, with particular emphasis on those who experience prolonged periods of persistent low income.

Hvordan man bør lese denne rapporten

Dette er den andre av totalt fire rapporter fra et flerårig forskningsprosjekt om barn som vokser opp i fattigdom produsert på oppdrag fra Barne-, Ungdoms- og Familiedirektoratet (Bufdir). Den første rapporten beskrev mulige forklaringer på hvorfor barnefattigdom har økt, mens denne rapporten retter søkelyset mot kjennetegn ved barn som vokser opp i fattigdom og gir en bred beskrivelse av deres nærmiljø, familier, samt aspekter ved deres helse og skolegang. Analysen er utelukkende beskrivende og søker verken å fastslå årsaker til eller virkninger av barnefattigdom; slike spørsmål undersøkes i senere rapporter.

I denne rapporten brukes registerdata til å belyse barns situasjon fra to overordnede perspektiver. For det første undersøkes oppvekstsforholdene, herunder hvordan familiene og nærmiljøene til barn som vokser opp i fattigdom skiller seg fra forholdene for andre barn. For det andre analyseres kjennetegn ved barna selv, med særlig vekt på deres fysiske og psykiske helse samt hvordan de mestrer skolen og deres videre utdanningsløp.

En overordnet oppsummering av rapportens hovedfunn er presentert i kapittel 1, som gir en rask oversikt over de viktigste funnene før de detaljerte analysene for hvert tema introduseres i delkapitler.

For lesere som ønsker å fordype seg i de empiriske resultatene, anbefales det å følge rapportens tematiske progresjon fra kapittel 5 til 9. Før man går i gang med disse kapitlene, er det nyttig å forstå det faglige og metodiske fundamentet som presenteres i kapittel 2 til 4. Det er særlig viktig å merke seg det metodiske skillet i rapporten: Kapittel 4 presenterer en gjennomgang av eksisterende kausal forskning for å identifisere hvilke faktorer som bør inkluderes i rapporten som har dokumentert betydning for foreldres økonomiske situasjon og barns utvikling. De påfølgende kapitlene (5–9) presenterer våre egne deskriptive registeranalyser som beskriver mønstre og sammenhenger i den norske befolkningen, uten å trekke slutninger om årsakssammenhenger.

For en fullverdig forståelse av metoder og datagrunnlaget bør kapittel 3 leses først, da dette gir en samlet oversikt over de inkluderte registrene og utvalgsdefinisjonene som ligger til grunn for samtlige analyser. Kapittel 5 til 9 tar deretter for seg resultatene i en logisk rekkefølge: fra barnets ytre rammebetingelser i nabolaget (kapittel 5) og familieressurser (kapittel 6), til mer spesifikke kjennetegn ved barnas psykiske helse (kapittel 7), somatiske helse (kapittel 8) og skolegang (kapittel 9). Kapittel 10 gir en samlet drøfting av funnene, identifiserer tverrgående mønstre og belyser de mulige politiske implikasjonene av disse.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Abstract	4
1 Introduksjon	8
1.1 Rapportens formål og oppbygning	8
1.2 Sammenfatning og hovedfunn	9
2 Barnefattigdom	16
2.1 Operasjonalisering av barnefattigdom	16
2.2 Regionale forskjeller i barnefattigdom	17
2.3 Betydningen av tidspunkt og varighet av fattigdomseksposering	18
2.4 Vedvarende lavinntekt og migrasjonsbakgrunn	19
3 Metode	21
3.1 Datakilder	21
3.2 Definisjon av variabler	21
3.3 Studieutvalget	23
3.4 Analyser av undergrupper	25
3.5 Analyse av kjennetegn ved barns nærmiljø	26
3.6 Analyse av kjennetegn ved familien	26
3.7 Analyse av helsedata	27
3.8 Analyse av skoleresultater og utdanning	29
3.9 Litteratursøk og bruk av KI-verktøy	29
3.10 Metodiske styrker og begrensninger	30
4 Rammeverk og litteraturgjennomgang	31
4.1 Konseptuelt rammeverk	32
4.2 Litteraturgjennomgang: Empirisk kunnskap om årsaker til og konsekvenser av barnefattigdom	33
5 Nærmiljø og geografisk konsentrasjon av fattigdom	37
5.1 Hva litteraturen viser	37
5.2 Resultater: Nærmiljø og geografisk konsentrasjon	39
5.3 Belastingsprofiler	51
5.4 Oppsummering og diskusjon	55
6 Kjennetegn ved barnets familie	57
6.1 Hva litteraturen viser	57
6.2 Resultater: Kjennetegn ved barnets familie	58
6.3 Oppsummering og diskusjon	73
7 Psykiske helseforhold hos barn	75
7.1 Hva litteraturen viser	75
7.2 Resultater: Bruk av helsetjenestene	78
7.3 Diagnoser i spesialisthelsetjenesten	80

7.4	Diagnoser i primærhelsetjeneste	88
7.5	Oppsummering og diskusjon	89
8	Fysiske helseforhold hos barn	91
8.1	Hva litteraturen viser	91
8.2	Resultater: Bruk av helsetjenestene	95
8.3	Dødelighet	100
8.4	Diagnoser i primær- og spesialisthelsetjenesten	101
8.5	Oppsummering og diskusjon	103
9	Skole- og utdanning	105
9.1	Hva litteraturen viser	105
9.2	Resultater: Nasjonale prøver og grunnskolepoeng	106
9.3	Utdanningsløp i tidlig voksenalder	111
9.4	Oppsummering og diskusjon	113
10	Overordnet diskusjon	115
10.1	Opphopning av levekårsutfordringer i familier med lavinntekt	115
10.2	Negative konsekvenser av barnefattigdom akkumuleres over tid	115
10.3	Ulike fattigdomsprofiler	116
10.4	Paradokset rundt sammenhengen mellom psykisk helse, lavinntekt og migrasjonsbakgrunn	116
10.5	Geografisk lagdeling og «Oslo-effekten»	117
10.6	Konkluderende bemerkninger og veien videre	117
11	Vedlegg	126
11.1	Tillegg til kapittel 2	126
11.2	Tillegg til kapittel 3	127
11.3	Tillegg til kapittel 5	129
11.4	Tillegg til kapittel 6	135
11.5	Tillegg til kapittel 7	137
11.6	Tillegg til kapittel 8	145

1 Introduksjon

1.1 Rapportens formål og oppbygning

Andelen barn som vokser opp i fattigdom i Norge har økt betraktelig fra 2000 og frem til 2020 (Eika og Langørgen 2025). Denne økningen har gitt grunn til bekymring, noe som har medført at en rekke politiske tiltak og satsninger har blitt iverksatt de siste tiårene. Denne utviklingen har også utløst et behov for forskning som kan frembringe kunnskap om hvilke faktorer som kan knyttes til årsaker til og konsekvenser av barnefattigdom, samt om hvilke tiltak som virker i det forebyggende arbeidet med å utjevne sosiale forskjeller i barns oppvekstvilkår.

Denne rapporten utgjør den andre leveransen i et flerårig forskningsprosjekt om barn som vokser opp i fattigdom, på oppdrag fra Barne-, Ungdoms- og Familiedirektoratet. Det overordnede målet med prosjektet er å fremskaffe kunnskap om årsaker, konsekvenser av og mulige tiltak mot barnefattigdom. Den første delleveransen inkluderte analyser av drivere bak utviklingen i barnefattigdom som belyste viktige forhold ved foreldres arbeidsmarkedstilknytning, ulike inntektskilder (inkludert overføringer) og formue og boforhold (Eika og Langørgen 2025). Konsekvenser av barnefattigdom og virkninger av tiltak for å redusere og forebygge fattigdom vil beskrives i senere delleveranser.

Formålet med denne rapporten er å gi en empirisk beskrivelse av oppvekstvilkårene og barnas egne helseforhold og skoleresultater i familier som lever med vedvarende lavinntekt. Arbeidet med rapporten har blitt strukturert i to trinn for å sikre at de beskrivende analysene retter seg mot relevante forhold som har dokumentert betydning for barnas liv. I første trinn ble det gjennomført en litteraturgjennomgang av studier som er basert på kausale design for å identifisere hvilke variabler som har betydning for barns trivsel, fungering og senere muligheter i voksenlivet og som dermed var relevante å inkludere i rapporten.

Denne gjennomgangen danner videre grunnlaget for trinn to og rapportens hoveddel, som består av en omfattende deskriptiv kartlegging av ulike kjennetegn ved barn som vokser opp i fattigdom på ulike nivåer i norske registerdata. Variablene som er inkludert, representerer kjennetegn ved barns ytre miljø, deres familier samt mer individuelle forhold ved barna selv som inkluderer fysisk og psykisk helse og skolegang. I tillegg til å være identifisert i litteraturgjennomgangen, er valget av disse variablene også begrunnet i at de reflekterer viktige aspekter ved barnas nåværende trivsel og livskvalitet samt at de representerer viktige indikatorer for barns senere utvikling og livsmestring. For eksempel vil helse og skolegang i barndommen ofte påvirke senere utdanning, arbeidstilknytning og helse i voksen alder. Økt kunnskap om barns oppvekstvilkår samt helse og skoleutfall er derfor viktig både for den enkelte og for samfunnet som helhet.

Ved å benytte nasjonale registerdata dekker analysene hele populasjonen av barn i Norge. Den empiriske framstillingen av kjennetegn ved barn som vokser opp i fattigdom er deskriptiv, noe som betyr at den beskriver sammenhenger uten å direkte kunne fastslå årsakssammenhenger.

I dette første kapittelet presenteres først en sammenfatning av hovedfunnene som er spesielt tilrettelagt for beslutningstakere. I kapittelet operasjonaliseres begrepet barnefattigdom og prosjektets kontekst og sentrale begreper defineres. I kapittel 3 presenteres en samlet metodeoversikt for de påfølgende deskriptive analysene. Her beskrives datakilder, utvalg, metoder og bruk av kunstig intelligens (KI). I kapittel 4 redegjøres det for rapportens konseptuelle rammeverk og eksisterende kausal evidens basert på en litteraturgjennomgang. Samlet danner disse grunnlaget for utvalg av variablene som analyseres i de empiriske kapitlene.

De påfølgende kapitlene presenterer deretter resultatene fra de empiriske analysene i rapporten. Disse kapitlene følger en tematisk progresjon som beveger seg fra kjennetegn ved barnets ytre omgivelser og

gradvis nærmere barnet selv.¹ Fremstillingen starter i kapittel 5 med en beskrivelse av nabolagene barna vokser opp i, som utgjør de geografiske og sosiale rammebetingelsene for barns oppvekst. I kapittel 6 rettes søkelyset mot variasjoner i barns familiesituasjon og familiens ressurser, inkludert helse og boforhold. Deretter følger analysene av kjennetegn ved barna selv, hvor kapittel 7 og 8 tar for seg henholdsvis psykisk og fysisk helse, mens kapittel 9 beskriver barnas skoleresultater og videre utdanningsløp. Denne strukturen bidrar til en tydelig rød tråd gjennom hele fremstillingen og tydeliggjør sammenhengene mellom nærmiljø, familie og barns utvikling. Rapporten avsluttes med en diskusjon av tverrgående mønstre og mulige politiske implikasjoner i kapittel 10. Ved å strukturere rapporten på denne måten, synliggjør vi hvordan ulike oppvekstvilkår på ulike nivåer i barns sfære henger sammen med barnas nåværende livskvalitet og deres forutsetninger for fremtiden.

Rapporten er kvalitetssikret gjennom intern fagfelleevaluering ved Folkehelseinstituttet og vurdert av en ekstern fagkonsulent. Det faglige innholdet står imidlertid på forfatterens egen regning, og eventuelle feil eller mangler er utelukkende deres ansvar.

1.2 Sammenfatning og hovedfunn

1.2.1 Operasjonalisering av barnefattigdom og beskrivelse av datagrunnlaget

I denne rapporten defineres barnefattigdom som vedvarende lavinntekt. Dette innebærer at en husholdnings gjennomsnittlige inntekt etter skatt har ligget under 60 prosent av den nasjonale medianinntekten over en treårsperiode. Siden det er rimeligere å bo flere sammen, justeres inntektsmålet etter hvor mange som bor i husholdningen slik at familietyper kan sammenlignes.

Rapporten benytter en nasjonal terskel for lavinntekt fremfor regionale terskler. Valget begrunnes med at sammenligninger mellom nasjonale og fylkesspesifikke terskler viser en korrelasjon på 0,93, noe som indikerer at de geografiske mønstrene vil forbli like, uavhengig av hvilken terskel som benyttes.

Studieutvalget omfatter alle barn i alderen 0 til 18 år registrert i Folkeregisteret mellom 2007 og 2022, noe som utgjør omtrent 1 363 400 barn fra cirka 916 300 husholdninger. Den sosiodemografiske kartleggingen baserer seg på 805 100 familier med ti år gamle barn. Av disse lever 81 000 familier (om lag 10 prosent) i vedvarende lavinntekt.

Dataene fra Folkeregisteret viser at det eksisterer systematiske forskjeller mellom tiåringer som lever i familier med vedvarende lavinntekt og tiåringer som ikke er i familier med vedvarende lavinntekt (heretter kalt øvrige familier): Tiåringer i familier med vedvarende lavinntekt bor i husholdninger som i snitt har 2,9 barn, mot 2,3 barn i øvrige familier. Blant tiåringer i familier med vedvarende lavinntekt, bor 38 prosent (31 000) av disse i eneforsørgerhusholdninger, sammenlignet med 15 prosent (106 100) i den øvrige befolkningen. Blant 33 prosent (26 700) av tiåringer i familier med vedvarende lavinntekt er ingen av foreldrene sysselsatt/ i jobb, mot 3 prosent (24 800) i øvrige familier. 36 prosent av foreldrene i familier med vedvarende lavinntekt har utdanning under videregående nivå, mens tilsvarende andel i den øvrige befolkningen er 6 prosent.

Når det gjelder migrasjonsbakgrunn, har 35 prosent av familiene med 10 år gamle barn i vedvarende lavinntekt to norskfødte foreldre. Førstegenerasjonsinnvandrere utgjør 27 prosent (21 800) av familiene i vedvarende lavinntekt, mot 3 prosent (26 100) i den øvrige befolkningen. Dataene viser dermed at

¹ Denne tilnærmingen kan forstås som en anvendelse av Bronfenbrenners bioøkologiske modell og Dahlgren og Whiteheads modell for sosiale helsedeterminanter. Begge modellene beskriver hvordan individuelle utfall formes i et samspill med lagvise omgivelser, fra de helt nære relasjonene til bredere samfunnsmessige rammer.

barn med migrasjonsbakgrunn er overrepresentert i gruppene som lever i husholdninger med lavinntekt over lengre tid.

1.2.2 Barnefattigdom er tett koblet til flere og sammensatte belastninger

Resultatene i rapporten viser gjennomgående at barn som vokser opp i vedvarende lavinntekt i større grad enn andre barn er utsatt for en rekke belastninger på tvers av oppvekstområder. Kapitlet om familieforhold dokumenterer tydelige forskjeller i foreldrenes utdanningsnivå, helse og tilknytning til arbeidsmarkedet, i tillegg til økt belastning i husholdningene gjennom flere barn og en høyere sannsynlighet for å bo i eneforsørgerhusholdninger. Dette understøttes av at andelen aleneforsørgere er betydelig høyere i familier med vedvarende lavinntekt (38 %) enn i øvrige familier (15 %). Videre ser vi at foreldre til barn i lavinntektsgruppen i gjennomsnitt har 12,4 års utdanning, noe som er 2,2 år mindre enn foreldre til øvrige barn.

Disse forskjellene danner et viktig bakteppe for mange av de forskjellene vi observerer når det gjelder barns psykiske helse og skoleprestasjoner. Når kapitlene om familie, nærmiljø og psykisk helse ses i sammenheng, trer det frem et bilde av økonomisk utsatthet som ikke bare handler om mangel på materielle ressurser, men også om forhold knyttet til foreldrenes egen helse, stabiliteten i hjemmesituasjonen og tilgangen på strukturelle og sosiale ressurser. Kombinasjonen av dårligere helse, lavere utdanning og svakere tilknytning til arbeidsmarkedet hos foreldrene bidrar til å forsterke de ulike utfordringene barna selv har, eller som kommer til uttrykk gjennom psykiske helseplager hos barn.

Et tilsvarende mønster gjør seg gjeldende i skolekapitlet, der barn i familier med vedvarende lavinntekt skårer systematisk lavere på nasjonale prøver og oppnår svakere resultater mot slutten av grunnskolen. Et illustrerende resultat ser vi for eksempel på 10. trinn, der gutter i familier med vedvarende lavinntekt i gjennomsnitt oppnår 42 standardiserte grunnskolepoeng (med et gjennomsnitt på 50 og et standard avvik på 10), mens gutter i øvrige familier oppnår 48 poeng.

Våre funn tyder på at barnefattigdom ikke bør oppfattes som et utelukkende økonomisk fenomen, men at det er tett vevd inn i et større mønster av sosiale, strukturelle og helsemessige forhold og utfordringer som samlet sett påvirker barns hverdagsliv og utviklingsmuligheter.

1.2.3 Nærmiljø og familie har stor betydning – særlig i enkelte regioner

Kapitlet som omhandler nærmiljø og den geografiske fordelingen av belastninger, viser at barn i familier med vedvarende lavinntekt ofte bor i områder der befolkningen generelt har lavere inntekts- og utdanningsnivå og høyere trangbodddhet. Disse funnene er spesielt markante i Oslo, der høye levekostnader og bosettingsmønstre gir opphav til større geografiske forskjeller enn i andre deler av landet. For eksempel ser vi at barn i familier med vedvarende lavinntekt i Oslo i gjennomsnitt går på skoler der gjennomsnittlig husholdningsinntekt er mer enn 85 000 kroner lavere, og andelen som bor trangt er hele 11 prosentpoeng høyere, enn ved skolene til barn i familier som ikke er i lavinntekt.

Analysene av kjennetegn ved familien viser at de fleste av disse har en jevn sammenheng med inntekt på tvers av inntektsnivå, snarere enn at det går et skarpt skille ved fattigdomsgrensen. Dette mønsteret går særlig igjen i kapitlene om psykisk helse og skole, der risikoen for psykisk uhelse og svakere skoleprestasjoner øker gradvis i takt med dalende inntekt og/eller økt varighet av fattigdom. Kun for enkelte kjennetegn ved familien ser vi en betydelig forskjell mellom familiene som ligger like over fattigdomsgrensen, og de som ligger tydelig under. Dette gjelder blant annet et skarpere skille i foreldres utdanningsnivå og arbeidsmarkedstilknytning blant første- og andregenerasjonsinnvandrere. For disse gruppene er eksempelvis antallet foreldre som er i jobb relativt stabilt blant familier som utgjør de 75 prosentene med høyest inntekt, men denne andelen er markant lavere blant familier som befinner seg i den nederste inntektskvartilen, fra rundt 1,5 til 0,5. Overordnet ser vi likevel at inntektsnivået gjennomgående betyr mye: Selv om vi hovedsakelig har skilt mellom barn i familier med

vedvarende lavinntekt og øvrige familier i denne rapporten, kan dette skillet være noe tilfeldig for familier som ligger nær (men over) fattigdomsgrensen. Disse familiene kan antas å oppleve mange av de samme utfordringene som de som lever i fattigdom, noe som fremtidige studier bør undersøkes nærmere.

Når man sammenstiller funnene fra kapitlene om familie, skole og nærmiljø, trer et tydelig mønster frem: barn fra familier med vedvarende lavinntekt, særlig når de også har migrasjonsbakgrunn, bor ofte i områder som kan forsterke utfordringene som allerede finnes i hjemmet. Dette understøttes for eksempel av at disse barna går på skoler der andelen som mottar hjelpetiltak fra barnevernet er 1,2 prosentpoeng høyere enn ved skolene til barn i familier som ikke er i lavinntekt.. Samtidig viser resultatene at barn i familier med lavere inntekter oftere bor i områder der foreldres yrkesdeltakelse og utdanningsnivå er lavere, og der skolene i gjennomsnitt har svakere resultater på nasjonale prøver. Dette kan tyde på at barn som vokser opp i familier med lav inntekt også oftere vokser opp i nærmiljø som, samlet sett, antas å ha færre utviklingsfremmende ressurser.

Dette mønsteret understreker betydningen av geografiske levekår som en integrert del av barnefattigdomsstrukturen. Det som i utgangspunktet fremstår som en økonomisk forskjell mellom familier, bør derfor også forstås som en strukturell forskjell i barns hverdagsmiljø som kan bidra til å forsterke de sosiale ulikhetene.

Barnefattigdom er i tillegg ujevnt fordelt mellom norske fylker, noe som viser seg i betydelige forskjeller på fylkesnivå når det gjelder den gjennomsnittlige andelen elever fra familier med lavinntekt per skole. Østfold (12,3 prosent) og Oslo (11,3 prosent) har de høyeste andelen av barn fra familier med lavinntekt, mens andelen er klart lavere i Akershus (6,5 prosent) og Rogaland (6,6 prosent). Selv om bruk av fylkesvise fattigdomsterskler forsterker den geografiske konsentrasjonen i enkelte bydeler, så endrer dette i liten grad de overordnede nasjonale mønstrene.

Hvordan fattigdom kommer til uttrykk varierer også mellom regionene, og Oslo skiller seg ut ved å ha en mer konsentrert samling av belastninger i barnas nærmiljø. I Oslo går for eksempel barn i familier med lavinntekt på skoler hvor det er vesentlig lavere gjennomsnittlig husholdsinntekt og hvor foreldrene har 0,77 år kortere utdanning enn hva som er tilfelle på skolene der barn fra øvrige familier går på. Dette henger videre sammen med svakere leseresultater på 5. trinn og høyere grad av trangbodddhet for barna i familier med lavinntekt i Oslo, mens disse forskjellene er mindre i de fleste andre fylker.

Utenfor Oslo, der barn med migrasjonsbakgrunn utgjør en lavere andel av barna i familier med lavinntekt, spiller imidlertid psykiske helseutfordringer i familien en større rolle for barn fra familier med lavinntekt. For eksempel er inntektsforskjellene i psykiske diagnoser omtrent fraværende i Oslo, men tydeligere i fylker som Troms og Innlandet. Dette har sannsynligvis sammenheng med at koblingen mellom lavinntekt og psykiske diagnoser er sterkest i familier med norsk bakgrunn. Samtidig er det en mulighet for at lavere diagnose-rater blant familier med lavinntekt og med migrasjonsbakgrunn også kan reflektere barrierer i tilgangen til helsetjenester snarere enn at denne gruppen av befolkningen har bedre psykisk helse.

1.2.4 De tydeligste forskjellene, men også de største metodiske utfordringene, er innen psykisk helse

Kapitlet om psykisk helse dokumenterer de tydeligste forskjellene mellom barn i familier med lavinntekt og barn fra øvrige familier. Særlig diagnoser knyttet til ADHD blant gutter og angst eller depresjon hos jenter viser tydelige inntektsgradienter. Ved 18-årsalderen er risikoen for å ha fått en ADHD-diagnose 10,7 prosent for barn som har levd i familier med vedvarende lavinntekt mesteparten av barndommen, sammenlignet med 7,6 prosent for de som aldri har opplevd fattigdom. Disse funnene er i tråd med både norsk og internasjonal forskning, og er konsistente på tvers av ulike mål på helsetjenestebruk.

Samtidig har dette kapitlet de mest krevende tolkningsutfordringene. Psykiske diagnoser forutsetter både tilgang til og kontakt med helsetjenester samt faglige vurderinger gjort av helsepersonell. Forskningslitteraturen viser at migrasjonsbakgrunn, språklige barrierer, kulturelle normer og graden av tillit til helsetjenesten kan påvirke sannsynligheten for å få en diagnose, selv når symptom bildet er likt. Dette mønsteret finner vi også i våre data og det kommer tydeligst frem blant barn i kategorien førstegenerasjonsinnvandrere, der den registrerte kumulative forekomsten av psykiske diagnoser i spesialisthelsetjeneste ved 18 år synker fra 23,8 til 20,4 prosent med økt varighet av lavinntekt, noe som kan indikere udekkede behandlingsbehov. At mange barn i familier med lavinntekt har foreldre med psykiske plager eller høy terskel for å søke hjelp, kan ytterligere komplisere bildet.

En sentral innsikt fra kapitlet er at sammenhengen mellom lavinntekt og psykiske diagnoser svekkes når fattigdom måles mer presist og over lengre tidsperioder. Dette tyder på at tidligere studier basert på grovere fattigdomsmål kan ha overvurdert styrken i enkelte sammenhenger. Funnene understreker betydningen av dynamiske inntektsmål og tidsvarierende modeller, men også behovet for varsomhet i tolkningen av resultatene.

1.2.5 Svake og til dels inkonsistente forskjeller i fysisk helse

Kapitlet om fysisk helse viser et helt annet mønster enn kapitlet om psykisk helse. Her fremstår forskjellene mellom barn i familier med lavinntekt og andre barn som klart svakere, og i enkelte tilfeller nesten fraværende. Dette gjelder både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, og når det gjelder hvor mye helsetjenestene brukes og for hvilke fysiske helsediagnoser som stilles. Det eneste unntaket her er fedme: Risikoen for en fedmediagnose i spesialisthelsetjenesten ved 18 år er 2,6 prosent blant barn som aldri har levd i lavinntekt og 3,8 prosent blant de som har levd i vedvarende lavinntekt mesteparten av barndommen.

Et viktig poeng er at dette ikke nødvendigvis betyr at fysisk helse er jevnt fordelt. Som kapitlet påpeker, er objektive fysiske helsediagnoser enten relativt sjeldne eller svært vanlige i barndommen. For sjeldnere diagnoser vil helsetjenestebruk kunne avhenge av foreldrenes vurderinger og terskel for å søke hjelp. Mange helseplager håndteres hjemme uten kontakt med helsevesenet, og forskjeller i helsekompetanse, språk og erfaring med helsetjenesten kan påvirke hvilke diagnoser som registreres.

Fraværet av sterke sammenhenger bør derfor tolkes med varsomhet. Fysisk helse kan være et område der sosial ulikhet i større grad først kommer til syne senere i livet, eller kommer til uttrykk som levekårsrelaterte symptomer (som for eksempel lav livskvalitet og stress) som ikke fanges opp i registre, hverken i form av diagnoser eller helsetjenestebruk, eller at psykosomatiske plager i større grad registreres som en psykisk helseplage. Likevel er hovedbildet tydelig: ulikhetene etter inntekt er svært små for barns bruk av helsetjenester for fysiske helseproblemer.

1.2.6 Skoleprestasjoner: stabile, tydelige og økende forskjeller gjennom hele grunnskolen

Kapitlet om skole viser noen av de mest solide funnene i rapporten. Allerede på nasjonale prøver på femte trinn kan man se forskjeller mellom barn i familier med vedvarende lavinntekt og andre barn. Disse forskjellene øker gjennom grunnskolen og er til stede på tvers av fagområder, årskull, kjønn og migrasjonsbakgrunn. Dette ser vi tydelig på 10. trinn, der gutter i familier med lavinntekt i gjennomsnitt oppnår 42 standardiserte grunnskolepoeng, mens gutter i øvrige familier oppnår 48 poeng.

En viktig observasjon er at disse forskjellene følger en jevn inntektsgradient. Dette sammenfaller med funnene i kapitlet om familie, der det også påvises en jevn sammenheng mellom inntekt og aspekter som foreldrenes utdanning, helse og husholdningsstruktur. Skoleprestasjoner ser dermed ut til å følge en bredere sosial gradient, der barn som vokser opp med mer stabile og ressurssterke omgivelser har bedre forutsetninger for læring og mestring enn barn som vokser opp i mer ressursvake omgivelser.

Selv om skolefunnene er tydelige, er det trolig at de undervurderer de reelle forskjellene i læringsnivå, fordi barn i familier med vedvarende lavinntekt i større grad mangler resultater på nasjonale prøver eller grunnskolepoeng enn andre barn. Eksempelvis er det rundt 10 prosent av barn i familier med lavinntekt uten migrasjonsbakgrunn som mangler resultater fra nasjonale prøver eller grunnskolepoeng, mot om lag 5 prosent blant barn som ikke lever i fattigdom.

Forskjellene tidlig i livet gjenfinnes også for unge voksne: Ved 22-årsalderen er forskjellene i utdanningsnivå mellom unge som har vokst opp i familier med vedvarende lavinntekt og øvrige unge fortsatt markante. Unge som har vokst opp med vedvarende lavinntekt har en betydelig lavere sannsynlighet for å ha fullført høyere utdanning og har oftere kun gjennomført grunnskoleutdanning. Dette illustreres ved at andelen av disse unge med fullført bachelorgrad er 17,6 prosent sammenlignet med 27,3 prosent blant øvrige unge, noe som gir en relativ risiko på 0,6. I tillegg har unge som har vokst opp i lavinntekt dobbelt så høy sannsynlighet for å ha kun grunnskole som sitt høyeste fullførte utdanningsnivå, med 31,5 prosent mot 15,6 prosent for andre unge. Disse resultatene understøttes av at overgangen til høyere utdanning på masternivå er omtrent halvparten så vanlig blant unge som har vokst opp i familier med lavinntekt sett opp mot øvrige unge. Samlet sett viser dette at de sosiale ulikhetene som oppstår i grunnskolen i stor grad følger ungdommene videre inn i voksenlivet.

1.2.7 Variasjoner etter migrasjonsbakgrunn: Særegne mønstre, men stort sett lik betydning av inntekt

Kapitlene om familieforhold, helse og skole viser gjennomgående at barn med migrasjonsbakgrunn er overrepresentert i lavinntektsgruppen, og at migrasjonsbakgrunn dermed står sentralt i mange av mønstrene rapporten avdekker. Hele to av tre barn i 10 årsalderen i lavinntektsgruppen har migrasjonsbakgrunn, og nær halvparten (45 %) av alle førstegenerasjons innvandrerbarn lever i familier med vedvarende lavinntekt. Samtidig er funnene mer nyanserte enn det nivåforskjellene alene gir uttrykk for. I kapitlet om familieforhold ser vi at foreldre med vedvarende lavinntekt og med migrasjonsbakgrunn oftere har lavere utdanning, svakere arbeidsmarkedstilknytning og bor i husholdninger med flere barn sammenlignet med foreldre som ikke er i lavinntekt.

I kapitlene om barnas helse tegnes det også et sammensatt bilde basert på barnas migrasjonsbakgrunn. Når det gjelder barnas psykiske helse, er sammenhengen mellom inntekt og helse, målt i form av registrerte diagnoser, motsatt for barn med migrasjonsbakgrunn sammenlignet med barn som har én eller to norskfødte foreldre. Mens høyere inntekt er assosiert med færre psykiske helseplager for barn med norsk bakgrunn, viser dataene en omvendt samvariasjon for barn med migrasjonsbakgrunn, hvor forekomsten av mange psykiske vansker er høyere blant barn som aldri har vært i fattigdom enn blant dem som har levd i familier med lavinntekt mesteparten av tiden. Barn med to innvandrerforeldre bruker også i mindre grad både primær- og spesialisthelsetjenester, særlig når det gjelder psykiske helseutfordringer. Dette kan tolkes på flere måter, fra reelle forskjeller i forekomst av psykiske vansker til barrierer i hjelpesøking og ulikheter i opplevd tilgjengelighet av helsetjenester.

Når det gjelder skoleprestasjoner, følger imidlertid inntektsgradientene i stor grad samme mønster på tvers av grupper: Barn fra familier med høyere inntekt oppnår i hovedsak bedre resultater enn barn som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt, uavhengig av migrasjonsbakgrunn. Samvariasjonen med husholdningens inntekt følger her en stabil og positiv gradient for samtlige grupper. Selv om barn med migrasjonsbakgrunn i gjennomsnitt oppnår svakere resultater, ligger forskjellen mellom barn i familier med vedvarende lavinntekt og barn i øvrige familier på mellom 2,5 og 4,8 poeng for barn uten migrasjonsbakgrunn, og mellom 4,2 og 5,0 poeng for førstegenerasjonsinnvandrere. Sammenhengen mellom økonomiske ressurser og skoleprestasjoner er dermed gjennomgående og stabil, uavhengig av migrasjonsbakgrunn.

Barn i familier med vedvarende lavinntekt bor generelt i skolekretser med flere belastninger, men dette gjelder i særlig grad barn med migrasjonsbakgrunn. Forskjellene mellom nærmiljøene til familier med lavinntekt og øvrige familier er større blant barn med migrasjonsbakgrunn enn blant barn med norsk bakgrunn. Disse forskjellene er særlig markante i Oslo, hvor gjennomsnittlig husholdningsinntekt ved skolene som barn i familier med lavinntekt går på er over 85 000 kroner lavere enn ved skolene som barn i øvrige familier går på. Det betyr at mange barn med migrasjonsbakgrunn både vokser opp i husholdninger med knappere ressurser og i nabolag som gir færre utviklingsmuligheter. Når belastninger i hjemmet og nærmiljøet opptre samtidig, øker den samlede belastningen og kan bidra til at forskjeller mellom barn med ulike sosioøkonomiske bakgrunner og forutsetninger vedvarer over tid.

1.2.8 Varighet i vedvarende fattigdom henger sammen med større sosial ulikhet

Et gjennomgående funn i alle kapitlene er at varighet i vedvarende lavinntekt framstår som en robust indikator. Blant barn som har opplevd vedvarende lavinntekt, er lengre varighet gjennomgående assosiert med svakere psykisk helse, lavere skoleprestasjoner og mer ressursvake nærmiljøer.

I kapitlet om psykisk helse kommer det frem at risikoen for å motta en eller flere diagnoser øker med antall år barnet har levd i vedvarende lavinntekt. For eksempel er risikoen for en psykisk diagnose i primærhelsetjenesten ved 18-årsalderen 27,1 prosent for barn som har levd i familier med lavinntekt mesteparten av tiden, sammenlignet med 21,6 prosent for de som sjelden har opplevd dette. Kapitlet om skole avdekker en lignende trend, der forskjeller i skoleprestasjoner blir tydeligere desto lenger barna har vært i vedvarende lavinntekt. For barn med høyt utdannede foreldre er skolerisultatene på 10. trinn i gjennomsnitt over 5 grunnskolepoeng lavere blant dem som har levd i lavinntekt mesteparten av tiden, og om lag 2,5 poeng lavere blant dem som sjelden har opplevd lavinntekt, sammenlignet med barn som aldri har vært i lavinntekt.

Kapitlet om nærmiljøet viser at barn som lever lenger i vedvarende lavinntekt over tid oftere går på skoler i nærmiljøer som er preget av lavere utdanning, høy trangboddhet og lav gjennomsnittsinntekt, forhold som igjen kan påvirke både barnas læring og trivsel.

Disse funnene gir samlet sett et grunnlag for å vurdere tiltak rettet mot å redusere varigheten av lavinntekt, fremfor kun å rette innsatsen mot husholdninger som befinner seg rett under den statistiske lavinntektsgrensen. Antall år med vedvarende lavinntekt framstår på denne måten som en sentral faktor man bør ta hensyn til i kartleggingen av sosiale ulikheter i barns liv.

1.2.9 Forskjeller mellom inntektsgrupper øker gjennom oppveksten

At lengre varighet i vedvarende lavinntekt er assosiert med mer ugunstige utfall, må også ses i lys av et bredere mønster der sosiale ulikheter blir tydeligere gjennom oppveksten.

Økningen i sosiale ulikheter gjennom oppveksten kommer særlig til syne i barnas skoleprestasjoner, hvor avviket i læringsutbytte er betydelig større for eldre barn enn for yngre barn. For eksempel, ved slutten av grunnskolen oppnår gutter i familier med vedvarende lavinntekt i snitt 42 standardiserte grunnskolepoeng, mens gutter i øvrige familier oppnår 48 poeng – en forskjell på 6 poeng som er mer markant på 10. trinn enn i nasjonale prøver på 5. trinn. Dette mønsteret er også synlig blant barn av foreldre med lang høyere utdanning; barn som har levd i lavinntekt gjennom mesteparten av oppveksten, oppnår i snitt over 5 grunnskolepoeng færre enn barn med foreldre med lang høyere utdanning, men som ikke har levd i lavinntekt.

Den sosiale ulikheten innen barns psykiske helse basert på inntektsforskjeller øker også betydelig gjennom oppveksten. Ved 5-årsalder er andelen barn som har fått registrert psykiske diagnoser i spesialisthelsetjeneste på omtrent samme nivå for alle barn, med 3,2 prosent for barn som var

mesteparten av tiden i vedvarende lavinntekt sammenlignet med 2,6 prosent for de som aldri var det. Ved 18-årsalder er imidlertid andelen 34,1 % for barn i familier med vedvarende lavinntekt, mot 26,4 % for barn i øvrige familier. For registrerte psykiske symptomer i primærhelsetjenesten er andelene ved 5-årsalder 4,9 % blant barn i familier med vedvarende lavinntekt og 4,2 % blant barn i øvrige familier. Ved 18-årsalder er andelene henholdsvis 43,8 % og 35,8 %. Samlet sett tegner disse funnene et bilde av en situasjon der forskjeller mellom barn fra familier i ulike inntektsgrupper øker gjennom oppveksten.

1.2.10 Konklusjon

Barnefattigdom i Norge handler om mer enn økonomi. Det representerer et komplekst og flerdimensjonalt fenomen, som reflekterer forskjeller i familieforhold, kvalitet på nærmiljø samt helse, skole- og utdanningsforløp, hvor belastninger kan hope seg opp og forsterke hverandre og sosial ulikhet over tid. En viktig implikasjon av de beskrivende funnene som er presentert i denne rapporten er at de understreker behovet for tiltak som ser hele barnets situasjon, og som retter seg både mot familiens ressurser og de strukturelle rammene barna vokser opp i, med et særlig fokus på barn som opplever *langvarig* vedvarende barnefattigdom. Det er imidlertid et stort behov for mer kunnskap om hvilke tiltak som er effektive for å utjevne sosial ulikhet blant barn i Norge som vokser opp med ulike forutsetninger. Virkninger av tiltak for å redusere og forebygge fattigdom vil belyses nærmere i en senere rapport i dette prosjektet.

2 Barnefattigdom

2.1 Operasjonalisering av barnefattigdom

For å sikre at analysene i denne rapporten skiller godt mellom barn som lever i og utenfor fattigdom, er det nødvendig å først definere barnefattigdom som er rapportens mest sentrale begrep. En presis operasjonalisering og avgrensning av dette begrepet er avgjørende for å kunne skille mellom midlertidige økonomiske svingninger og de mer langvarige utfordringene som kan knyttes til det å vokse opp i fattigdom.

Rapporten bruker *vedvarende lavinntekt* som hovedmål på *barnefattigdom*. I samsvar med definisjonene fra Statistisk sentralbyrå (SSB) og EU betyr vedvarende lavinntekt at et barn har bodd i en husholdning der inntekten etter skatt i snitt har ligget under 60 prosent av medianinntekten over en treårs-periode. Ifølge SSB har andelen barn som lever i fattigdom (gitt denne definisjonen) økt fra rundt 4 prosent i 2000, til 12 prosent i 2019–2020, før den sank til 10 prosent i 2024 (Statistisk sentralbyrå, 2026).

Siden det er billigere å bo flere sammen, er dette målet justert for antallet som bor i husholdningen (forbruksenheter). EU-skalaen tilordner den første voksne i husholdet forbruksvekt 1, mens øvrige voksne får forbruksvekt 0,5 og barn får forbruksvekt 0,3. Denne ekvivalensskalaen forutsetter altså at et hushold med to voksne og tre barn vil måtte ha en husholdsinntekt som er 2,4 ganger så høy som en enslig persons inntekt for å oppnå samme økonomiske levestandard.

At det tas utgangspunkt i inntekten over en treårs-periode, betyr ikke nødvendigvis at barna *må* leve under fattigdomsgrensen i tre etterfølgende år. Vi kan tenke oss en familie der vi har inntektsdata for perioden 2017–2020. Dersom familien har relativt høy inntekt i 2017, men lav inntekt i 2018 og 2019, vil gjennomsnittsinntekten for perioden 2017–2019 fortsatt ligge over fattigdomsgrensen. Familien vil da ikke regnes å være i vedvarende lavinntekt i 2019. Først dersom den samme familien også har lav inntekt i 2020, vil gjennomsnittsinntekten over treårsperioden falle under terskelen, og familien vil regnes å være i vedvarende lavinntekt i 2020.

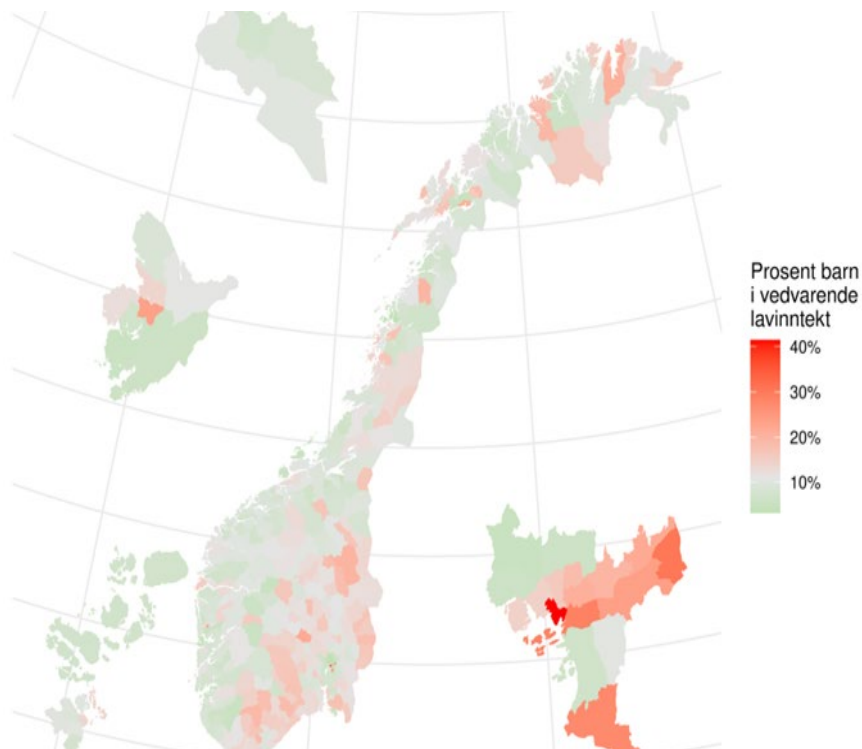
Kravet om varighet skiller familier med langvarig og stabil knapphet på ressurser fra de som opplever en midlertidig inntektsnedgang. SSBs rapport om drivere bak utviklingen i fattigdom blant barn (Eika og Langørgen 2025) viser at denne måten å operasjonalisere fattigdomsmålet på gir et solid grunnlag for å identifisere barn som har høy risiko for negative konsekvenser av å vokse opp i økonomisk knapphet. Analysene i rapporten er derfor basert på en etablert og mye brukt definisjon av barnefattigdom som gjør det mulig å følge utviklingen over tid og sammenligne resultater på tvers av studier fra ulike land og fra ulike tidsperioder.

For å kunne undersøke betydningen av varigheten av barnefattigdom, ser vi også i noen analyser på antall år barn har levd i vedvarende lavinntekt. I disse analysene legger vi også minstekravet om vedvarende lavinntekt over en treårs-periode til grunn (se over). For å se på varigheten av barnefattigdom har vi delt tiden barn tilbringer i lavinntekt i fire grupper: aldri; sjelden (inntil 1/3 av perioden); noen ganger (fra 1/3 til 2/3 av perioden); og mesteparten (mer enn 2/3 av perioden). For de fleste barna i utvalget, som er født i Norge og utgjør det overveldende flertallet, tilsvarer denne perioden hele livet frem til måletidspunktet. For å komplementere beskrivelsene våre bruker vi også et inntektsmål som ser på hele inntektsfordelingen i noen analyser, og her bruker vi *kontinuerlig* ekvivalensjustert husholdningsinntekt etter skatt.

For å variere språket rundt barnefattigdomsbegrepet, bruker vi også 'barn i familier med lavinntekt', i omtalen av barna som opplever barnefattigdom. Barn som ikke opplever dette, omtales som 'øvrige barn', 'barn i øvrige familier' samt 'barn i øvrige (eller andre) husholdninger'

2.2 Regionale forskjeller i barnefattigdom

Figur 2.1 viser at barn som vokser opp i fattigdom er ujevnt fordelt på kommune- og bydelsnivå når vi bruker den nasjonale standarddefinisjonen av barnefattigdom som beskrevet over.



Figur 2.1: Prosent barn i vedvarende lavinntekt i norske kommuner og utvalgte bydeler (2018-2022). Bydeler i Oslo (til høyre), Stavanger (nederst til venstre), Bergen (midt til venstre) og Trondheim (øverst til venstre).

En nasjonal terskel for barnefattigdom tar imidlertid ikke hensyn til variasjoner i levekostnader på tvers av landet, slik som lokale bokostnader (Ekspertgruppen om barn i fattige familier 2024). Familier med lavinntekt bruker generelt en høy andel av inntekten sin på bolig og dagligvarer (Eika og Langørgen 2025). Ved å i stedet bruke fylkesvise terskler for barnefattigdom, det vil si at man redefinerer fattigdomsgrensen til å omfatte dem som har ligget under 60 prosent av medianinntekten i det respektive fylket i minst tre påfølgende år, kan man få et bilde av barnefattigdom som dels reflekterer lokale forskjeller i inntekts- og utgiftsnivåer (se Vedleggfigur V2.1). Vi finner likevel at klassifiseringen av om et barn lever i en familie med lav inntekt, er svært lik når den bestemmes med en nasjonal terskel eller med fylkesspesifikke terskler. Korrelasjonen mellom de to individbaserte målene er på hele 0,93.² Dermed er det tilstrekkelig å bruke et nasjonalt terskelnivå for barnefattigdom for vårt formål, i tråd med eksisterende analyser som viser at selv når man justerer den nasjonale terskelen for rente- og boutgifter, endres den geografiske fordelingen av barn i familier med lavinntekt lite (Eika og Langørgen 2025). En forklaring på dette er at lavinntektshusholdninger i urbane områder ofte kompenseres for høye leiepriser ved å bo trangere enn i rurale områder (Eika og Langørgen 2025). Bruk av fylkesvise terskler kan imidlertid være nyttig dersom man ønsker å undersøke kjennetegn ved barn som vokser opp i fattigdom på et lavere geografisk nivå.

² Korrelasjonskoeffisienten måler styrken og retningen på den lineære sammenhengen mellom to variabler, og verdien ligger alltid mellom -1 og 1. Tallet 0,93 indikerer en svært sterk positiv sammenheng, som betyr at når den ene variabelen øker, øker den andre nesten proporsjonalt.

2.3 Betydningen av tidspunkt og varighet av fattigdomseksponering

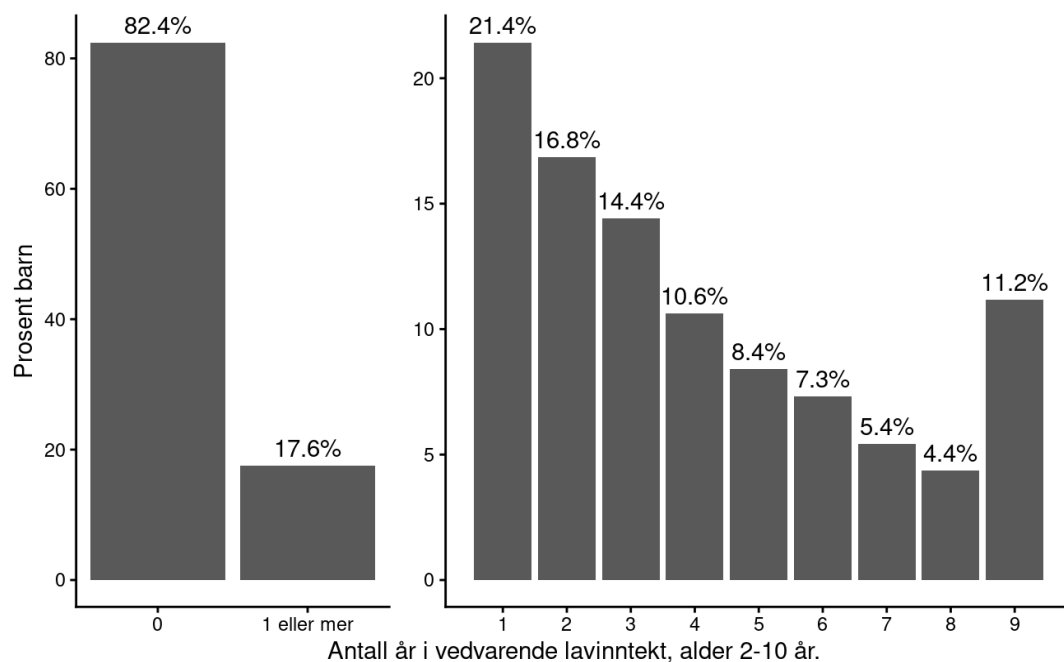
Forskning viser gjennomgående at fattigdom har betydning for barn og unges utvikling og helse gjennom hele oppveksten, selv om styrken på sammenhengene kan variere etter alder (Reiss 2013; Pryor mfl. 2019; Vaalavuo mfl. 2022). Det er også funn som indikerer at virkningen av fattigdom i barndommen kan ha uheldige langtidskonsekvenser på flere ulike områder og bygge seg opp over tid (se for eksempel Evensen mfl. 2021, Duncan mfl. 2010; Yoshikawa mfl. 2012). Flere studier peker på tidlig barndom som en særlig sensitiv periode, hvor fattigdom i småbarnsalderen er knyttet til senere psykiske helseplager, dårligere fysisk helse, svekket kognitiv utvikling og lavere økonomisk status som voksen (McLaughlin mfl. 2011; Hynek mfl. 2022; McConnell mfl. 2024; Duncan mfl. 2010; Ridley mfl. 2020). En kausal studie som undersøker nabolagsmobilitet understreker også betydningen av *når* i barndommen man eksponeres for fattigdom, hvor en ser positive endringer for barn som flytter til områder med lite fattigdom *før* ungdomsårene (Chetty mfl. 2016). Samtidig viser andre studier at fattigdom i ungdomsårene også kan være like, eller til og med mer, uhensiktsmessig for enkelte utfall, spesielt når det gjelder utfall som angst, depresjon, atferdsvansker og problemer med å fullføre skolegang (Najman mfl. 2010; Johnson mfl. 2019; Duncan mfl. 2010). Det mest konsistente funnet på tvers av studier er likevel at varighet og vedvarende eksponering for fattigdom, snarere enn fattigdom på ett bestemt tidspunkt i oppveksten, best predikerer negative utfall med hensyn til helse, utvikling og senere sosioøkonomisk status (Niki'ema mfl. 2012; Vaalavuo mfl. 2022). Dette understreker betydningen av å vurdere både tidspunktet for, samt den samlede (kumulative) eksponeringen for fattigdom, i tolkningen av sammenhenger.

For å kunne anslå alders- og utviklingsrelaterte effekter av barnefattigdom kreves det imidlertid at et betydelig antall barn opplever fattigdom hovedsakelig i én bestemt utviklingsfase. I *figur 2.2* viser vi på venstre side andelen barn mellom 1 og 10 år som har levd minst ett år i lavinntekt (17,6 % av alle barn i aldersgruppen) og på høyre side av figuren viser vi hvordan denne gruppen fordeler seg på antall år i fattigdom.³ Figuren viser at de aller fleste barn aldri opplever barnefattigdom. For de fleste av barna som opplever barnefattigdom, er dette en forbigående tilstand, selv om rundt 37 prosent opplever dette i fem år eller mer i alderen 2 til 10 år.⁴

Kunnskap om ved hvilke aldre (sensitive perioder) barnefattigdom er mest ugunstig, stammer i stor grad fra studier der tidspunkt for fattigdom i barndommen varierer på grunn av eksterne, tilfeldige (eksogene) forhold, ofte omtalt som naturlig variasjon. Slik variasjon, som er mest vanlig i samfunn med svakere velferdsordninger enn i Norge (et typisk eksempel er USA), gjør det mulig å identifisere perioder eller tidspunkt med særlig stor betydning. I befolkninger som den norske, hvor barnefattigdom er svært stabil over tid, finnes det derimot begrenset naturlig variasjon når det gjelder tidspunktet for eksponering for barnefattigdom. Rapporten vil derfor eksplisitt undersøke barnefattigdom i ulike aldersgrupper som representerer ulike utviklingsfaser, samtidig som vi tar hensyn til at barnefattigdommen stort sett er stabil, men kan variere noe over tid. Dette begrenser dessverre muligheten for å skille tidsspesifikke effekter fra varighetseffekter i våre analyser, men temaet diskuteres fortløpende der det er relevant.

³ Figuren er basert på 517 868 barn født mellom 2004 og 2012.

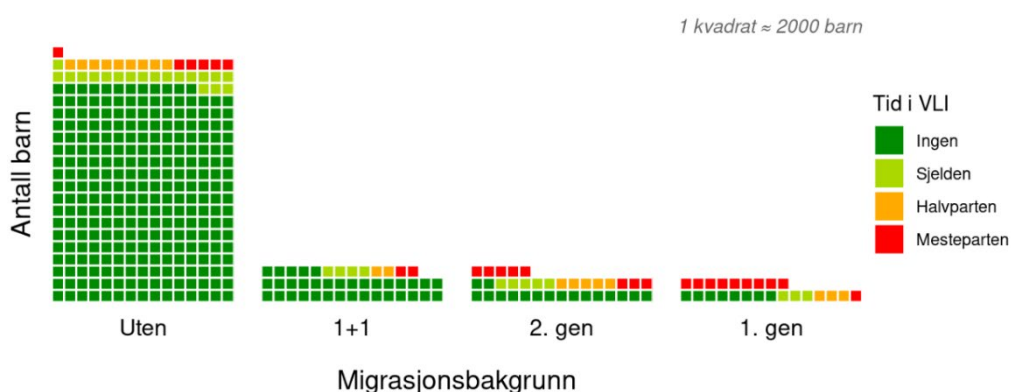
⁴ Den store stabiliteten i barnefattigdom i Norge er illustrert i vedleggfigur V2.2, som viser at jo lenger tid et barn tilbringer i fattigdom tidlig i livet, desto større er sannsynligheten for at dette også er tilfellet senere i livet (panel A). Panel B viser dessuten at selv om en del barn beveger seg inn eller ut av barnefattigdom, skyldes dette ofte mindre inntektsendringer rundt fattigdomsterskelen, snarere enn store forbedringer eller forverringer i familiens økonomi.



Figur 2.2: Antall år barn i alderen 0–10 år lever i fattigdom. Til venstre vises andelen som aldri har levd i fattigdom, sammenlignet med andelen som har opplevd dette i minst ett år. Til høyre vises fordelingen av antall år i barnefattigdom blant alle som har opplevd minst ett år i fattigdom. At en høyere andel barn hadde 9, og ikke 8, år i fattigdom, gjenspeiler at en ikke ubetydelig andel av barna er permanent i vedvarende lavinntekt på tvers av alle aldre vi ser på. Figuren er basert på data fra rundt 518 000 barn født i perioden 2004–2012.

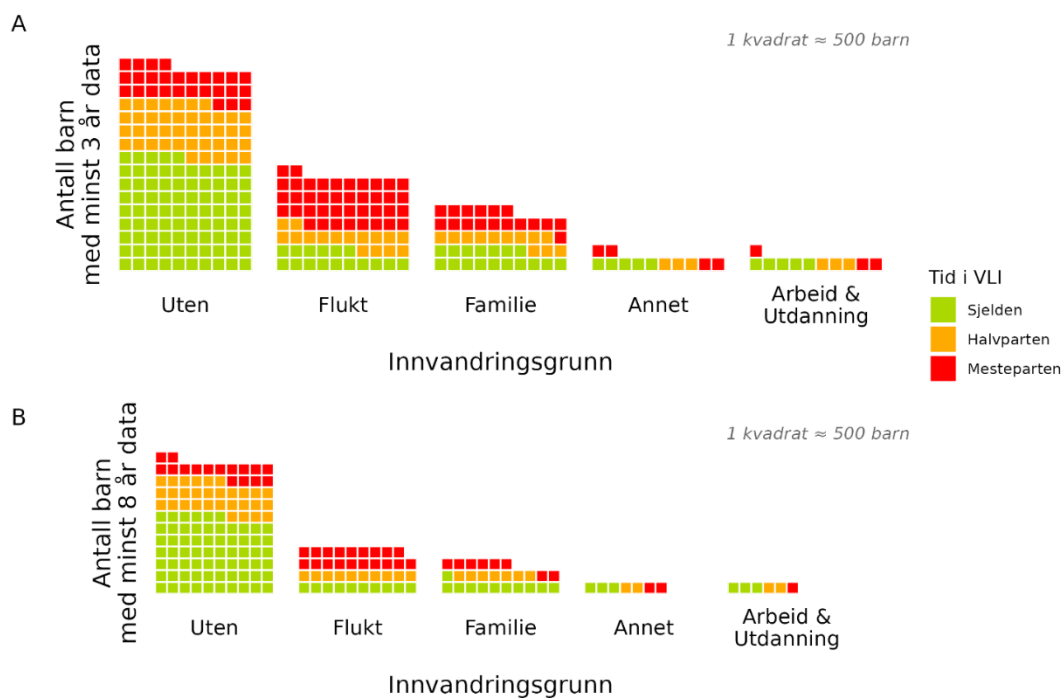
2.4 Vedvarende lavinntekt og migrasjonsbakgrunn

De ulike gruppene av barn basert på ulik varighet av vedvarende lavinntekt varierer betydelig i størrelse og sammensetning (figur 2.3). Den største gruppen barn i Norge opplever aldri eller sjelden vedvarende lavinntekt, og de fleste i denne gruppen er barn uten migrasjonsbakgrunn. Blant de barna som lever mesteparten av oppveksten i husholdninger med lavinntekt (>2/3 av tiden), er det derimot en overvekt av barn som selv har innvandret eller som er født i Norge av to utenlandsfødte foreldre.



Figur 2.3: Fordeling av barn etter migrasjonsbakgrunn vist etter andelen år i barnefattigdom (målt ved 10-12-års alder). Antallet ruter viser hvor stor andel av barnebefolkningen gruppen utgjør. VLI = vedvarende lavinntekt. Kategoriene viser andelen år i vedvarende lavinntekt: Ingen (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). Migrasjonsbakgrunn er kategorisert som: Uten (barn med to norskfødte foreldre), 1+1 (én norskfødt og én utenlandsfødt forelder), 2. gen (norskfødte med to innvandrerforeldre), 1. gen (født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre).

Figur 2.4 A viser at selv om det totale antallet barn som har opplevd minst én periode med vedvarende lavinntekt er størst blant barn uten migrasjonsbakgrunn, er varigheten i denne gruppen ofte kortere. For barn med migrasjonsbakgrunn fremstår lavinntekt i langt større grad som en varig tilstand gjennom oppveksten. Dette mønsteret skyldes ikke utelukkende kort botid i Norge. Analyser av barn med minst åtte års datagrunnlag i *figur 2.4* B viser de samme tendensene, noe som tyder på at den økonomiske sårbarheten vedvarer for mange familier også etter den første etableringsfasen.



Figur 2.4: Størrelsen på grupper av barn som vokser opp i fattigdom, gruppert etter mors innvandringsgrunn og andel år i barnefattigdom (målt ved 10-årsalder). Antallet ruter viser hvor stor andel av barnebefolkningen hver gruppe utgjør. Panel A omfatter alle barn på 10 år. Panel B omfatter kun barn som har bodd i Norge i minst ni år. VLI = vedvarende lavinntekt. Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3 - 2/3$) og Mesteparten ($> 2/3$).

3 Metode

3.1 Datakilder

I registeranalysene i denne rapporten benyttes flere sentrale administrative datakilder fra **Statistisk sentralbyrå (SSB)** og **Folkehelseinstituttet (via Helsedataservice)** som inneholder individ- og husholdningsnivådata for hele den norske befolkningen over tid. SSB forvalter en rekke registre som kan kobles på individnivå, og disse danner grunnlaget for demografiske, sosioøkonomiske og utdanningsrelaterte variabler. Folkehelseinstituttet administrerer helseregistre med opplysninger om kontakt med helsetjenester og diagnoser.

Fra **Statistisk sentralbyrå (SSB)** brukes blant annet følgende registerkilder for analysene i rapporten:

- **Folkeregisteret** som gir grunnleggende demografiske opplysninger om hver person, som kjønn, fødselsår, migrasjonsbakgrunn og bosted. Dette er kjernen i praktisk talt all registerdata for befolkningen i Norge.
- **Samordnede registerdata for husholdninger og boliger**, som bygger på folkeregisteret og bolig og husholdningsinformasjon for å identifisere husholdningstyper og sammensetningen av disse, inkludert hvem som bor sammen.
- **Inntekts- og formueregistre** som gir detaljer om inntektsnivå og inntektsfordeling for personer og husholdninger, og brukes for å beregne økonomiske indikatorer som lavinntekt.
- **Utdanningsregisteret**, som inneholder opplysninger om fullført utdanning, pågående utdanning, og resultater fra nasjonale prøver og grunnskolepoeng, og dermed gir informasjon om skolerresultater og utdanningsnivå.

Fra **helse- og helsetjenestedata forvaltet via Folkehelseinstituttet/Helsedataservice** brukes to sentrale helseregistre:

- **Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)** som samler data om kontakt med den offentlig finansierte primærhelsetjenesten, inkludert fastlege, legevakt, fysioterapi og kommunale helse- og omsorgstjenester. KPR inkluderer informasjon om tjenester mottatt og helserelaterte opplysninger fra primærhelsetjenesten, og erstatter tidligere KUHR-dataleveranser for forskningsformål. Data om bruk av primærhelsetjenester for 2007–2025 kommer fra Kontroll og utbetaling av helserefusjoner register (KUHR).
- **Norsk pasientregister (NPR)** som er det nasjonale registeret for spesialisthelsetjenesten og omfatter opplysninger om alle offentlig finansierte polikliniske, dag- og døgnopphold ved sykehus og spesialisthelsetjenester i Norge. Disse dataene gir informasjon om helsetjenestebruk og diagnoser fra spesialisthelsetjenesten.

Disse registerkildene gjør det mulig å koble individ- og husholdningsopplysninger med både sosioøkonomiske forhold og helse- og skoledata på tvers av tjenester og over tid, noe som er grunnlaget for beskrivende analyser av livssituasjon, helse og utdanningsforhold for barn som vokser opp i fattigdom i rapporten.

3.2 Definisjon av variabler

3.2.1 Sosioøkonomiske variabler

Inntekt: Grunnvariabelen er SSBs husholdningsinntekt etter skatt, justert for husholdningsstørrelse ved EUs ekvivalensskala. Variabelen gir et kontinuerlig mål på disponibel husholdningsinntekt per

forbruksenhet. Hva dette innebærer er nærmere beskrevet og eksemplifisert innledningsvis i rapporten. Variablen betegnes som «ekvivalensvektet husholdningsinntekt».

Vedvarende lavinntekt: Grunnvariabelen er ekvivalensvektet husholdningsinntekt. I analysene brukes to nivåer av kategorisering. For det første klassifiseres barn etter om de lever i familier med vedvarende lavinntekt eller ikke, der vedvarende lavinntekt er definert som at gjennomsnittlig ekvivalensvektet husholdningsinntekt de siste tre årene har ligget under 60 prosent av medianinntekten i befolkningen.

For det andre beskrives graden av vedvarende lavinntekt gjennom barndommen med andelen år barnet har vært klassifisert i lavinntekt frem til måletidspunktet:

- *Aldri* i vedvarende lavinntekt (0)
- *Sjelden* i vedvarende lavinntekt, opptil en tredel av årene ($\leq 1/3$)
- *Omtrent* halvparten av årene i vedvarende lavinntekt, mellom en og to tredeler ($1/3-2/3$)
- *Mesteparten* av årene i vedvarende lavinntekt, mer enn to tredeler ($> 2/3$)

Utdanning: Grunnvariabelen er SSBs register for høyeste fullførte og pågående utdanning. Den opprinnelige SSB-variabelen skiller mellom følgende utdanningsnivåer: ingen utdanning og førskoleutdanning, barneskoleutdanning, ungdomsskoleutdanning, videregående grunntdanning, videregående avsluttende utdanning, påbygging til videregående utdanning, universitets- og høyskoleutdanning på lavere nivå, universitets- og høyskoleutdanning på høyere nivå, forskerutdanning og uoppsett utdanning. I tillegg beregnes antall år utdanning ved å tilordne faste verdier til de opprinnelige SSB-kategoriene, der kategoriene gis henholdsvis 7, 10, 11, 12,5, 13, 15, 17,5 og 20.1 år, mens uoppsett utdanning settes til manglende verdi (NA). I analysene grupperes utdanningsnivå slik:

- *BS/US:* Barne- eller ungdomsskole
- *VGS:* Videregående skole
- *UHK:* Universitets- og høyskoleutdanning, kort (f.eks. Bachelor)
- *UHL:* Universitets- og høyskoleutdanning, lang (f.eks. Master)

Husholdningstype: Grunnvariabelen er SSBs «Standard for gruppering av husholdninger». Den opprinnelige SSB-variabelen skiller mellom følgende kategorier: aleneboende, par uten hjemmeboende barn, par med små barn (yngste barn 0–5 år), par med store barn (yngste barn 6–17 år), mor eller far med små barn (yngste barn 0–5 år), mor eller far med store barn (yngste barn 6–17 år), enfamiliehusholdninger med voksne barn (yngste barn 18 år og over), flerfamiliehusholdninger uten barn 0–17 år, flerfamiliehusholdninger med små barn (yngste barn 0–5 år) og flerfamiliehusholdninger med store barn (yngste barn 6–17 år). I analysene grupperes disse kategoriene slik:

- *Par med barn*
- *Aleneforsørger*
- *Øvrige/andre* husholdninger

Migrasjonsbakgrunn: Grunnvariabelen er SSBs innvandringskategori, som omfatter personer uten innvandringsbakgrunn, førstegenerasjonsinnvandrere, norskfødte med to utenlandsfødte foreldre (her omtalt som andregenerasjonsinnvandrere), samt personer med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder.⁵ I analysene grupperes barn slik:

- *1. gen:* Førstegenerasjonsinnvandrere, barn som selv har innvandret og som har to utenlandsfødte foreldre (innvandrerforeldre)

⁵ SSB ser også på besteforeldres fødeland i sin definisjon, slik at en forelder født i utlandet med norskfødt mor eller far, ikke vil anses som en innvandrer.

- 2. gen; Andregenerasjonsinnvandrere, norskfødte barn med to innvanderforeldre
- 1+1: Barn med blandet migrasjonsbakgrunn: én norskfødt og én utenlandsfødt forelder (innvanderforelder)
- Uten: Samtlige barn som ikke inngår i en av gruppene over, og som anses å ikke ha en migrasjonsbakgrunn

3.2.2 Helseforhold og diagnoser

For å belyse helseforhold og diagnoser baserer vi oss på kontakter med helsetjenesten. I Norge brukes det ulike kodeverk for helsetjenestebruk og diagnoser i primær- og spesialisthelsetjenesten. I primærhelsetjenesten brukes andre utgave av *International Classification of Primary Care (ICPC-2)*, som er et internasjonalt kodeverk for å klassifisere symptomer, helseproblemer, diagnoser og årsaker til kontakt. I spesialisthelsetjenesten brukes tiende utgave av *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*, som er et internasjonalt kodeverk for klassifisering av diagnoser, sykdommer, skader og dødsårsaker.

I denne rapporten benytter vi alle ICPC-2 diagnoser i kapittel P for psykiske helseplager for primærhelsetjenestebruk. I spesialisthelsetjenesten bruker vi alle ICD-10-diagnoser i kapittel F for disse plagene.

For fysiske helseplager i primærhelsetjenesten bruker vi alle ICPC-2 diagnoser unntatt kapittel P i kommunehelsetjenesten (fastlege- og legevaktbruk). I spesialisthelsetjenesten benytter vi alle ICD-10-diagnoser unntatt kapittel F for disse plagene.

Disse kodeverkene er også utgangspunktet for våre mer detaljerte analyser på registerbaserte diagnoser. For psykiske diagnoser foreligger det detaljert informasjon fra begge registre (KPR og NPR), der diagnoser er identifisert på underkapitlenivå innenfor kapittel P i ICPC-2 og tilsvarende underkapitler i kapittel F i ICD-10.

For fysiske helsediagnoser er informasjonen mer grovmasket og tilgjengelig kun på kapitlenivå både i ICD-10 og ICPC-2, men innenfor disse kapitlene gir ICPC-2 likevel mulighet til å skille mellom diagnoser og symptomer. I våre analyser har vi sett bort fra symptomer, men ellers sett på skader, infeksjoner og andre diagnoser.

I kapittel 3.7 som omhandler helsedata og analyse av disse, gir vi i tillegg en nærmere redegjørelse for styrker og begrensninger ved bruk av registerbaserte helseopplysninger, samt for hvordan enkeltkoder fra ICPC-2 og ICD-10 er slått sammen til overordnede diagnosegrupper i analysene.

3.3 Studieutvalget

Vi bruker data for perioden 2007 til 2022. Studieutvalget består av alle barn i alderen 0 til 18 år som var registrert i Folkeregisteret i løpet av denne tidsperioden. Siden vi som hovedregel ikke ekskluderer individer fra utvalgene, og frafallet grunnet manglende data er minimalt, reflekterer resultatene i stor grad hele populasjonen av barn i Norge i perioden. Utvalget er dermed representativt for norske barn og er i liten grad påvirket av seleksjonsskjevheter.

For de fleste analysene bruker vi hele datasettet, slik at barn inkluderes uavhengig av alder og kan opptre i utvalget over flere år. Dette gjelder spesielt for analysene av familiekjennetegn og helseforhold, der vi utnytter de longitudinelle registerdataene som inkluderer om lag 1 363 400 barn fra rundt 916 300 husholdninger for å gi et helhetlig bilde av barnas situasjon over tid.

I andre tilfeller har vi valgt å vise data for en spesifikk alder (10 år). Dette gjelder i hovedsak analysene av nærmiljø, samt i enkelte deskriptive oversikter (se for eksempel tabell 3.1). Valget skyldes at visse

variabler – som skole og skoleresultater – kun er tilgjengelige for bestemte årstrinn. Ved å sette alderen til 10 år sikrer vi en konsistent sammenligning av kjennetegn ved nabolag i en formativ fase av barneskolen. Spesifikke utvalgsstørrelser for analysene i delkapitlene og eventuelle ytterligere avgrensninger er oppgitt data- og metodebokser i de respektive kapitlene, samt i kapittel 3.5–3.8 nedenfor.

Tabell 3.1 viser sammensetningen av analyseutvalget ved alder 10 år over hele analyseperioden. I alt inngår i overkant av 800 000 barn. De tre første kolonnene viser først utvalget samlet, deretter kun de som lever i familier med vedvarende lavinntekt (VLI) som utgjør rundt 10 prosent av utvalget totalt, og sist de øvrige barna (Ikke VLI). Prosentene er vist kolonnevis. Den fjerde kolonnen viser hvilken andel barna i familier med vedvarende lavinntekt utgjør av alle barn innad i gruppen (radvise prosenter).

Når vi ser på de kolonnevise tallene, ser vi at det gjennomsnittlige barnetallet er klart høyere i familier med lavinntekt (2,9) enn i øvrige familier (2,3). Samtidig er andelen aleneforsørgere langt høyere i familier med lavinntekt (38 %) enn i øvrige familier (15 %). Utdanningsnivået blant foreldre er gjennomgående lavere i familier med lavinntekt, hvor en av tre ikke har utdanning utover ungdomsskolen, mens dette kun gjelder en liten andel i øvrige familier. Ser vi på antall foreldre i jobb, har kun en av fire familier med lavinntekt to foreldre i arbeid, mens dette gjelder tre av fire øvrige familier. Blant en tredjedel av familiene med lavinntekt er ingen av foreldrene i arbeid, mens denne andelen er nær neglisjerbar i øvrige familier.

Blant barn som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt og som har to utenlandsfødte foreldre, er det en relativt lik fordeling mellom barn som selv har innvandret (28 %) og barn som er født i Norge (27 %). Når man ser på mors innvandringsgrunn, har mer enn en tredjedel av barna i familier med vedvarende lavinntekt en mor som kom til landet som flyktning, mens dette kun gjelder 4 prosent av barna i øvrige husholdninger. Videre har 16 prosent av barna i familier med vedvarende lavinntekt en mor som har kommet på familiegjenforening, mot 6 prosent blant øvrige barn. Det er få barn i husholdninger med vedvarende lavinntekt som har en mor som har kommet på grunn av arbeid eller utdanning. Ser man på mors opprinnelsesland, har fire av ti barn i familier med vedvarende lavinntekt en mor fra Norge. For de resterende barna i denne gruppen har 28 prosent en mor fra Asia og 18 prosent en mor fra Afrika. Blant barn i øvrige husholdninger har 84 prosent en mor fra Norge, mens henholdsvis 6 og 2 prosent har mødre fra Asia og Afrika.

Om man i stedet ser på prosenter summert radvis (siste kolonne), ser man at fire av ti barn med foreldre uten videregående opplæring lever i familier med lavinntekt, og at dette gjelder mer enn halvparten av barna som ikke har minst én forelder i jobb. Videre vokser kun 5 prosent av barn uten migrasjonsbakgrunn opp i familier med vedvarende lavinntekt, mens dette gjelder nær en tredel (32 %) av barn som er født i Norge med to utenlandsfødte foreldre og nær halvparten (45 %) av barn som selv har innvandret. Nær halvparten av alle barn som har en mor med flyktningbakgrunn, vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt. Uavhengig av innvandringsgrunn, vokser over halvparten (55 %) av alle barn med mødre fra Afrika opp i familier med lavinntekt. For barn med mødre fra Asia er den tilsvarende andelen 34 prosent.

Bruken av nasjonale administrative registre innebærer at datagrunnlaget er svært dekkende, og det er generelt lite manglende informasjon i utvalget. Som hovedregel benyttes derfor komplette observasjoner i analysene («complete case analysis»). I visse tilfeller er det likevel nødvendig å håndtere manglende data eksplisitt for å sikre pålitelige resultater. Se vedlegget for en mer detaljert beskrivelse av håndtering av manglende data for inntekts- og utdanningsdata fra foreldre med migrasjonsdata.

Tabell 3.1: Utvalgte sosiodemografiske kjennetegn ved familier med barn på 10 år, samlet og om de var i vedvarende lavinntekt (VLI) eller ikke (ikke VLI) på dette tidspunktet.

	Samlet N = 805 101	VLI N = 80 980	ikke VLI N = 724 121	VLI som prosent av alle (radvis) ^a 10 %
Panel A: Mean (SD)^b				
Antall barn	2.3 (0.9)	2.9 (1.4)	2.3 (0.8)	
Foreldres alder	41.6 (5.2)	40.7 (6.0)	41.7 (5.1)	
Husholdningens medianinntekt	447.2 (659.0)	189.3 (175.6)	476.0 (359.9)	
Panel B: Antall (%)				
Familietype				
Par med barn	651 458 (81 %)	48 065 (59 %)	603 393 (83 %)	7 %
Én forelder med barn	137 005 (17 %)	30 955 (38 %)	106 050 (15 %)	23 %
Andre husholdningstyper ^c	16 638 (2 %)	1 960 (3 %)	14 678 (2 %)	12 %
Foreldres høyeste utdanning^d				
< Videregående skole ^e	72 123 (9 %)	29 389 (36 %)	42 734 (6 %)	41 %
Kun videregående skole	255 232 (32 %)	27 944 (34 %)	227 288 (31 %)	11 %
Universitet, kort	315 559 (39 %)	17 402 (22 %)	298 157 (41 %)	6 %
Universitet, lang	162 187 (20 %)	6 245 (8 %)	155 942 (22 %)	4 %
Antall foreldre i arbeid				
0 ^f	51 465 (6 %)	26 700 (33 %)	24 765 (3 %)	52 %
1	188 367 (24 %)	34 338 (42 %)	154 029 (21 %)	18 %
2	565 269 (70 %)	19 942 (25 %)	545 327 (75 %)	4 %
Barns migrasjonsbakgrunn				
Uten (to norskfødte foreldre)	600 058 (74 %)	28 842 (35 %)	571 216 (79 %)	5 %
Én norskfødt og én utenlandsfødt forelder	86 304 (11 %)	7 961 (10 %)	78 343 (11 %)	9 %
1. generasjonsinnvandrere	47 849 (6 %)	21 760 (27 %)	26 089 (3 %)	45 %
2. generasjonsinnvandrere	70 890 (9 %)	22 417 (28 %)	48 473 (7 %)	32 %
Mors innvandringsgrunn				
Uten	641 425 (80 %)	32 838 (40 %)	608 587 (84 %)	5 %
Flukt	58 060 (7 %)	28 846 (36 %)	29 214 (4 %)	50 %
Arbeid/utdanning	221 645 (13 %)	3 074 (4 %)	18 571 (3 %)	14 %
Familie	59 302 (7 %)	13 171 (16 %)	46 131 (6 %)	22 %
Annet/ukjent	24 669 (3 %)	3 051 (4 %)	21 618 (3 %)	12 %
Mors regionale bakgrunn				
Norge	640 082 (80 %)	32 220 (40 %)	607 862 (84 %)	5 %
Vestlige land ^g	26 412 (3 %)	2 469 (3 %)	23 943 (3 %)	9 %
Øst-Europa	38 945 (5 %)	7 584 (9 %)	31 361 (4 %)	19 %
Asia	64 941 (8 %)	22 359 (28 %)	42 582 (6 %)	34 %
Afrika	26 848 (3 %)	14 742 (18 %)	12 106 (2 %)	55 %
Øvrige land/ukjent	7 873 (1 %)	1 606 (2 %)	6 267 (1 %)	20 %

^aRadviser viser hvor stor andel 10-åringer i familier i vedvarende lavinntekt utgjør av gruppen (raden) totalt sett. ^bAritmetisk gjennomsnitt og standardavvik (SD). ^cInkluderer alle husholdstyper som ikke inngår i de to ovennevnte kategoriene. ^dKort høyere utdanning inkluderer all utdanning til og med bachelorgrad. Lang høyere utdanning inkluderer master- eller doktorgrad. ^eDe få med manglende informasjon om utdanning er plassert i denne kategorien. ^fDe få med manglende informasjon om arbeidsforhold er plassert i denne kategorien. Det gjaldt kun en liten prosentandel (<5 %) i VLI-gruppen og en langt mindre andel samlet sett. ^gDenne gruppen inkluderer alle land i Vest-Europa, samt USA, Canada, Australia og New-Zealand.

3.4 Analyser av undergrupper

Formålet med denne rapporten er å gi en deskriptiv fremstilling av levekårene og livssituasjonen til barn i familier med lav inntekt, snarere enn å estimere kausale effekter av fattigdom. Vi justerer derfor ikke

analysene for bakenforliggende faktorer som kan være årsaker til lavinntekt, slik som foreldres utdanning eller arbeidsmarkedstilknytning. Å «kontrollere bort» disse faktorene ville gi et misvisende bilde av de faktiske ressursene og utfordringene disse barna lever med til daglig, ettersom slike kjennetegn ofte er en integrert del av det å vokse opp i fattigdom.

Samtidig er det avgjørende å ta hensyn til at lavinntektsgruppen er heterogen for å unngå at sammenslåtte tall skjuler viktige nyanser. Siden faktorer som migrasjonsbakgrunn systematisk samvarierer med både inntektsnivå og bruk av velferdstjenester, ville enkle gjennomsnittstall kunne tilsløre reelle sammenhenger mellom fattigdom og andre forhold. I stedet for statistisk justering, som fjerner variasjon vi ønsker å belyse, stratifiseres derfor hovedanalysene på nøkkelvariabler som migrasjonsbakgrunn og varighet av fattigdom. Denne tilnærmingen gjør det mulig å beskrive situasjonen presist for viktige undergrupper, uten å endre tolkningen av hvordan fattigdom faktisk fremtrer i befolkningen.

3.5 Analyse av kjennetegn ved barns nærmiljø

I kapitlet om barns nærmiljø benytter vi barnas skolekrets som indikator på kjennetegn ved nabolaget. Å bruke skolekrets som mål på nærmiljø er fordelaktig på mange måter. Skolen strukturerer mye av barnas hverdag, i tillegg til at den samler barn som bor i samme område, særlig på barnetrinnet. Skolekretser kan dermed gi et godt bilde av den sosiodemografiske og økonomiske sammensetningen av barns nærmiljø. I Norge er det videre relativt vanlig at barn fra ulike inntektsgrupper tilhører samme skolekrets, og vi kan derfor undersøke hvordan barns nærmiljø (målt ved kjennetegn ved skolekretsen barnet tilhører) varierer etter foreldres inntekt. Dermed kan vi vise i hvilken grad barn i ulike inntektsgrupper vokser opp i skolekretser som er ulikt sammensatt og har ulike ressurser.

Vi har tilgang til data om hvilken skole barna går på for 5., 8., 9. og 10. klassetrinn. I denne rapporten har vi valgt å ta utgangspunkt i 5. klassetrinn (10-årsalder), da dette gir et godt bilde av nærmiljøet i en viktig formativ fase av barns utvikling.

Datagrunnlaget består av 781 954 barn ved 10-årsalder, fordelt på 2 618 skolekretser i perioden 2010 til 2022. For å kartlegge forskjeller i nærmiljøressurser, sammenligner vi barn i familier med vedvarende lavinntekt med øvrige barn, samt barn på tvers av hele inntektsfordelingen. Fordi den sosiodemografiske sammensetningen varierer betydelig mellom ulike deler av landet, er mange av analysene stratifisert på fylkesnivå. Dette gjør det mulig å fange opp regionale ulikheter i hvordan nærmiljøet til barn i familier med lavinntekt skiller seg fra nærmiljøet til øvrige barn, noe som gir et mer presist bilde av de lokale oppvekstvilkårene.

For å vurdere størrelsen på forskjellene i kjennetegnene ved barns nærmiljø, benytter vi målet *Mahalanobis-avstand*. Denne metoden brukes for å sammenligne nærmiljøer på tvers av mange variabler samtidig. Ved å se flere kjennetegn i sammenheng, gir målet et samlet uttrykk for hvor store forskjellene mellom grupper er når man tar høyde for at ulike egenskaper ved et nabolag ofte henger sammen. Avstanden tolkes ut fra statistiske terskelverdier som angir om de observerte forskjellene er typiske, store eller svært store.

En mer detaljert teknisk beskrivelse av skolekretsdataene og beregningsmetodene er presentert i boks 5.1, slik at resultatene i det kapitlet kan leses selvstendig.

3.6 Analyse av kjennetegn ved familien

I kapitlet om familier presenterer vi analyser som kombinerer sosiodemografiske og økonomiske kjennetegn med helseopplysninger for foreldre som deler husholdning med barn. Formålet er å gi et helhetlig bilde av ressursituasjonen i husholdninger der barn vokser opp med vedvarende lavinntekt,

sammenlignet med øvrige husholdninger. Datagrunnlaget omfatter informasjon om 1 362 800 barn i alderen 1–17 år fra rundt 911 200 husholdninger i perioden 2008 til 2022.

Analyser i dette kapitlet er stratifisert etter migrasjonsbakgrunn og den relative varigheten barna har levd i vedvarende lavinntekt. Denne lagdelingen er nødvendig fordi migrasjonsbakgrunn er tett sammenvevd med andre sosioøkonomiske variabler, og fordi varighet har vist seg å være en avgjørende faktor for barns levekår.

En nærmere forklaring av variablene og analysene er beskrevet i boks 6.1. Ved å plassere disse detaljene i det kapitlet, kan fremstillingen av familiens ressurser og livssituasjon leses uavhengig av øvrige kapitler i rapporten.

3.7 Analyse av helsedata

Mens vi i tidligere kapitler om nabolag og familie bruker enkle indikatorer på foreldres og søskens helse som en del av konteksten for barnas oppvekstvilkår, er det barnets egne helseforhold som er det sentrale fokuset i kapittel 7 og 8. Mens kapittel 7 tar for seg spesifikke psykiske helseplager blant barn, omhandler kapittel 8 barns fysiske helseplager. Analysene er basert på detaljerte diagnosedata fra både primær- og spesialisthelsetjenesten. I dette underkapitlet beskriver vi de datamessige og metodiske hensynene som ligger til grunn for analysene i disse to kapitlene. Samtidig har vi inkludert metodebokser også i disse kapitlene (boks 7.1 og 8.1) slik at de kan leses selvstendig.

3.7.1 Definisjon og måling av helse

Helse kan forstås på flere måter, og valg av mål påvirker hvilke sammenhenger som kommer frem. I denne rapporten bruker vi registrerte diagnoser i den offentlige helsetjenesten som indikatorer på fysisk og psykisk helse. I primærhelsetjenesten benytter vi registrerte P-koder i ICPC-2 for psykiske helseplager og samtlige øvrige registrerte ICPC-2 diagnosekoder for fysiske plager. I spesialisthelsetjenesten brukes F-koder i ICD-10 for psykiske lidelser og alle andre ICD-10 diagnoser for fysiske helseproblemer.

Diagnoser gjenspeiler både helsetilstand og kontakt med helsetjenesten, og det kan variere hvor godt de fanger opp barns faktiske helse. Noen barn kan ha hyppige konsultasjoner for mindre plager, mens andre kan ha lav kontakt på grunn av barrierer som tilgjengelighet, lav helsekompetanse eller manglende tillit. Dette kan gjelde særlig foreldre med lav inntekt, som ofte er alene og/eller har innvandret til Norge. Likevel antas diagnoser satt av fastleger å være en relativt sterk indikator på vedvarende helsebehov. Legevaktbruk inngår også i analysene, selv om denne tjenesten er mer situasjonsbetinget. Diagnoser i spesialisthelsetjenesten regnes som en robust indikator på mer alvorlige eller spesifikke tilstander, siden helsehjelp der krever henvisning fra primærhelsetjenesten. Sånn sett kan spesialisthelsetjenestebruk tenkes å i mindre grad være påvirket av forskjeller i hjelpesøkende atferd direkte, selv om ulikheter i bruk av primærhelsetjenesten kan tenkes å forplante seg videre også inn i denne tjenesten.

Forskningen viser at målemetode har stor betydning for styrken på sammenhengene mellom inntekt og psykisk helse. Studier som bruker standardiserte symptomskalaer, som Strenght and Difficulties Questionnaire (SDQ), Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ) og ADHD Self-Report Scale (ASRS), finner ofte sterkere sosioøkonomiske gradienter (Bøe mfl. 2023, 2017; Befus mfl. 2025; Pryor mfl. 2019). Samtidig varierer resultatene tydelig etter hvem som rapporterer; lærere vurderer for eksempel barn fra familier med lavinntekt systematisk dårligere enn foreldrene og barna selv (Johnston mfl. 2014). Registerstudier basert på kliniske diagnoser viser gjennomgående svakere sammenhenger og regnes som mindre utsatt for slike rapporteringsskjevheter (Hynek mfl. 2022; Dobewall mfl. 2023; Lesner 2025), selv om heller ikke disse vil være nøytrale siden også de påvirkes av samspillet mellom helsepersonell og pasienter.

Tilsvarende viser også forskning om fysisk helse at sammenhenger mellom helse og inntekt er sterkest i studier basert på foreldres rapporter, men at de er svakere når barn selv rapporterer og svakest i registerstudier med objektive helsemål (Torsheim mfl. 2018; Duncan mfl. 2017; Lesner 2025). Samtidig kan helsetjenestebruk påvirkes av foreldres hjelpesøkende atferd, som varierer med blant annet migrasjonsbakgrunn og sivilstatus (Barne- og familiedepartementet 2025).

3.7.2 Analyser av helsetjenestebruk

I denne rapporten ser vi på bruken av primær- og spesialisthelsetjenestene både hver for seg og samlet. Først undersøker vi forskjeller i gjennomsnittlig antall besøk i de ulike tjenestene, før vi ser nærmere på noen spesifikke diagnoser. Vi undersøker helsetjenestebruk i tre ulike aldersgrupper: 0-5 år, 6-12 år og 13-18 år. Vi undersøker også om det er forskjeller mellom gutter og jenter. I tillegg undersøker vi forskjeller etter migrasjonsbakgrunn, inndelt i de fire samme gruppene som tidligere beskrevet. Vi skiller mellom barn med to innvandrereforeldre som selv har innvandret (førstegenerasjon) og barn med foreldre som har innvandret, men som selv er født i Norge (andregenerasjon) fordi det er vist at forekomsten og forløpet av ulike helseplager varierer noe mellom disse barna, men også fordi barrierene til helsetjenestebruk kan være ulike for disse gruppene.

3.7.3 Analyser av spesifikke diagnoser og diagnosegrupper

I analyser av spesifikke diagnoser og diagnosegrupper, estimerer vi kumulative risikoer for første forekomst av ulike diagnoser ved hjelp av overlevelsesanalyser hvor barnefattigdom kan variere over tid. ⁶ Siden modellen tar hensyn til at fattigdom endrer seg over tid, får vi ofte svakere sammenhenger mellom fattigdom og enkeltdiagnoser enn i enklere analyser som kun ser på om man var fattig eller ikke i tidlig barndom. Dette skjer fordi endringer i fattigdomsstatus varierer mellom år og dermed jevner ut forskjeller. Det vi er interessert i å undersøke her, er tidspunktet for barnets første registrerte psykiske eller fysiske diagnose (eller diagnosegruppe) i helsetjenesten vi ser på (primær- eller spesialisthelsetjenesten). Hvilke spesifikke diagnoser eller diagnosegrupper vi ser på er beskrevet i detalj i kapitlene om psykisk og fysisk helse (kapittel 7 og 8) samt i vedleggskapitlet. Eksponeringen er andelen av levde år frem til gjeldende alder som barnet har vært i vedvarende fattigdom.

For mange av diagnosene varierer forekomsten tydelig mellom gutter og jenter, og barnefattigdom henger nært sammen med migrasjonsbakgrunn, som igjen påvirker helsetjenestebruk. For å unngå feilslutninger fra for grovt aggregerte data, er derfor alle analyser av diagnoser også vist separat etter både kjønn og migrasjonsbakgrunn.

Analysene tar hensyn til at fattigdomsstatus kan endre seg fra år til år, siden eksponeringen beregnes løpende for hvert barn. For å gjøre resultatene mer tilgjengelige, presenterer vi likevel funnene etter fire nivåer av barnefattigdom. Vi deler andelen av årene barnet har levd i fattigdom inn i kategoriene aldri, sjelden (<33 %), noen ganger (33–66 %) og mesteparten av tiden (>66 %). Denne inndelingen er hensiktsmessig fordi inntektsnivået for de fleste barn endrer seg relativt lite fra ett år til det neste, slik at

⁶ En overlevelsesanalyse estimerer hvor lenge et barn kan «klare seg» uten en diagnose, og andelen nye tilfeller (insidens) er 1 minus sannsynligheten for fortsatt å være uten en diagnose. Den grunnleggende risikoen i modellen (baseline-hazard) viser sjansen for å få en diagnose når barnet ikke er utsatt for barnefattigdom, og denne risikoen kan endre seg med alder og kalenderår. Som et eksempel viser analysen av ADHD hvorfor dette er nyttig. For gutter øker risikoen gjennom skolealder og er høyest mellom 9 og 14 år, med en tydelig topp rundt 11 år. Å la eksponeringen variere over tid (tidsvarierende eksponering) gjør at barnefattigdomsindikatoren vil endre seg i takt med familiens inntekt, og en fleksibel grunnrisiko (tidsvarierende baseline-hazard) gjør at modellen kan følge det faktiske aldersmønsteret i ADHD. Modellen åpner også for at betydningen av barnefattigdom kan endre seg over tid (tidsvarierende eksponeringseffekt). Tilnærmingen er mer avansert enn enklere modeller fordi den ikke tvinger sammenhengen til å være den samme gjennom hele oppveksten.

kategoriene fanger opp meningsfulle og stabile forskjeller i oppvekstvilkår. I tabellene hvor dette målet er brukt, rapporterer vi den relative forskjellen (RD) mellom 'mesteparten' og 'aldri' samt den relative risikoen (RR) mellom disse to. Når forskjellen (RD) er negativ, betyr det at barna som har levd lengst i vedvarende lavinntekt har en lavere sannsynlighet for diagnosen enn de barna som aldri har levd i lavinntekt, mens det er motsatt når forskjellen er positiv. Er forskjellen null ($RD = 0$) er det ingen forskjell. Når risikoen (også omtalt som relativ risiko eller risikoforholdet) er lik, er $RR = 1$. Om dette tallet er større enn 1, betyr det at de barna som har levd lengst i vedvarende lavinntekt har en større sannsynlighet for å oppleve dette enn de barna som aldri har opplevd fattigdom, mens om tallet er mindre enn 1, er sannsynligheten lavere. De estimerte forskjellene (RD) og de relative risikoene (RR) som er vist i tabellene er beregnet i modeller og automatisk avrundet. Om man ser på tallene for hver fattigdomsgruppe og prøver å regne ut RD og RR fra disse, kan det være avvik på opp mot +/- 0.1 mot de estimerte verdiene.⁷

3.8 Analyse av skolerresultater og utdanning

I analysene våre om sammenhengen mellom barnefattigdom og skolerresultater bruker vi resultater fra **nasjonale prøver** på 5., 8. og 9. trinn og **grunnskolepoeng** på 10. trinn. Nasjonale prøver er standardiserte tester som gjennomføres i grunnskolen i Norge for å kartlegge elevenes ferdigheter i grunnleggende områder som lesing, regning og engelsk. Prøvene gjennomføres vanligvis på 5., 8. og 9. trinn. Formålet med prøvene er ikke å gi karakterer, men å gi informasjon til elever, lærere, foreldre og skoleledelse om elevenes kompetanse og grunnleggende ferdigheter, slik at undervisningen kan tilpasses og kvaliteten på opplæringen forbedres. Grunnskolepoeng er den samlede poengsummen som brukes ved opptak til videregående skole i Norge. Den beregnes ut fra karakterene eleven får på ungdomsskolen (1-6), og alle endelige standpunkt-karakterer og eksamens-karakterer i samtlige fag teller med. Poengene summeres og deles på antall karakterer, deretter multipliseres med 10 for å få antallet grunnskolepoeng.

For å gjøre resultatene sammenlignbare på tvers av år og trinn er alle poeng standardisert slik at gjennomsnitt og standardavvik for hver test, hvert år og hvert trinn er satt til henholdsvis 50 og 10. For trinn med nasjonale prøver er det beregnet én samlet skåre per barn ved å ta gjennomsnittet av alle tilgjengelige prøver det året. Utvalget består av 836 128 barn med skoledata fra 2009 til 2022, der hvert barn i snitt har bidratt med resultater fra 2,9 trinn. For hvert år med testresultat ble barna plassert i en inntektsgruppe (vedvarende lavinntekt eller ikke) basert på inntektsstatusen deres i samme år som teståret. Analysene beskriver skoleprestasjoner og sammenhenger generelt og viser i tillegg hvordan vedvarende lavinntekt henger sammen med resultatene når vi deler barna inn etter kjønn, foreldres utdanning og migrasjonsbakgrunn, som alle har klare koblinger til skoleprestasjoner. Resultatene er beskrivende, og analysen gir derfor ikke grunnlag for tolkninger av årsaks-sammenhenger.

3.9 Litteratursøk og bruk av KI-verktøy

Litteraturgjennomgangen er basert på et iterativt søk med fokus på kausal forskning. For å effektivisere prosessen er ulike KI-verktøy (som Elicit, NotebookLM og Azure OpenAI) benyttet til litteratursøk, feilsøking i R-kode og utforming av første tekstutkast basert på aggregerte resultattabeller. Det

⁷ Det finnes ingen universelle grenseverdier for relative forskjeller eller relativ risiko (RR) eller relative forskjeller (RD) som gjelder på tvers av kontekster. Tolkningen må derfor baseres på kontekst, størrelsen på effekten og konfidensintervaller. Likevel er det noen vanlige referansepunkter og tolkningsrammer som ofte brukes innen epidemiologi, og vi har basert våre beskrivelser av forskjeller som «små», «moderate» etc. på disse. Generelt vurderes en $RR < 0,5$ eller > 2 ofte som en moderat til sterk sammenheng, mens en RR mellom 0,5–2 vanligvis vurderes som svak til moderat, avhengig av kontekst.

understrekes at KI ikke har vært benyttet til selve dataanalysen. En detaljert beskrivelse av litteratursøket og bruk av KI-verktøy er redegjort for i vedlegget.

3.10 Metodiske styrker og begrensninger

Rapporten har flere metodiske styrker som gir et solid grunnlag for analysene. Bruken av nasjonale registerdata fra offentlig finansierte helsetjenester som omfatter hele barne- og ungdomsbefolkningen, muliggjør undersøkelse av undergrupper og sammenhenger uten at man møter på de seleksjonsproblemene som ofte preger surveybaserte studier. Bruken av detaljerte, tidsvarierende inntektsmål gir et mer presist bilde av familiens økonomiske situasjon og barnas oppvekstsvilkår enn det kun én enkelt observasjon ville gjort, samtidig som det gir mulighet til å studere betydningen av varighet. Videre gir analysene, som presenteres separat etter fylke, migrasjonsbakgrunn og varigheten av lavinntekt, mulighet til å avdekke heterogenitet som ellers kunne ha blitt oversett. Kombinasjonen av forskjellige datakilder og en rekke mål på forskjellige nivåer gir et bredt og flerdimensjonalt innblikk i hvordan levekår er relatert til helse, skole og nærmiljø.

Det er imidlertid viktig å være klar over flere begrensninger. Diagnoser og helsetjenestebruk reflekterer ikke bare barns faktiske helse, men også variasjoner i tilgjengelighet, hjelpesøkende atferd og kulturelle forståelser av helse og symptomer. Registerdata fanger heller ikke opp forhold som omsorgspraksis, foreldres stressnivå, familiens sosiale nettverk eller andre mekanismer som kunne forklart sammenhenger mellom fattigdom og ulike aspekter i barns liv. Vi har heller ikke informasjon om bruk av helprivate helsetjenester. Mer problematisk er det at vi ikke har informasjon om lavterskelbruk av andre helsetjenester, som helsestasjon og skolehelsetjenesten, hverken totalt sett eller etter foreldres inntekt. Vi har heller ikke informasjon om deltakelsen i barnevaksinasjonsprogrammet varierer etter foreldres inntekt. Det er imidlertid dokumentert at denne deltakelsen varierer etter foreldres landbakgrunn, og den er klart høyest blant barn med norskfødte foreldre (Bentdal mfl. 2025). Siden barn med migrasjonsbakgrunn er overrepresentert blant barn som vokser opp i fattigdom, er data på deltakelse i barnevaksinasjonsprogrammet etter foreldres inntekt noe det vil være hensiktsmessig for fremtidige studier å framskaffe.

Det er også viktig å understreke at analysene kun er deskriptive og dermed ikke tillater tolkninger om årsakssammenhenger. De identifiserer med andre ord mønstre og gradienter, men kan ikke si noe om hvilke mekanismer eller årsaker som ligger bak dem. Målet på nærmiljø, som er basert på skolekretser, representerer en stabil og meningsfull geografisk enhet, men fanger ikke nødvendigvis opp mer finmaskede variasjoner i lokale levekår.

Samlet innebærer disse forholdene at nivåforskjellene i de ulike målene må tolkes med varsomhet, mens de overordnede gradientene og de tverrgående mønstrene i sammenhengene fremstår som mer robuste. Selv om metodiske forbehold demper noe av tolkningen av funnene, så svekker de ikke hovedkonklusjonene, men minner oss om at statistiske beskrivelser ikke fullt ut kan fange kompleksiteten i barns oppvekstsvilkår.

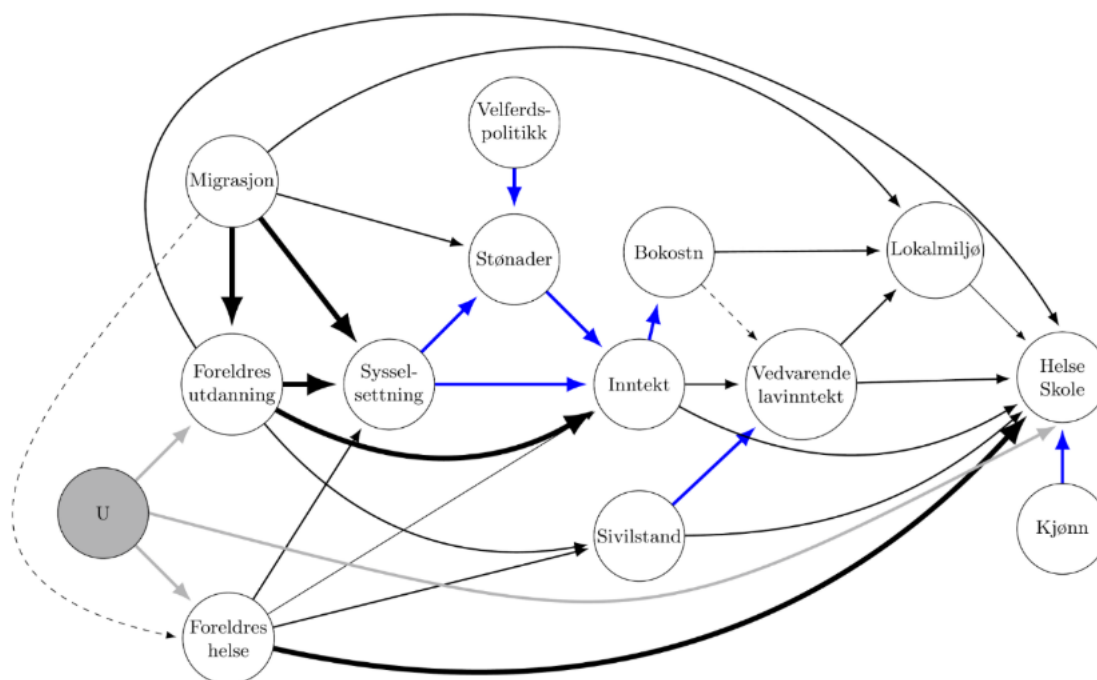
4 Rammeverk og litteraturgjennomgang

Litteraturgjennomgangen i dette kapitlet utgjør det første steget i rapportens metodiske tilnærming, der hensikten er å identifisere variabler og mekanismer med dokumentert kausal betydning for livssituasjonen til barn som vokser opp i fattigdom. Gjennomgangen belyser for det første hvordan ulike kjennetegn ved foreldre er årsaksmessig relatert til familiens inntektsnivå og risikoen for barnefattigdom. For det andre undersøkes det hvordan kjennetegn ved foreldre, lavinntekt og kvaliteten på nærmiljøet er kausalt knyttet til barns oppvekstvilkår, med særlig vekt på sammenhenger med barns helse og skoleprestasjoner. Gjennomgangen av den kausale litteraturen underbygger at det er avgjørende å se på både ytre faktorer som familie og nærmiljø i tillegg til mer individuelle kjennetegn ved barna selv for å få en helhetlig forståelse av barnas livssituasjon og utviklingsmuligheter.

Denne litteraturgjennomgangen danner det faglige grunnlaget for rapportens andre steg, der de identifiserte variablene benyttes i beskrivende analyser av norske registerdata. Selv om litteraturen identifiserer mulige årsakssammenhenger, er analysene i rapporten kun av deskriptiv karakter og belyser hvordan kjennetegn ved familier og nærmiljø, samt forhold ved barnas helse og skolegang, er fordelt i barnebefolkningen. Videre består analysene i rapporten av å undersøke hvordan disse faktorene systematisk varierer med migrasjonsbakgrunn samt etter geografisk lokasjon (fylke) og varigheten på eksponeringen for vedvarende lavinntekt i oppveksten.

4.1 Konseptuelt rammeverk

Litteraturgjennomgangen tar utgangspunkt i en konseptuell modell basert på teoriene til Bronfenbrenner (2000) og Dahlgren og Whitehead (1991). Disse rammeverkene beskriver hvordan individuelle faktorer og miljøfaktorer sammen påvirker barns utvikling og sykelighet. Ved å anvende disse prinsippene har vi utformet hypoteser om kausale sammenhenger basert på forskningslitteraturen. Modellen belyser hvordan kjennetegn ved foreldre påvirker risikoen for lav inntekt, og hvordan det å vokse opp i familier med vedvarende lavinntekt virker inn på barns utfall. Denne modellen er visualisert som en rettet asyklisk graf (forkortet DAG, «Directed Acyclic Graph») i figur 4.1. Figuren oppsummerer de antatte årsakssammenhengene mellom migrasjonsbakgrunn, foreldrekjennetegn, familiens økonomi og barnas livssituasjon. Pilene i grafen angir direkte kausale relasjoner. For å gjøre kunnskapsstatusen tydelig, er pilenes utforming vektet etter i hvilken grad de enkelte sammenhengene er støttet av empirisk kausal evidens fra eksisterende forskning. Mens noen relasjoner er solid dokumentert gjennom nordiske registerstudier, hviler andre på mer komplekse eller mindre entydige forskningsfunn.



Figur 4.1: Årsaker og konsekvenser av vedvarende lavinntekt (barnefattigdom). Modellen illustrerer de antatte sammenhengene mellom migrasjonsbakgrunn, foreldrekjennetegn og barns livssituasjon, der pilenes utforming gjenspeiler styrken på det empiriske kunnskapsgrunnlaget presentert i dette kapitlet.

Note: **Svært tykke sorte piler** indikerer sammenhenger med solid kausal støtte fra nordisk og internasjonal forskning. **Blå piler** representerer strukturelle forhold og etablerte mekanismer i samfunnet. Dette innebærer formelle regler i velferdsstaten, slik som sammenhengen mellom inntektsnivå og rett til ytelser, eller hvordan prismekanismene i boligmarkedet fungerer. **Middels tykke piler** indikerer sammenhenger med moderat empirisk støtte eller der overførbarheten mellom ulike nasjonale kontekster er mer debattert. **Tynne piler** angir komplekse sammenhenger med svak eller sprikende kausal støtte. Stiplede eller grå piler representerer antatte sammenhenger hvor det er lite eller manglende empirisk evidens. U angir uobserverte faktorer som genetiske forhold eller andre bakenforliggende ressurser i familien.

Modellen identifiserer ulike typer variabler som er sentrale for å forstå ulikhet i barns oppvekstvilkår:

- **Oppstrømsfaktorer:** Dette er grunnleggende kjennetegn ved foreldrene (som utdanning og helse), migrasjonsbakgrunn og politiske rammebetingelser som legger premissene for foreldrenes tilknytning til arbeidsmarkedet og husholdningens inntektsnivå.
- **Mellomliggende variabler:** Inntekt og bokostnader fungerer som mekanismer som formidler effekten fra oppstrømsfaktorene videre, for eksempel ved å avgjøre hvilket nabolag og nærmiljø familien har mulighet til å bosette seg i.
- **Nedstrømsfaktorer:** Dette er faktorene som ligger tettest på barnas hverdag, deriblant familiens økonomiske ressurser (lavinntekt) og kvaliteten på nærmiljøet, som direkte påvirker barnas **helse og skoleprestasjoner**.

Selv om mye av den gjennomgåtte litteraturen som danner grunnlaget for denne modellen er internasjonal, retter rapportens egne empiriske analyser seg spesifikt mot norske forhold. Våre beskrivende analyser undersøker hvordan disse variablene fordeler seg og samvarierer i den norske barnebefolkningen, med særlig søkelys på barn som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt.

4.2 Litteraturgjennomgang: Empirisk kunnskap om årsaker til og konsekvenser av barnefattigdom

I denne litteraturgjennomgangen har vi primært inkludert forskning fra nordiske land som gir empirisk evidens for årsakssammenhenger. Et sentralt utvalgsriterium er bruk av metodiske grep for kausal identifikasjon, som kvasi-eksperimentelle design, som muliggjør slutninger om effekter fremfor rene assosiasjoner. For temaer der nordisk kausal forskning er begrenset, har vi inkludert relevant internasjonal litteratur. Vi har også inkludert assosiasjonsstudier i tilfeller der disse benytter omfattende kontroll for konfunderende variabler og sensitivitetsanalyser som styrker sannsynligheten for en kausal sammenheng. Nordisk forskning som utelukkende rapporterer enkle assosiasjoner uten et robust grunnlag for effekt-evaluering, er som hovedregel utelatt.

4.2.1 Strukturelle rammebetingelser og kjennetegn ved foreldre som årsaker til fattigdom

Utdanning fremstår som en av de tydeligste bakenforliggende årsakene til variasjon i husholdningers inntektsnivå. Nordiske studier viser at høyere utdanning øker sannsynligheten for sysselsetting, og at inntektsveksten gjennom livsløpet også er brattere for personer med høy utdanning (Bhuller mfl. 2017). For foreldre som har innvandret, er formell godkjenning av deres utdanning fra hjemlandet en avgjørende faktor. Svensk forskning indikerer at slik godkjenning kan løfte sysselsettingsraten med over fire prosentpoeng, noe som gir direkte utslag i familiens økonomi (Tibajev og Hellgren 2019). Motsatt kan manglende uttelling for utdanning fra hjemlandet føre til at innvandrere blir stående utenfor arbeidsmarkedet, til tross for medbrakte kvalifikasjoner (Dustmann mfl. 2024).

Foreldres helse, og spesielt den psykiske helsen, henger tett sammen med familiens økonomiske situasjon. Finsk forskning dokumenterer at alvorlige psykiske lidelser diagnostisert i ung voksen alder har en sterk negativ sammenheng med senere sysselsetting og inntekt (Hakulinen mfl. 2019). Forholdet mellom helse og økonomi ser ut til å være gjensidig forsterkende. Et plutselig inntektsfall kan utløse psykiske plager som svekker arbeidsevnen ytterligere (Ridley mfl. 2020), og helseproblemer som oppstår plutselig hos foreldre kan øke risikoen for samlivsbrudd, noe som igjen kan bidra til å redusere husholdningens inntekt drastisk (Bünnings mfl. 2021).

Migrasjonsbakgrunn er en strukturell faktor som forklarer en betydelig del av forekomsten av barnefattigdom i Norge. Studier i norsk kontekst viser at høy innvandring og svakere arbeidsmarkedstilknytning i enkelte grupper står for en stor andel av økningen i vedvarende lavinntekt

de siste tiårene (Eika og Langørgen 2025). Tidspunktet for ankomst til Norge ser her ut til å være avgjørende; barn som innvandrer sent i barndommen eller i tenårene, har høyere risiko for å motta sosiale ytelser som voksne sammenlignet med de som ankommer tidligere (Hermansen 2017). Dette mønsteret er tydeligst for barn med bakgrunn fra land der flukt er en vanlig innvandringsårsak (Hermansen 2017; Lemmermann og Riphahn 2018).

I bred forstand legger også velferdsstatens utforming premissene for inntektsutviklingen i familier som står utenfor arbeidsmarkedet. Selv om flere i utsatte grupper har kommet i arbeid, har for eksempel ytelser til barnefamilier vokst saktere enn den generelle lønnsveksten, noe som har bidratt til at fattigdomsratene ikke har sunket tilsvarende (Eika og Langørgen 2025). Politiske innstramminger har heller ikke alltid ønsket effekt; en dansk studie fant at reduserte ytelser til flyktninger økte fattigdommen og kriminaliteten uten å forbedre integreringen i arbeidsmarkedet (Dustmann mfl. 2024). Samtidig tyder norske funn på at utformingen av trygdeytelser kan skape insentiver som påvirker arbeidsdeltakelsen negativt (Myhre 2021; Storo 2024).

4.2.2 Nærmiljø og boligmarkedet som sorteringsmekanisme

Forskningslitteraturen belyser videre at familiens inntekt fungerer som en sorteringsmekanisme i boligmarkedet ved å avgjøre hvilke nabolag husholdningen har tilgang til. Høyere kjøpekraft gir mulighet til å bosette seg i områder med bedre skoler, tryggere omgivelser og flere ressurser, da slike kvaliteter ofte reflekteres i boligprisene (Chetty og Hendren 2018; Bayer mfl. 2004). Denne dynamikken fører til at barn i familier med lav inntekt systematisk samles i nabolag med færre muligheter for sosial og økonomisk mobilitet (Deluca mfl. 2019; Markussen og Røed 2022). Slike områder kjennetegnes ofte av lavere utdanningsnivå, høyere arbeidsledighet og en større andel leietakere (Alm og Fjellborg 2020).

For familier med migrasjonsbakgrunn forsterkes denne sorteringen av både økonomiske barrierer og preferanser. Svenske studier viser at personer med utenlandsk bakgrunn må ha vesentlig høyere inntekt enn majoritetsbefolkningen for å flytte ut av ressursvake områder (Alm og Fjellborg 2020). Samtidig drives bosettingsmønsteret også av at minoritetsfamilier søker seg til områder med minoriteter, mens majoritetsbefolkningen i noen grad unngår disse nabolagene (Andersen 2016). Resultatet er en geografisk opphopning av levekårsutfordringer som både bidrar til å forme barns daglige oppvekstmiljø samt forsterke forskjeller barn når det gjelder deres utviklingsmuligheter (Alm og Fjellborg 2020; Andersen 2016).

4.2.3 Betydningen av kjennetegn ved foreldre og nærmiljø for barns utvikling og muligheter

Kvaliteten på nærmiljøet har direkte konsekvenser for barns utvikling og fremtidige muligheter. Oppvekst i områder med konsentrerte levekårsutfordringer kan over tid føre til at barn henger etter i språklig utvikling, en ulempe som også kan vedvare selv etter at familien flytter til mer ressurssterke strøk (Sampson 2008; Sharkey 2016). Studier av flyttemønstre viser imidlertid at varigheten av eksponeringen til et ressursvakt oppvekstmiljø er sentral; for hvert år et barn bor i et ressurssterkt nabolag, øker sannsynligheten for høyere inntekt i voksen alder (Chetty og Hendren 2018). Effekten av miljøskifter ser samtidig ut til å variere med kjønn, der jenter ofte drar nytte av å flytte til bedre områder, mens gutter i noen tilfeller kan oppleve negative konsekvenser (Kling mfl. 2007; Sharkey 2016).

Sammenhengen mellom foreldrenes sosioøkonomiske bakgrunn og barnas helse fremstår ofte som svakere i forskning som isolerer direkte årsaker, enn i studier som bare viser brede mønstre. En britisk studie av en skolereform fant for eksempel at foreldrenes økte utdanning hadde liten direkte effekt på barnas helse (Lindeboom et al., 2009). Forskning fra Tyskland viser ingen beskyttende effekt av mors utdanning på barnas psykiske helse som voksne. For døtre ble det i enkelte tilfeller observert negative

utslag (Graeber og Schnitzlein 2018). Studier av økonomiske endringer gir mer nyanserte funn. Blant barn i svenske familier som vant i lotto, førte økt rikdom til lavere risiko for fedme. Det ga likevel ingen utslag i barnas skoleprestasjoner eller kognitive ferdigheter (Cesarini mfl. 2016). Andre tiltak viser tydeligere sammenhenger mellom inntekt og helse. Økte skattefordeler for barnefamilier i Canada bidro til bedre testresultater og bedre helse, selv om resultatene varierte mellom gutter og jenter (Milligan og Stabile 2011). Videre viser en studie at det å løftes ut av en situasjon med vedvarende lavinntekt reduserte atferdsproblemer hos barna (Costello et al., 2003). Dette endret imidlertid ikke forekomsten av angst eller depresjon. På den andre siden tyder forskning på at fars tap av jobb kan svekke helsen til barn som vokser opp i familier med lav inntekt (Schaller og Zerpa 2015).

Valg av analysemetode er avgjørende for hvilke årsakssammenhenger som avdekkes mellom familieøkonomi og barns utvikling og skoleprestasjoner. Enkle, lineære modeller antar ofte at en inntektsøkning har samme effekt uavhengig av familiens opprinnelige inntekt. Slike modeller kan tyde på liten effekt. Bruk av ikke-lineære metoder viser derimot at høyere inntekt har en betydelig positiv betydning for barns utdanning og kognitive ferdigheter (Løken mfl. 2012). Denne effekten er mest fremtredende for barn som vokser opp i familier i lavere inntektsgrupper. Til sammenligning førte økt disponibel inntekt gjennom subsidiert barnepass i Norge til betydelig bedre karakterer på ungdomsskolen (Black mfl. 2014). Dette kan tyde på at økonomiske ressurser påvirker læringsutbyttet direkte, men at virkningen avhenger av hvordan ressursene tilføres husholdningen. For skoleprestasjoner viser tvilling- og adopsjonsstudier svakere sammenhenger enn enklere assosiasjonsstudier, noe som tyder på at seleksjon og genetiske faktorer forklarer mye av samvariasjonen mellom foreldres sosioøkonomiske bakgrunn og barnas skoleprestasjoner (Holmlund mfl. 2011). Svenske adopsjonsdata antyder for eksempel at mors utdanning primært påvirker barnet gjennom faktorer som er til stede før fødsel, mens fars inntekt har større betydning gjennom oppvekstmiljøet (Björklund mfl. 2006). Det er imidlertid viktig å understreke at utvalgene i slike studier ofte ikke er representative for hele befolkningen. Resultatene gjenspeiler derfor ikke nødvendigvis årsakssammenhenger som gjelder generelt, noe som krever en forsiktig tolkning av de deskriptive mønstrene

Utviklingen over tid viser at familiebakgrunn har fått økende betydning for barns skoleprestasjoner. For årskullene født mellom 1986 og 2005 har sammenhengen mellom foreldrenes inntektsrangering og barnas karakterer i ungdomsskolen blitt stadig sterkere. Barn som vokser opp i familier med lav inntekt har i denne perioden falt etter sine jevnaldrende (Markussen og Røed 2023). Denne økningen i ulikhet skjer til tross for at utbygging av barnehager og økt lærertetthet i skolen beviselig har bidratt til sosial utjevning. Samtidig anslår nyere studier av tvillinger og adopterte at rent sosiale mekanismer – som foreldrenes investeringer, støtte og barnas oppvekstmiljø – forklarer omtrent en femtedel av den totale likheten i sosioøkonomisk status mellom foreldre og barn (Van Hootegem mfl. 2025). Dette tyder på at enkle assosiasjonsstudier kan overdrive miljøets betydning hvis man ser bort fra genetisk slektskap. Forfatterne understreker imidlertid at dette anslaget bør ses som en nedre grense for miljøets påvirkning, ettersom slike studieutvalg ikke er fullt ut representative for befolkningen. Litteraturen viser samlet sett at selv om arv forklarer mye av likheten mellom generasjoner, har både familiens økonomiske ressurser og målrettede offentlige tiltak dokumentert betydning for barns utvikling.

4.2.4 Begrensninger og konklusjon

Selv om hovedtrekkene i den konseptuelle modellen har solid empirisk støtte, er enkelte sammenhenger mer usikre. Det er for eksempel metodisk krevende å fastslå nøyaktig hvordan foreldres helse påvirker inntekt, da få studier har klart å isolere årsaksretningen presist (Ridley mfl. 2020; Pollack mfl. 2010). Effekten av boligøkonomiske virkemidler er også kompleks; en norsk studie fant at økt bostøtte ikke entydig ga bedre levekår, dels på grunn av samspillet med andre velferdsytelser (Storo 2024). Videre varierer betydningen av migrasjonsbakgrunn for sysselsetting sterkt avhengig av hvor overførbar kompetansen fra hjemlandet er til det norske arbeidsmarkedet (Dustmann mfl. 2024).

Til tross for enkelte usikkerhetsmomenter, gir litteraturgjennomgangen like fullt et tydelig bilde av at barns livssituasjon formes av et samspill mellom ulike faktorer. De gjennomgåtte studiene bekrefter nødvendigheten av å se foreldres ressurser, nærmiljøets kvalitet og forhold ved barna selv i sammenheng (Bergman mfl. 2024; Deluca mfl. 2019). Familieøkonomi og kjennetegn ved foreldre legger rammene for hvor barna vokser opp, noe som igjen påvirker deres helse og skolegang. Denne innsikten danner det faglige fundamentet for rapportens videre analyser av norske registerdata.

5 Nærmiljø og geografisk konsentrasjon av fattigdom

Litteraturgjennomgangen i kapittel 4 viste at kvaliteten på nærmiljøet har direkte konsekvenser for barns helse, utvikling og fremtidige muligheter. I denne forstand fungerer familiens økonomi som en sorteringsmekanisme i boligmarkedet, der kjøpekraft avgjør hvilke nabolag husholdningen har mulighet til å bosette seg i. Høyere kjøpekraft gir tilgang til områder med flere ressurser, mens barn i familier med lav inntekt systematisk samles i nabolag med færre muligheter for sosial og økonomisk mobilitet. Nærmiljøet utgjør dermed en viktig mellomliggende faktor som former de faktiske rammene for barnas hverdag. Kartleggingen av disse forholdene i Norge i dette kapitlet retter derfor søkelyset mot hvordan nabolagets sosioøkonomiske sammensetning og strukturelle kvaliteter varierer systematisk mellom barn som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt og øvrige barn.

5.1 Hva litteraturen viser

Nærmiljøet et barn vokser opp i fungerer som en viktig ramme for barnets livssjanser, og former utviklingsløpet innen utdanning, helse og økonomisk selvstendighet. Selv om familieforhold fortsatt er den viktigste drivkraften for barns utvikling, viser en omfattende forskningslitteratur på årsakssammenhenger at kjennetegn ved nærmiljøet også har en selvstendig betydning for barns utviklingsmuligheter. I USA viser eksperimentelle data fra Moving to Opportunity-studien (MTO) og kvasi-eksperimentelle analyser av familier, at det å flytte til områder med lavere fattigdom i barndommen bidrar til å øke sannsynligheten for at barna fullfører høyere utdanning og får høyere inntekt i voksen alder (Chetty mfl. 2016; Chetty og Hendren 2018). Effektene er i stor grad avhengige av varigheten på eksponeringen til fattigdom; hvert ekstra år man bor i et område med økte ressurser og muligheter er forbundet med bedre langsiktige utfall, noe som indikerer at nærmiljøet kan ha en kumulativ påvirkning gjennom barndommen (Chetty og Hendren 2018).

I en nordisk kontekst, der velferdsstaten søker å utjevne muligheter gjennom universelle tjenester, kunne man forvente at betydningen av nærmiljøet spiller en mindre rolle. Nyere forskning fra Norge utfordrer imidlertid denne antakelsen. Studier basert på administrative data viser at sammenhengen mellom foreldres inntekt og barns skoleprestasjoner faktisk har styrket seg over tid, og at økt segregering i skolen bidrar til å forsterke sosiale forskjeller (Markussen og Røed 2023).

Samtidig viser nyere forskning at betydningen av nærmiljøet for skoleutfall varierer sterkt mellom barn, avhengig av deres akademiske forutsetninger. Borgen og Zachrisson (2025) finner at nærmiljøets sosioøkonomiske sammensetning har størst betydning for elever som har et potensial for prestasjoner like under gjennomsnittet (mellom 20. og 50. persentil). Både elever med svært høyt og svært lavt akademisk potensial påvirkes i langt mindre grad av kvaliteten på nærmiljøet. Dette tyder på at barns individuelle sårbarhet og styrker er en avgjørende faktor for "hvem" nærmiljøet har betydning for (Borgen og Zachrisson, 2025).

5.1.1 Definisjon av kvalitet på nærmiljøet

Kvaliteten på et nærmiljø forstås vanligvis som et flerdimensjonalt begrep som omfatter materielle, sosiale og organisatoriske strukturer i et lokalsamfunn (Brattbakk og Andersen 2017). I kvantitativ forskning operasjonaliseres kvalitet på nærmiljøet oftest i form av den sosioøkonomiske statusen til innbyggerne. Vanlige indikatorer er samlede mål for inntekt, utdanningsnivå, arbeidsledighet og andelen enslige forsørgere (Wodtke mfl. 2011; Fenelon mfl. 2022). I nyere forskning har man også definert kvaliteten på nærmiljøet ved å bruke mål på intergenerasjonell mobilitet for å identifisere områder som gir bedre utfall for barn uavhengig av familiens ressurser (Chetty og Hendren 2018). I norsk sammenheng defineres kvaliteten på nærmiljøet ofte gjennom innbyggernes gjennomsnittlige inntektsrangering, et mål som fanger opp området relative sosioøkonomiske posisjon (Markussen og

Røed 2018). I tillegg forstås kvaliteten på nærmiljøet i økende grad som noe som kan knyttes til strukturelle og institusjonelle forhold, som kvaliteten på lokale skoler og forekomst av barnevernssaker, samt helseindikatorer som reflekterer det bredere psykososiale miljøet (Fenelon mfl. 2022; Brattbakk og Andersen 2017).

5.1.2 Forskjeller i nærmiljøkjennetegn: internasjonale og nordiske perspektiver

Internasjonalt er det store forskjeller i bolig- og nærmiljøforhold mellom barn som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt og barn i øvrige husholdninger. I USA er familier med lav inntekt ofte konsentrert i områder preget av opphopning av levekårsbelastninger, høy kriminalitet og svakere offentlige tjenester (Sampson 2008). Forskning viser at disse mønstrene ikke bare reflekterer preferanser, men i stor grad drives av strukturelle barrierer og reaktiv mobilitet. Dette innebærer at familier med lav inntekt ofte flytter ufrivillig som følge av ustabile boforhold, og ender opp i områder med høyere forekomst av fattigdom og kriminalitet (Deluca mfl. 2019). Som følge av dette utsettes barn i husholdninger med lav inntekt systematisk for miljømessige belastninger og mangel på institusjonelle ressurser, som forsterker ulemper på familienivå (Wodtke mfl. 2011).

I de nordiske landene er ekstreme boligområder med omfattende utenforskap sjeldne, men både sosioøkonomisk og etnisk segregering har økt i de større byene siden årtusenskiftet (Markussen og Røed 2018). Norske data viser at barn som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt i økende grad er konsentrert i bestemte byområder som kjennetegnes av en opphopning av levekårsutfordringer (Brattbakk og Andersen 2017). Nyere analyser av drivkreftene bak barns levekår i Norge peker på at endringer i befolkningssammensetningen, særlig knyttet til innvandring, bidrar til disse geografiske konsentrasjonene (Eika og Langørgen 2025). Barn med migrasjonsbakgrunn, som utgjør en stor andel av barna i husholdninger med lav inntekt, bor ofte i nærmiljøer med lavere gjennomsnittlig inntekt og utdanningsnivå enn majoritetsbefolkningen (Eika og Langørgen 2025). Videre er det å bo i leid bolig, som er langt vanligere blant familier med lav inntekt, forbundet med høyere grad av trangboddhet og andre typer nærmiljøutfordringer enn det som er vanlig blant boligeiere (Eika og Langørgen 2025). Dermed møter barn som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt i Norge, til tross for velferdsstatens omfordelende mekanismer, systematisk andre lokale omgivelser når det gjelder sosiodemografisk sammensetning og jevnaldningsmiljø enn barn i øvrige familier.

5.1.3 Vektlegging av nærmiljø i rapporter fra norske myndigheter

Flere rapporter fra norske myndigheter identifiserer gjennomgående nærmiljøkvalitet som en sentral del av barns levekår og som en viktig driver for sosial ulikhet. Folkehelseinstituttet beskriver nærmiljøet som en grunnleggende kilde til trygghet og tilhørighet, og understreker at levekår ikke bare handler om familieøkonomi, men også om det umiddelbare psykososiale og fysiske miljøet (Aase, Holt, og Helland 2022). Nylige ekspertutvalg for barns levekår og sosial mobilitet, peker på at familier med lav inntekt ofte er begrenset til å bosette seg i områder med høyere nivåer av forurensning og støy, samt mangel på trygge uteområder og fritidstilbud. Disse områdene er også ofte preget av trangboddhet, høy kriminalitet og mangel på sosiale møteplasser (Ekspertgruppen om barn i fattige familier 2024).

Rapportene omtaler betydningen av nærmiljø særlig gjennom utdanningsutfall og sosial mobilitet. Stoltenberg-utvalget fremhever at den sosioøkonomiske sammensetningen i nærmiljøet påvirker skoleprestasjoner, og viser at flytting fra et lavinntektsområde til et område med middels inntektsnivå kan gi bedre karakterer og høyere fremtidig inntekt (Stoltenberg mfl. 2019). Samtidig understrekes det at sammenhengen ikke er lineær; oppvekst i områder med aller høyest inntektsnivå gir ikke nødvendigvis bedre utfall enn middelklasseområder, blant annet fordi sammenligning med svært ressurssterke jevnaldrende kan virke negativt. Det finnes også indikasjoner på at gutter kan være mer sårbare enn jenter for negative effekter av å vokse opp i vanskeligstilte nærmiljøer (Stoltenberg mfl. 2019).

For å møte disse utfordringene fremhever myndighetene områdesatsinger som et sentralt virkemiddel. Disse satsingene retter seg mot geografiske områder med høy konsentrasjon av fattigdom og sammensatte levekårsutfordringer (Eika og Langørgen 2025; Ekspertgruppen om barn i fattige familier 2024). Målet er å forbedre fysiske omgivelser, som parker og møteplasser, samtidig som lokale tjenester og sosiale nettverk styrkes (Ekspertgruppen om barn i fattige familier 2024). Samtidig påpeker rapportene at det finnes begrenset kunnskap om de konkrete effektene av slike nærmiljøtiltak på barns helse og utvikling (Ekspertgruppen om barn i fattige familier 2024). En nylig sluttevaluering av områdesatsingene i Oslo gir imidlertid ny innsikt i disse prosessene. Rapporten dokumenterer positive effekter på beboernes tilhørighet til nærområdene (Agenda Kaupang og Asplan Viak 2025). Når det gjelder utfall knyttet til utdanning og arbeid, finner evalueringen begrensede direkte effekter. Forfatterne understreker at satsingenes kompleksitet gjør det vanskelig å gjennomføre en streng kausal evaluering, og analysen vurderer derfor tiltakenes sannsynlige bidrag fremfor å isolere nettoeffekter.

5.2 Resultater: Nærmiljø og geografisk konsentrasjon

I det følgende presenterer vi analyser av norske registerdata som kombinerer sosiodemografiske forhold, økonomi, skoleresultater og helseopplysninger for personer i barnas nærmiljø, her definert som foreldre og barn fra den samme skolen. Slik får vi et helhetlig bilde av den gjennomsnittlige situasjonen i nærmiljøer der barn vokser opp med vedvarende lavinntekt, sammenlignet med den gjennomsnittlige situasjonen for barn som ikke vokser opp i fattigdom. I boks 5.1 beskrives data og metode, mens boks 5.2 gir en leseveiledning til de etterfølgende figurene. Først presenterer vi resultater basert på sosioøkonomiske og demografiske forhold, deretter ser vi på skole og psykisk helse. Kapittelet avsluttes med en helhetlig framstilling som viser nærmiljøprofiler og oppsummerer flere nærmiljøegenskaper for å synliggjøre de samlede forskjellene mellom nærmiljøer til barn som vokser opp i fattigdom og nærmiljøer til barn som ikke gjør det.

Boks 5.1. En nærmere beskrivelse av data, metode og analyser

I dette kapitlet er det *skolekretser* som er fokus for analysene. Skolekretser brukes for å beskrive nærmiljøet barna bor i. Kjennetegn for hver skolekrets lages ved å aggregere data for alle foreldre og barn ved én skole, og så beregne et gjennomsnitt basert på utvalgte variabler innen skolekretsen, som for eksempel foreldres utdanning og inntekt samt elevers resultater på nasjonale prøver.

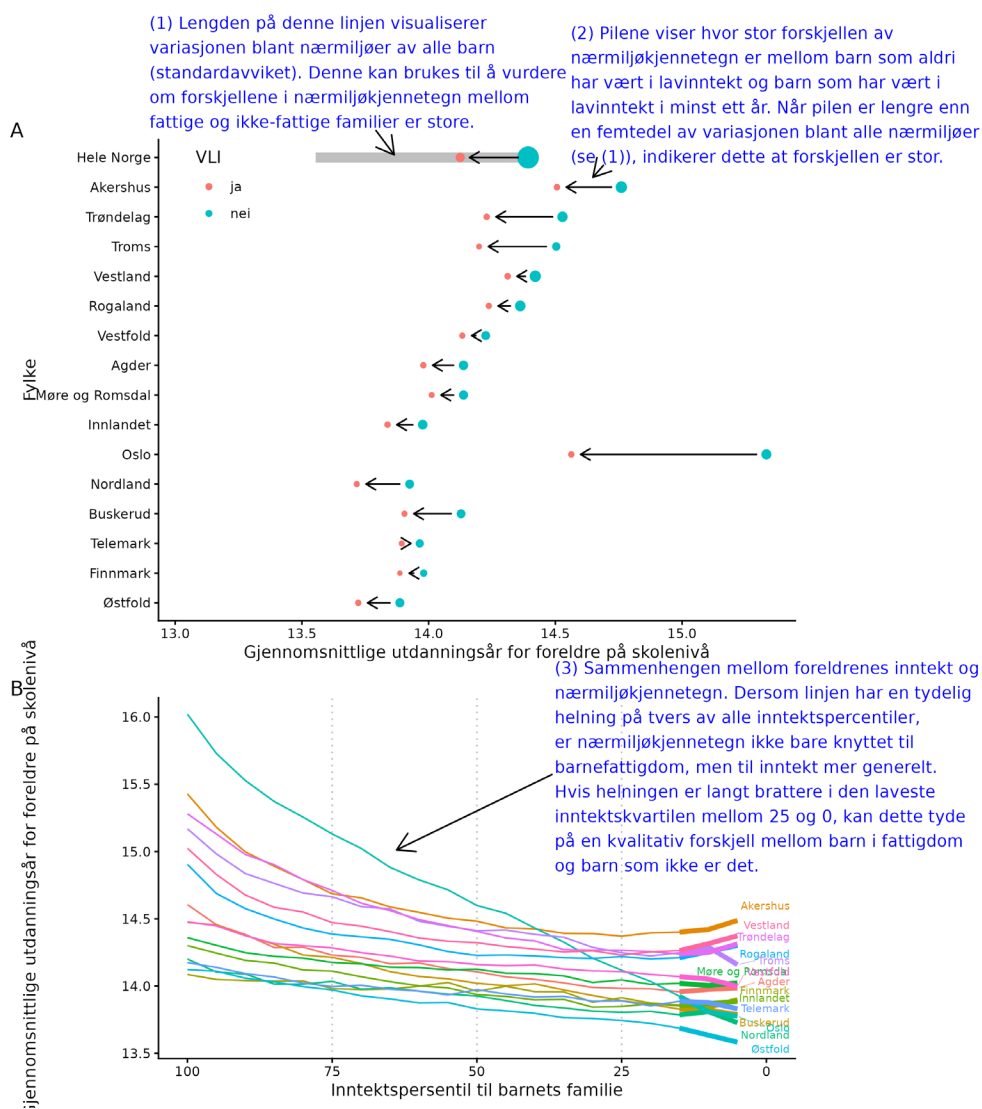
Ettersom barn fra ulike inntektsgrupper tilhører samme skolekrets, undersøker vi de gjennomsnittlige skolekretskjennetegnene for barn i vedvarende lavinntekt med de samme skolekretskjennetegnene for øvrige barn. Analysene er basert på data om 781 954 10-åringer fra 2 618 skolekretser i årene 2010 til 2022. Denne fremgangsmåten viser i hvilken grad barn i ulike inntektsgrupper vokser opp i skolekretser som er ulikt sammensatt og har ulike ressurser. Sammenligningen mellom barn i vedvarende lavinntekt og andre barn er vist i panel A i alle påfølgende figurer. I tillegg til sammenligningen vist i panel A, har vi også beregnet forskjeller mellom barn som bor i familier som tilhører ulike inntektspersentiler (altså et mer nyansert bilde av variasjonen etter foreldres inntekt). Resultatene fra disse analysene er vist i panel B i alle påfølgende figurer.

Ettersom den sosiodemografiske sammensetningen varierer betydelig mellom norske fylker, og dette reflekteres i forskjeller mellom og innad i skolekretser, presenterer vi fylkesvise resultater i tillegg til resultater på nasjonalt nivå.

Vi gjør to ulike analyser: I den første sammenligner vi barn i vedvarende lavinntekt med alle andre barn. Disse resultatene er vist i panel A i alle påfølgende figurer. I den andre analysen sammenligner vi barn i familier som tilhører ulike inntektspersentiler, som gir et mer nyansert bilde av variasjonen etter foreldres inntekt. Resultatene fra disse analysene er vist i panel B i alle påfølgende figurer.

Boks 5.2. Hvordan lese resultatfigurene

Øverste del, panel A, viser forskjeller i ulike egenskaper ved nærmiljøet mellom inntektsgrupper, gruppert etter migrasjonsbakgrunn. Hovedinformasjonen i panel A er pilen som markerer forskjellen mellom barn som har vært i vedvarende fattigdom og barn som aldri har vært det. For å supplere de grove inntektsgruppene i panel A, viser panel B sammenhengen mellom ulike inntektspercentiler og nærmiljøkjennetegn. Hovedinformasjonen her er nivåforskjellene mellom fylkene og helningen på sammenhengen mellom inntekt og nærmiljøkjennetegn. Merk at variabelen på x-aksen i panel B er den samme som vises på y-aksen i panel A. Les også beskrivelsen av viktige deler av figuren i lesehjelpen nedenfor.

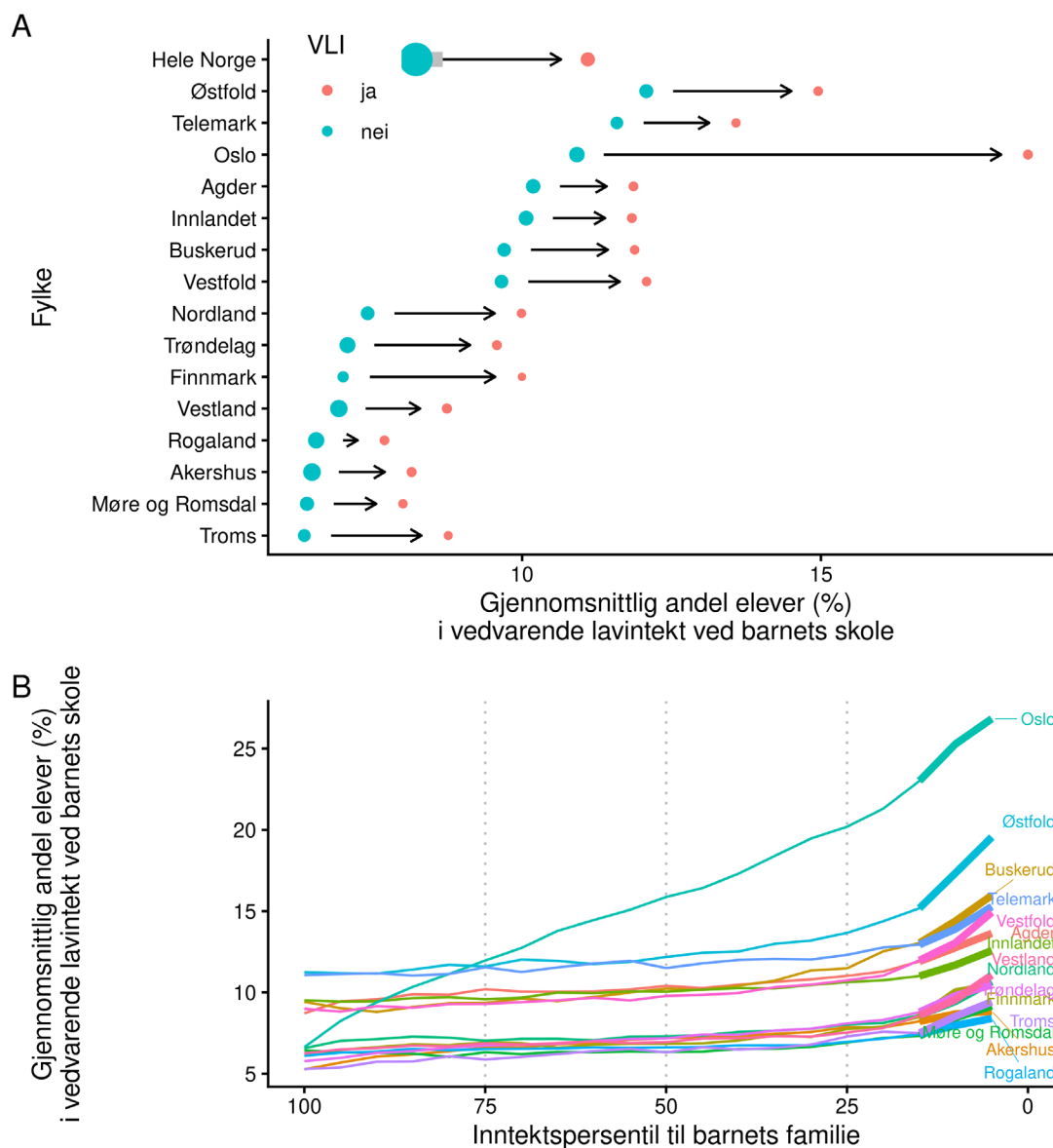


5.2.1 Andel elever i vedvarende lavinntekt

På landsbasis er den gjennomsnittlige andelen barn fra familier med lavinntekt 8,4 prosent per skole. Barn i vedvarende lavinntekt går på skoler med en høyere andel elever fra familier med lavinntekt (11,1 %) enn andre barn (8,2 %) (se figur 5.1 A). Dette tilsvarer en forskjell på 2,9 prosentpoeng, som vurderes som moderat sammenlignet med variasjonen mellom skoler. Det er også betydelige forskjeller mellom fylkene i andelen barn fra familier med lavinntekt ved de ulike skolene. Mens andelen er høye i Oslo (11,3 %), Østfold (12,3 %) og Telemark (11,7 %), er de betydelig lavere i for eksempel Rogaland (6,6 %) og Akershus (6,5 %). Avstanden mellom de blå og oransje prikkene i figur 5.1 A illustrerer forskjeller

mellom barn i vedvarende lavinntekt og andre barn. I Oslo er forskjellen hele 7,5 prosentpoeng og vurdert som stor. Dette innebærer at Oslo er mer segregert enn andre fylker. Til sammenligning er forskjellene svært små (prikkene ligger tett) for Rogaland (1,1 %) og Møre og Romsdal (1,6 %).

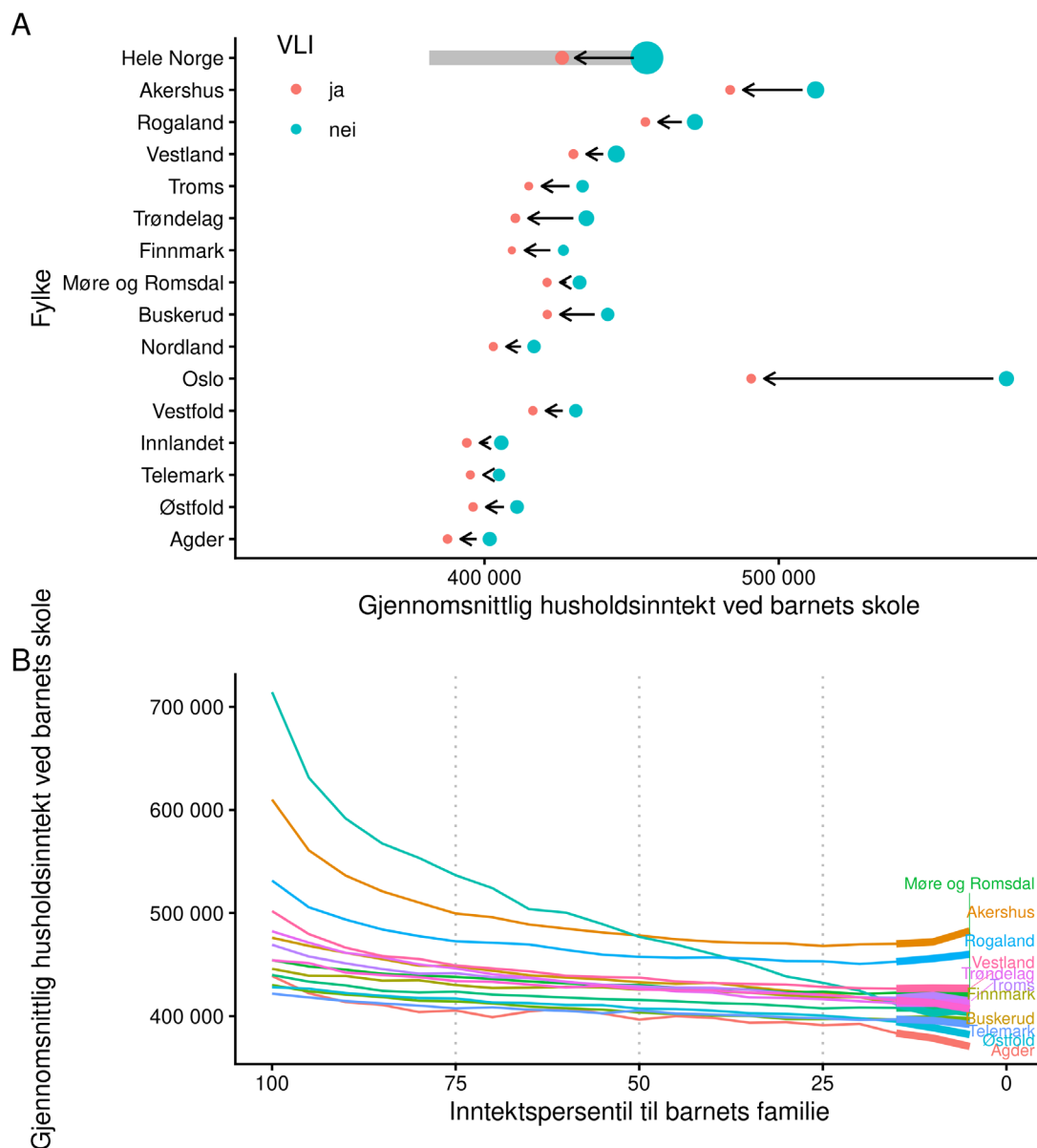
Figur 5.1 B viser en tydelig inntektsgradient: høyere ekvivalensvektet husholdningsinntekt henger sammen med lavere andel lavinntekts-elever på skolen. Dette er mest markant i laveste inntektskvartil og i Oslo, hvor andelen faller med om lag 6,8 prosentpoeng i første inntektskvartil og 3,6 prosentpoeng i andre kvartil. Dette peker mot et moderat gruppeskille kombinert med en jevn gradient gjennom inntektsfordelingen.



Figur 5.1: Gjennomsnittlig andel elever (%) i vedvarende lavinntekt ved barnets skole. Panel A viser verdien fordelt på ulike inntektsgrupper og etter fylke. Pilen markerer forskjellen i ekvivalensvektet husholdningsinntekt på skolenivå, der gjennomsnittet er beregnet separat for elever i ulike inntektsgrupper. VLI = vedvarende lavinntekt. Størrelsen på punktene angir størrelsen på de ulike inntektsgruppene. Den tynne grå linjen viser hvor mye nærmiljøer, målt som skolekretser, samlet sett varierer. Panel B viser sammenhengen med gjennomsnittlig inntektspersentil for en skole som et kontinuerlig mål på inntekt. Den uthevede delen av linjen indikerer hvilke inntektspersentiler som sannsynligvis ligger under fattigdomsgrensen.

5.2.2 Husholdningsinntekt

Barn i vedvarende lavinntekt går på skoler med lavere gjennomsnittlig husholdningsinntekt enn andre barn, med tydelige fylkesvise forskjeller (se figur 5.2 A). Nasjonalt ligger gjennomsnittlig inntekt ved landets skoler på rundt 454 000 kroner. Barn i vedvarende lavinntekt går på skoler der gjennomsnittet er rundt 426 600 kroner, mens dette tallet er om lag 455 500 kroner for øvrige barn. Forskjellen er –29 000 kroner og vurderes som moderat sammenlignet med variasjonen mellom skoler.



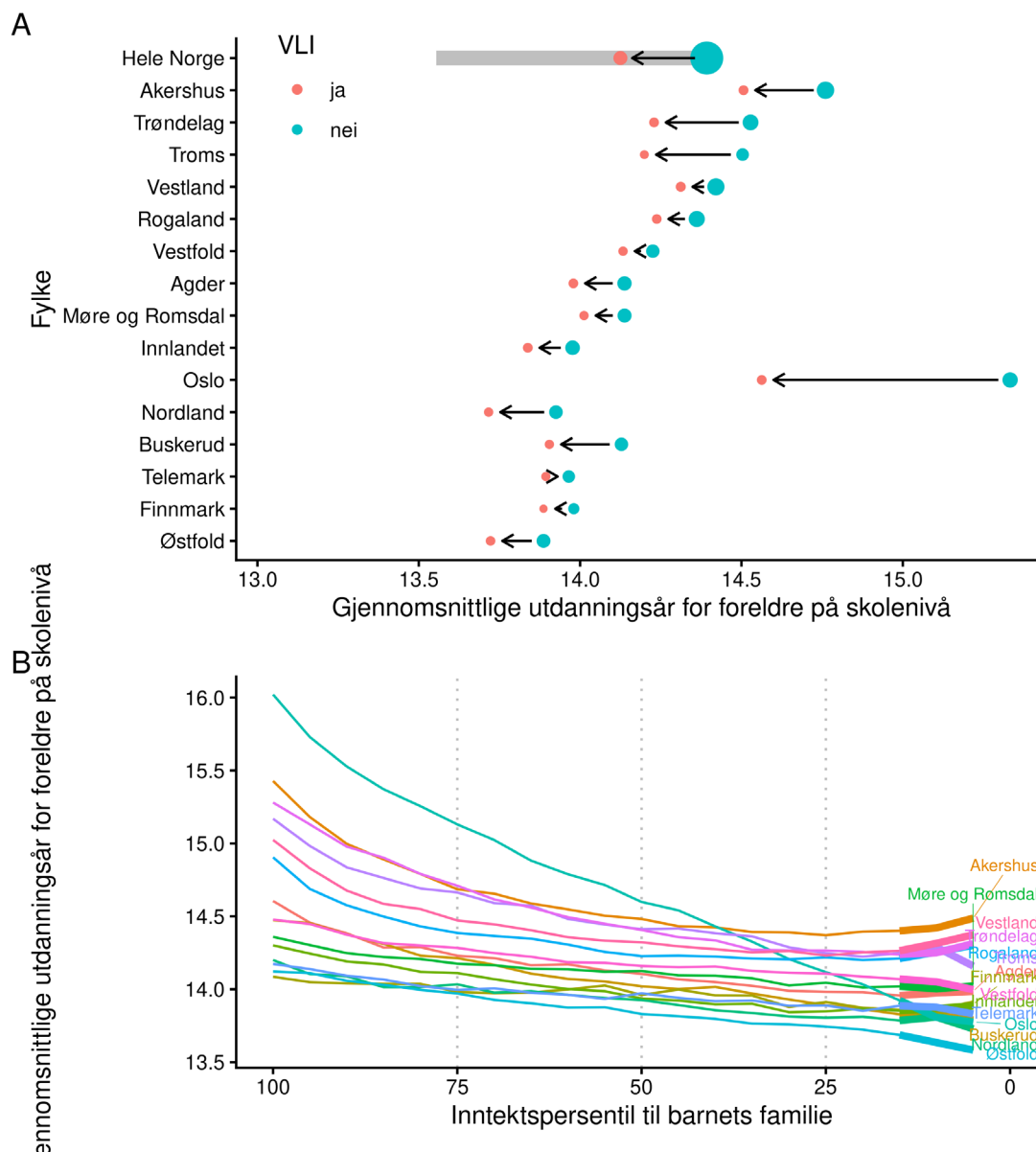
Figur 5.2: Gjennomsnittlig ekvivalensvektet husholdningsinntekt ved barnets skole. Panel A viser verdien fordelt på ulike inntektsgrupper og etter fylke. Pilen markerer forskjellen i gjennomsnittlig ekvivalensvektet husholdningsinntekt på skolenivå for barn som vokser opp i fattigdom og barn som ikke gjør det. VLI = vedvarende lavinntekt. Størrelsen på punktene angir størrelsen på de ulike inntektsgruppene. Den tykkere grå linjen viser hvor mye nærmiljøer, målt som skolekretser, samlet sett varierer. Panel B viser sammenhengen med gjennomsnittlig inntektspersentil for en skole som et kontinuerlig mål på inntekt. Den uthevede delen av linjen indikerer hvilke inntektspersentiler som sannsynligvis ligger under fattigdomsgrensen.

Det er store regionale variasjoner i gjennomsnittlig inntektsnivå blant familier i ulike skolekretser. Oslo ligger høyest (573 000 kroner), mens Telemark og Innlandet ligger lavt, og Agder aller lavest (401 000). Forskjellen mellom barn som vokser opp i fattigdom og andre barn er størst i Oslo (86 500), moderat i Akershus, Trøndelag og Buskerud, og liten i Telemark, Møre og Romsdal og Innlandet. Figur 5.2 B viser en tydelig inntektsgradient: høyere ekvivalensvektet husholdningsinntekt henger sammen med høyere gjennomsnittsinntekt på skolen, særlig i øverste inntektskvartil. Forskjellen fra laveste til høyeste inntektspersentil innen den øverste inntektskvartilen er svært stor i Oslo (161 000), og klart større enn variasjonen mellom skoler. Den er også tydelig i Akershus og Rogaland, mens det er svake sammenhenger i Finnmark, Telemark og Østfold. I laveste kvartil er sammenhengen svak og til dels negativ i Akershus og Rogaland, og svak til moderat i de midtre kvartilene i de fleste fylker. Dette viser at vi både ser et tydelig skille mellom barn i fattigdom og andre barn, men også en gjennomgående inntektsgradient, med kraftige forskjeller i Oslo og ellers små til moderate fylkesvise variasjoner.

5.2.3 Foreldres utdanningsnivå

Vi har målt foreldres utdanningsnivå som gjennomsnittlig antall år med utdanning hos begge foreldre (der det er to foreldre). *Figur 5.3 A* viser at foreldrenes gjennomsnittlige utdanningsnivå på skolene hvor barn fra familier med lavinntekt går, er lavere enn for andre barn, og forskjellen er størst i Oslo. Som vist i *figur 5.3 A* er landsgjennomsnittet 14,4 år. Foreldre til barn fra familier med lavinntekt har gjennomsnittlig 14,1 års utdanning, mens foreldre til øvrige barn ligger på 14,4 år, et avvik på -0,3 år, vurdert som moderat sammenlignet med variasjonen mellom skoler.

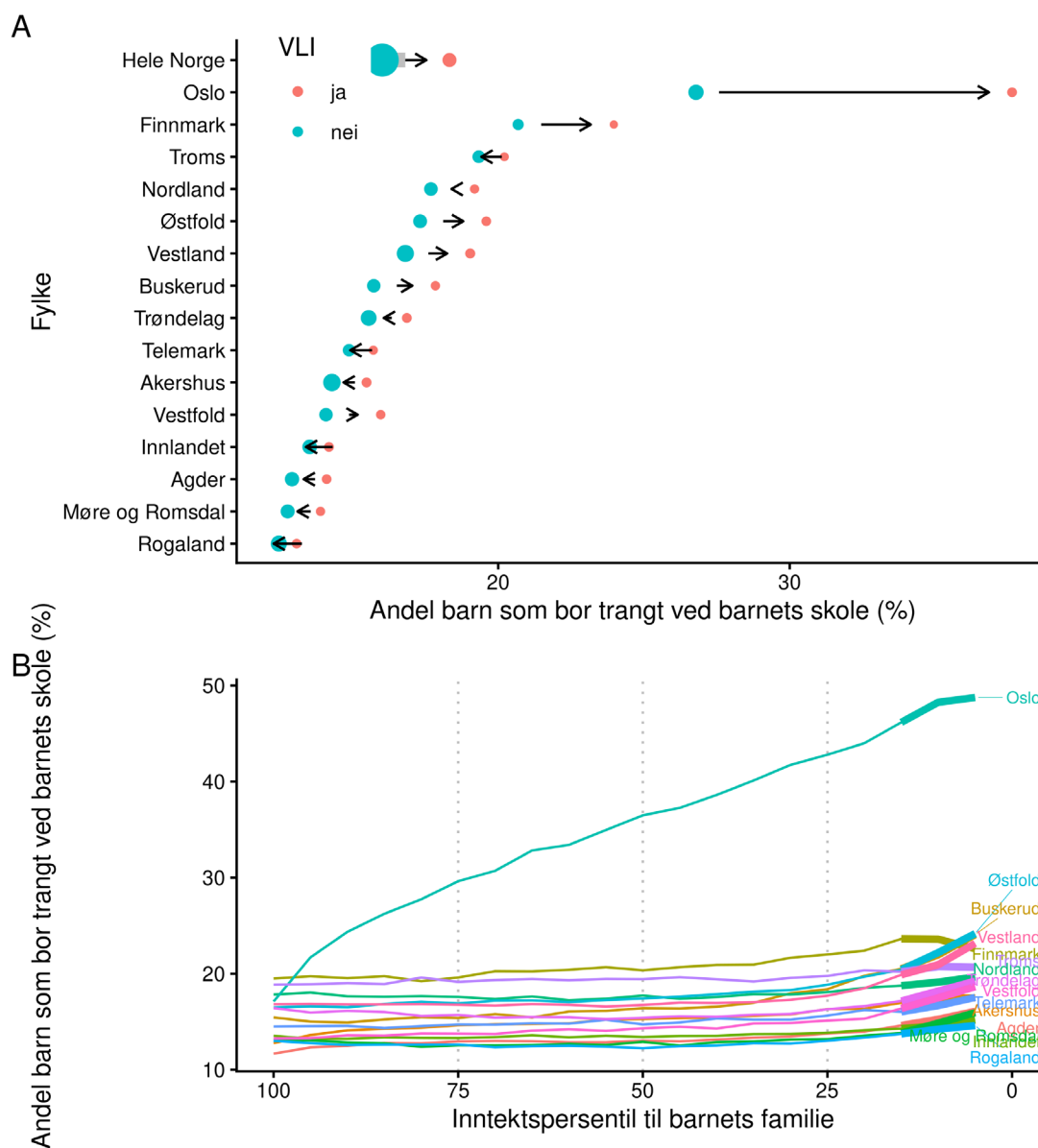
Oslo har det høyeste utdanningsnivået (15,29 år), mens Østfold ligger lavest (13,88 år). Forskjellen mellom barn i familier med lavinntekt og andre barn er stor i Oslo (0,77 år), moderat i Troms, Trøndelag, Akershus og Buskerud, liten i Vestfold og ubetydelig i Telemark. Som vist i *figur 5.3 B*, er inntektsgradienten tydelig: Høyere ekvivalensvektet husholdningsinntekt henger sammen med høyere utdanningsnivå ved skolen, særlig i øverste inntektskvartil. Forskjellen fra laveste til høyeste inntektspersentil innen øverste kvartil er størst i Oslo (0,77 år) og Akershus (0,64), og tydelig i Troms, Trøndelag og Vestland. I laveste kvartil er sammenhengen svak eller blandet, og nær null i Finnmark. Resultatene indikerer en moderat forskjell mellom barn fra familier med lavinntekt og andre barn, med stor forskjell i Oslo, og en klar inntektsgradient som er sterkest i øverste kvartil og relativt lik på tvers av fylker.



Figur 5.3: Gjennomsnittlig antall utdanningsår blant foreldre, beregnet på skolenivå. Panel A viser verdien fordelt på ulike inntektsgrupper og etter fylke. Pilen markerer forskjellen i antall utdanningsår blant foreldre på skolenivå, der gjennomsnittet er beregnet separat for elever i ulike inntektsgrupper. VLI = vedvarende lavinntekt. Størrelsen på punktene angir størrelsen på de ulike inntektsgruppene. Den tynne grå linjen viser hvor mye nærmiljøer, målt som skolekretser, samlet sett varierer. Panel B viser sammenhengen med gjennomsnittlig inntektspersentil for en skole som et kontinuerlig mål på inntekt. Den uthevede delen av linjen indikerer hvilke inntektspersentiler som sannsynligvis ligger under fattigdomsgrensen.

5.2.4 Trangboddhet

Trangboddhet er assosiert med en rekke levekårsutfordringer for barn, inkludert begrensede muligheter for livsutfoldelse, økt familiestress og sosiale barrierer i nabolaget (Bakken, 2020). Nasjonalt ligger andelen barn som bor trangt på 16,1 prosent (se figur 5.4 A). Barn i familier med lavinntekt går på skoler med høyere forekomst av trangboddhet enn andre barn (18,3 % vs. 16,0 %). Forskjellen er 2,3 prosentpoeng og vurderes som liten sammenlignet med variasjonen mellom skoler (standardisert differanse 0,25).



Figur 5.4: Andel barn som bor trangt ved barnets skole (%). Panel A viser verdien fordelt på ulike inntektsgrupper og etter fylke. Pilen markerer forskjellen i andel barn som bor trangt (%) på skolenivå, der gjennomsnittet er beregnet separat for elever i ulike inntektsgrupper. VLI = vedvarende lavinntekt. Størrelsen på punktene angir størrelsen på de ulike inntektsgruppene. Den tynne grå linjen viser hvor mye nærmiljøer, målt som skolekretser, samlet sett varierer. Panel B viser sammenhengen med gjennomsnittlig inntektspersentil for en skole som et kontinuerlig mål på inntekt. Den uthevede delen av linjen indikerer hvilke inntektspersentiler som sannsynligvis ligger under fattigdomsgrensen.

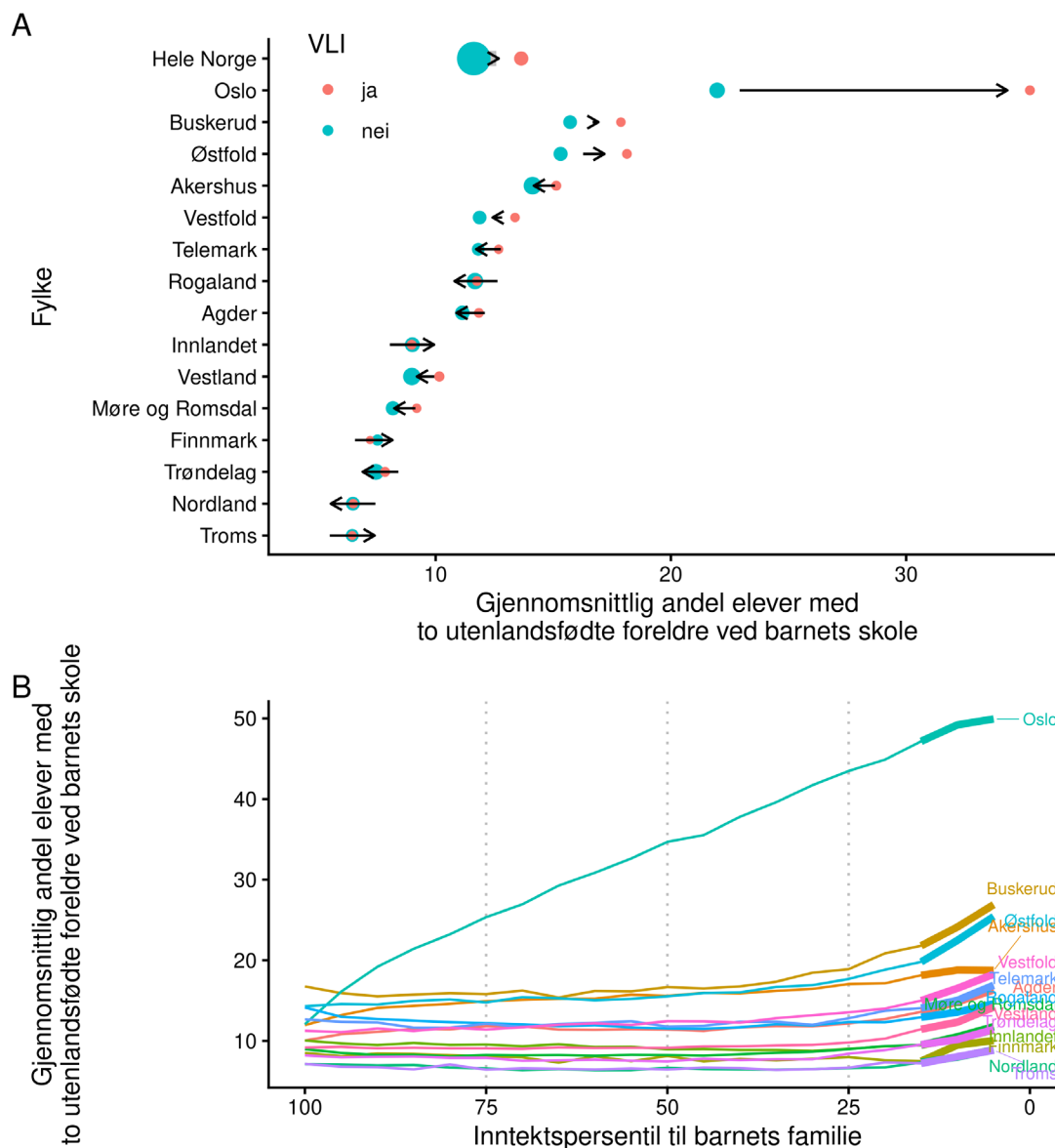
Oslo skiller seg tydelig ut med den høyeste andelen av trangboddhet (27,3 %), mens flere fylker ligger lavt, særlig Rogaland, Møre og Romsdal og Agder (rundt 12–13 %). Forskjellen mellom barn i familier med lavinntekt og andre barn er stor i Oslo (11,0 prosentpoeng; standardisert differanse 1,18) og moderat i Finnmark (3,3; 0,35). I Rogaland, Innlandet, Troms og Telemark er forskjellene ubetydelige.

Som vist i figur 5.4 B, henger høyere inntekt gjennomgående sammen med lavere trangboddhet fra laveste til høyeste inntektspersentil, og er tydeligst i laveste inntektskvartil (for eksempel Buskerud –5,8 %). I de midtre kvartilene er forskjellene små (omtrent –0,5 til 0,5 %), mens Oslo også har tydelige fall i øverste kvartil (–10,6 %). Noen fylker viser en svakt positiv sammenheng i øverste kvartil, som Trøndelag

og Møre og Romsdal (0,8 % og 0,7 %). Dataene indikerer små forskjeller mellom inntektsgrupper nasjonalt, mens vi i Oslo ser en tydelig inntektsgradient med tydelige og store avvik.

5.2.5 Andel elever med to utenlandsfødte foreldre

Gjennomsnittlig andel elever med to utenlandsfødte foreldre ved barnets skole er noe høyere for barn fra familier med lavinntekt enn for andre barn, med store forskjeller i Oslo. På landsbasis ligger gjennomsnittet på 11,7 prosent (se figur 5.5 A). Barn fra familier med lavinntekt går på skoler der 13,6 prosent av foreldrene er utenlandsfødte, mot 11,6 prosent for andre barn, en forskjell på 2,0 prosentpoeng, vurdert som liten sammenlignet med variasjonen mellom skoler.



Figur 5.5: Gjennomsnittlig andel elever med to utenlandsfødte foreldre ved barnets skole. Panel A viser verdien fordelt på ulike inntektsgrupper og etter fylke. Pilen markerer forskjellen i andel elever med to utenlandsfødte foreldre på skolenivå, der gjennomsnittet er beregnet separat for elever i ulike inntektsgrupper. VLI = vedvarende lavinntekt. Størrelsen på punktene angir størrelsen på de ulike inntektsgruppene. Den tynne grå linjen viser hvor mye nærmiljøer, målt som skolekretser, samlet sett varierer. Panel B viser sammenhengen med gjennomsnittlig

inntektspersentil for en skole som et kontinuerlig mål på inntekt. Den uthevede delen av linjen indikerer hvilke inntektspersentiler som sannsynligvis ligger under fattigdomsgrensen.

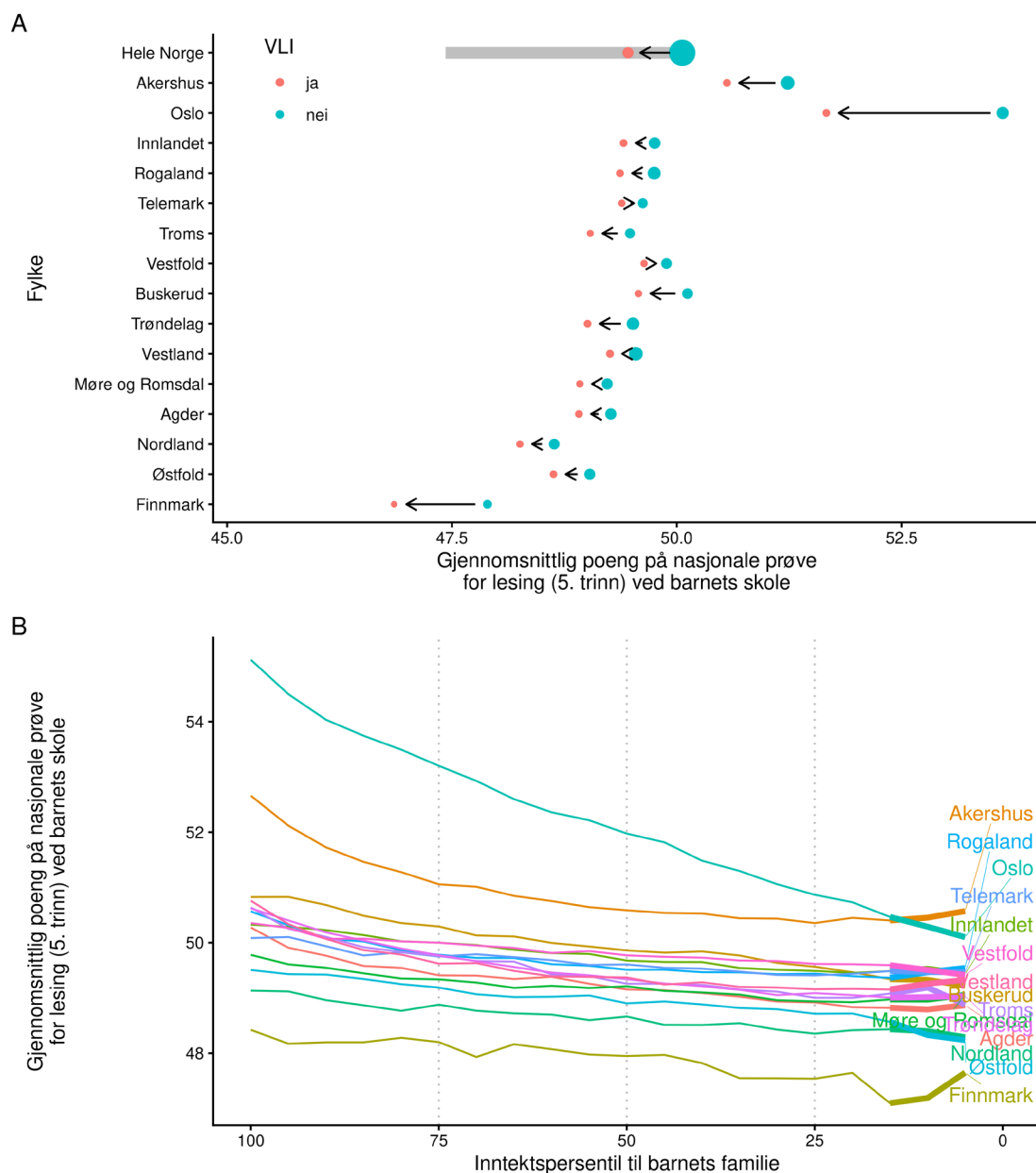
Oslo har den klart høyeste andelen barn med to utenlandsfødte foreldre (22,6 %), fulgt av Buskerud og Østfold. De laveste andelene finner vi i Nordland og Troms (begge 6,4) samt Trøndelag og Finnmark. Forskjellen i andeler mellom barn fra familier med lavinntekt og andre barn er svært stor i Oslo (13,4 prosentpoeng; som er stort relativt til variasjonen mellom skoler), liten i Østfold og Buskerud, og ubetydelig eller fraværende i de fleste andre fylker, for eksempel Telemark og Rogaland.

Figur 5.5 B viser forskjellen fra laveste til høyeste inntektspersentil innen hvert kvartil. Høyere inntekt henger gjennomgående sammen med lavere andel to utenlandsfødte foreldre i Oslo, med negative sammenhenger i alle inntektskvartiler og sterkest i øverste kvartil (-11,1). Innen nederste inntektskvartil er sammenhengen moderat negativ i mange fylker, for eksempel Buskerud (-8,2) og Østfold (-7,8), mens midtre kvartiler viser svake eller blandede mønstre. Flere vestlige og nordlige fylker har små endringer gjennom inntektsfordelingen, og noen har svakt positive tall i høyere kvartiler. Oppsummert er forskjellen mellom barn fra familier med lavinntekt og andre barn liten på landsbasis, men markant i Oslo, mens innteksgradienten ellers er svak og bare delvis til stede i nederste inntektskvartil.

5.2.6 Resultater på nasjonale prøver i lesing på 5. trinn

Gjennomsnittlige poeng på nasjonale prøver i lesing ved skolen er litt lavere for barn i familier med lavinntekt enn for andre barn, og forskjellene er små i de fleste fylker. Nasjonalt ligger nivået rundt 50 poeng (se figur 5.6 A), hvor barn i familier med lavinntekt ligger på 49,5 poeng og andre barn ligger på 50,1 poeng. Forskjellen er -0,6 poeng og liten sammenlignet med variasjonen mellom skoler. Oslo har det høyeste gjennomsnittet (53,5 %), mens Finnmark ligger lavest (47,8 %). Forskjellen mellom innteksgruppene er størst i Oslo (-1,96 poeng), og er vurdert som stort relativt til variasjonen mellom skoler. I Finnmark er forskjellen -1,04 poeng (moderat), mens forskjellene ellers er små (ca. -0,2 til -0,7).

Figur 5.6 B viser en innteksgradient der høyere ekvivalensvektet husholdningsinntekt oftest henger sammen med høyere lesepoeng i skolen. Sammenhengen er svak sammenlignet med forskjeller mellom fylker i de fleste fylker utenom Oslo, den kan være negativ i laveste kvartil i enkelte fylker, men blir tydelig i øverste kvartil. Oslo har jevnt over sterkest gradient på tvers av kvartiler (differanser mellom 0,77 og 1,63 poeng fra laveste til høyeste prosentil innen kvartilen), og Akershus har også en klar øvre-kvartil-effekt (1,38). Flere fylker har små endringer i de to laveste kvartilene, men moderat til tydelig endring i den øverste, for eksempel i Vestland (0,97) og Troms (0,81). Enkelte fylker viser svak øvre-kvartil-effekt, som Finnmark (0,14). Oppsummert er poengene på nasjonale prøver i lesing noe lavere for barn i familier med lavinntekt enn for andre barn, med små forskjeller i de fleste fylker, moderate forskjeller i Finnmark, men med markant større forskjeller i Oslo.



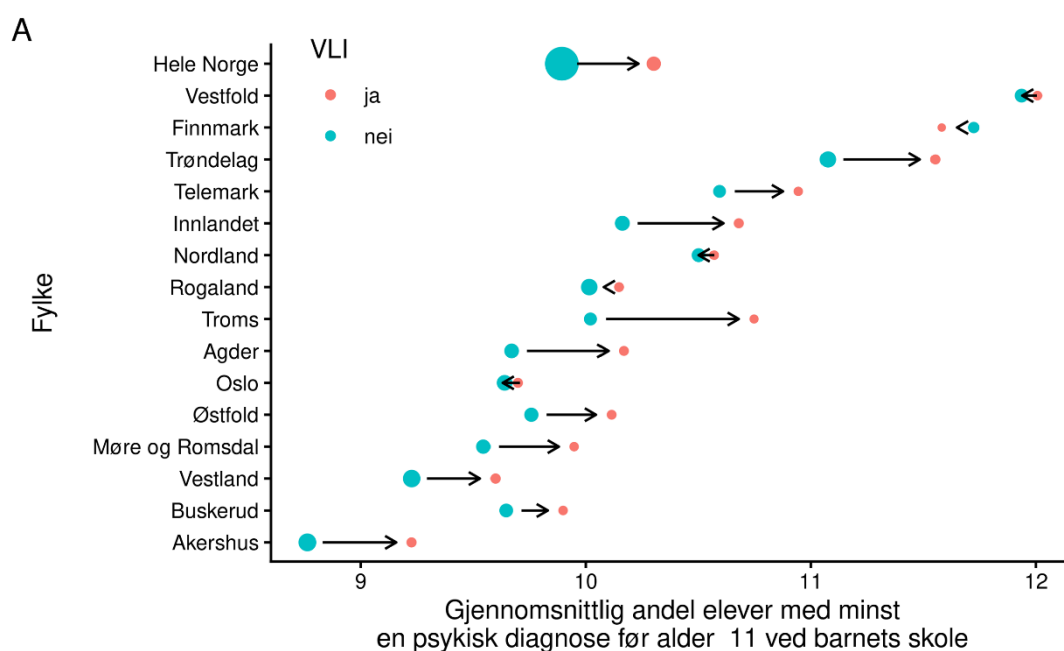
Figur 5.6: Gjennomsnittlig poeng på nasjonale prøve for lesning (5. trinn) ved barnets skole. Panel A viser verdien fordelt på ulike inntektsgrupper og etter fylke. Pilen markerer forskjellen i poeng i nasjonale prøve for lesning (5. trinn) på skolenivå, der gjennomsnittet er beregnet separat for elever i ulike inntektsgrupper. VLI = vedvarende lavinntekt. Størrelsen på punktene angir størrelsen på de ulike inntektsgruppene. Den tynne grå linjen viser hvor mye nærmiljøer, målt som skolekretser, samlet sett varierer. Panel B viser sammenhengen med gjennomsnittlig inntektspersentil for en skole som et kontinuerlig mål på inntekt. Den uthevede delen av linjen indikerer hvilke inntektspersentiler som sannsynligvis ligger under fattigdomsgrensen.

5.2.7 Andel elever med en psykisk diagnose

Nasjonalt ligger andelen elever med minst én psykisk diagnose i spesialisthelsetjeneste før fylte 11 år på rundt 9,9 prosent. Andelen er litt høyere på skoler der barn i vedvarende lavinntekt går (se figur 5.7 A), men forskjellen er liten sammenlignet med variasjonen mellom skoler (0,40 prosentpoeng). Barn i familier med vedvarende lavinntekt går altså på skoler med noe høyere forekomst av psykiske diagnoser enn øvrige barn, men forskjellen er marginal.

Nivået varierer mellom fylker: Vestfold har høyeste gjennomsnitt (11,94 %) mens Akershus ligger lavest (8,76 %). De største gruppeforskjellene finner man i Troms (0,68) og Innlandet (0,52), men også disse forskjellene er små relativt til variasjonen mellom skoler (se figur 5.7 A). Det er sannsynlig at forskjeller mellom fylker ikke bare speiler reelle variasjoner i sykkelighet, men også ulik praksis for diagnostikk og behandling. Flere fylker har ubetydelige forskjeller mellom barn i de to inntektsgrupper, med Oslo nær null (0,01) og Finnmark svakt negativt (-0,16).

Analysen av kontinuerlig inntekt viser en tydelig nedgang i øverste inntektskvartil, særlig i Trøndelag (-0,75), mens laveste kvartil ofte har svak positiv sammenheng, særlig i Buskerud (0,64). Oppsummert indikerer resultatene små forskjeller mellom barn i familier med vedvarende lavinntekt og øvrige barn, men en inntektsgradient som er tydeligst i øvre kvartil og relativt konsistent på tvers av fylker (med unntak av Finnmark).



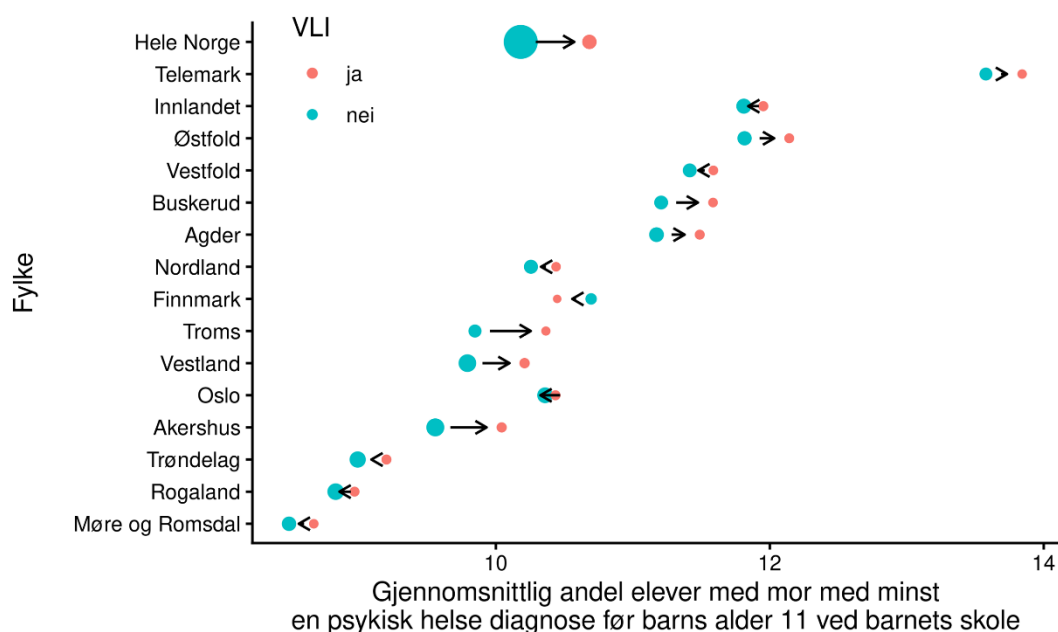
Figur 5.7: Gjennomsnittlig andel elever med minst én psykisk diagnose før 11 år ved barnets skole. Panel A viser verdien fordelt på ulike inntektsgrupper og etter fylke. Pilen markerer forskjellen i andel elever med minst én psykisk diagnose før 11 år på skolenivå, der gjennomsnittet er beregnet separat for elever i ulike inntektsgrupper. VLI = vedvarende lavinntekt. Størrelsen på punktene angir størrelsen på de ulike inntektsgruppene. Den tynne grå linjen viser hvor mye nærmiljøer, målt som skolekretser, samlet sett varierer.

5.2.8 Andel elever med mor med en psykisk diagnose

På landsbasis har 10,2 prosent av mødrene ved en skole minst én psykisk diagnose. (se figur 5.8). Barn i vedvarende lavinntekt går på skoler med noe høyere andel enn andre barn (10,7 % mot 10,2 %). Forskjellen er 0,51 prosentpoeng og vurderes som liten sammenlignet med variasjonen mellom skoler.

Det er fylkesvise variasjoner: Telemark har høyest nivå på tvers av inntektsgrupper (13,6 %), mens Møre og Romsdal ligger lavest (8,5 %). Det er sannsynlig at forskjeller mellom fylker ikke bare speiler reelle variasjoner i sykkelighet, men også ulik praksis for diagnostikk og behandling. Inntektsforskjellen er størst i Troms og Akershus, selv om denne fortsatt er relativt liten, mens Finnmark skiller seg ut med en omvendt forskjell der barn i familier med vedvarende lavinntek ligger lavere enn øvrige barn (-0,29 prosentpoeng).

Analysen av sammenhengen mellom husholdningsinntekt og mønstre i psykiske helseutfordringer viser at det er en svak samvariasjon på tvers av hele inntektsfordelingen.



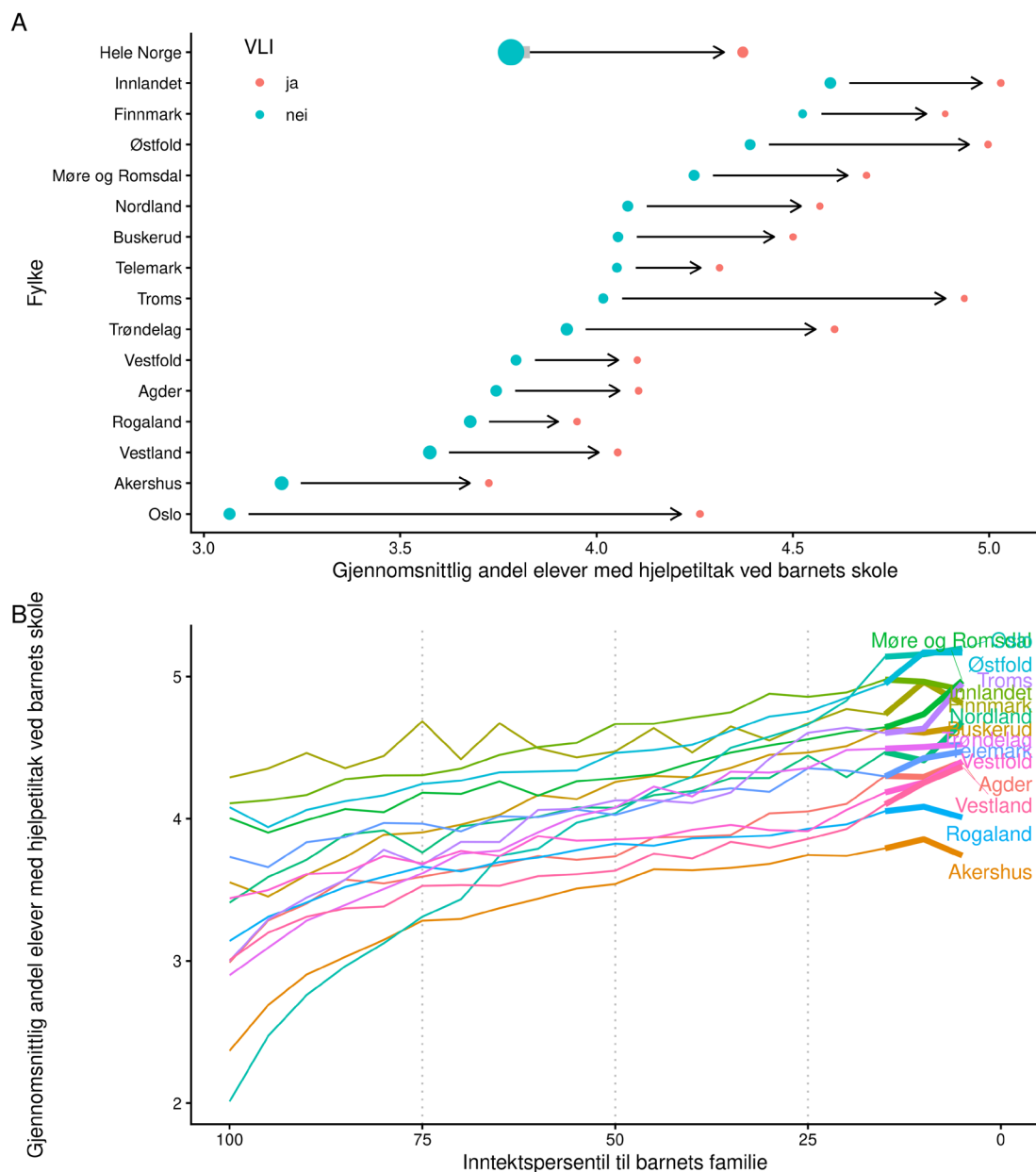
Figur 5.8: Gjennomsnittlig andel elever med mor med minst en psykisk helse diagnose før barns alder 11 ved barnets skole. Figuren viser verdien fordelt på ulike inntektsgrupper og etter fylke. Panel A viser verdien fordelt på ulike inntektsgrupper og etter fylke. Pilen markerer forskjellen i andel elever med mor med minst en psykisk helse diagnose før barns alder 11 på skolenivå, der gjennomsnittet er beregnet separat for elever i ulike inntektsgrupper. VLI = vedvarende lavinntekt. Størrelsen på punktene angir størrelsen på de ulike inntektsgruppene. Den tynne grå linjen viser hvor mye nærmiljøer, målt som skolekretser, samlet sett varierer.

5.2.9 Andel elever med hjelpetiltak fra barnevernet

Bruk av barnevernstjenester varierer mellom ulike grupper og geografiske områder, og kartleggingen av hjelpetiltak i skolen kan gi innsikt i hvordan sosioøkonomiske faktorer samvarierer med behov for støtte. Nasjonalt er andelen elever med hjelpetiltak fra barnevernet 3,81 prosent (se figur 5.9 A).

Barn som vokser opp i husholdninger med vedvarende lavinntekt, går på skoler der 4,37 prosent av elevene har hjelpetiltak, mot 3,78 prosent for øvrige barn. Denne forskjellen på 0,59 prosentpoeng vurderes som liten sammenlignet med den generelle variasjonen mellom skoler. Det er imidlertid geografiske forskjeller: Innlandet og Finnmark har de høyeste nivåene (henholdsvis 4,63 % og 4,54 %), mens Oslo og Akershus ligger lavest. Forskjellen mellom gruppene er mest markant i Oslo (1,20 prosentpoeng) og Troms (0,92 prosentpoeng), noe som vurderes som en moderat forskjell relativt til skolevariasjonen.

Analysen av inntektsgradienten (se figur 5.9 B) viser at høyere ekvivalentinntekt gjennomgående er assosiert med en lavere andel elever med hjelpetiltak fra barnevernet. I Oslo er denne sammenhengen særlig sterk; her synker andelen med 1,11 prosentpoeng når vi beveger oss fra de med lavest til de med høyest inntekt innenfor den øverste inntektsgruppen. Sammenhengen er også markant i Troms (-0,78) og Trøndelag (-0,61). Oppsummert viser resultatene at selv om forskjellene på nasjonalt nivå er små, finnes det tydelige regionale variasjoner i samvariasjonen mellom husholdningens inntekt og bruk av hjelpetiltak fra barnevernet.



Figur 5.9: Gjennomsnittlig andel elever med hjelpetiltak ved barnets skole. Panel A viser verdien fordelt på ulike inntektsgrupper og etter fylke. Pilen markerer forskjellen i andel elever med hjelpetiltak på skolenivå, der gjennomsnittet er beregnet separat for elever i ulike inntektsgrupper. VLI = vedvarende lavinntekt. Størrelsen på punktene angir størrelsen på de ulike inntektsgruppene. Den tynne grå linjen viser hvor mye nærmiljøer, målt som skolekretser, samlet sett varierer. Panel B viser sammenhengen med gjennomsnittlig inntektspersentil for en skole som et kontinuerlig mål på inntekt. Den uthevede delen av linjen indikerer hvilke inntektspersentiler som sannsynligvis ligger under fattigdomsgrensen.

5.3 Belastingsprofiler

Barn i familier med lavinntekt går oftere på skoler som er preget av et svakere sosioøkonomisk miljø, som inkluderer lavere utdanning blant foreldre og mer trangboddhet, samt noe høyere nivåer av barnevernstiltak. Nasjonalt er forskjellene stort sett små til moderate, men Oslo skiller seg tydelig ut

med store forskjeller. I Oslo er gjennomsnittsinntekten ved skolene som barn i familier med vedvarende lavinntekt går på over 85 000 kroner lavere enn ved skolene øvrige barn går på⁸. I tillegg er andelen elever fra familier med lavinntekt 7,6 prosentpoeng høyere, og foreldrenes utdanning i snitt 0,77 år kortere, ved skolene som barn i familier med vedvarende lavinntekt går på sammenlignet med de andre skolene. Oslo skiller seg også ut ved at skolene disse barna går på har en betydelig høyere andel av trangboddhet og svakere leseresultater (-1,96) enn skolene øvrige barn går på. I tillegg er andelen elever med to utenlandsfødte foreldre 13,4 prosentpoeng høyere, og andelen som mottar hjelpetiltak fra barnevernet 1,20 prosentpoeng høyere, ved skolene som barn i familier med vedvarende lavinntekt går på sammenlignet med de andre skolene. Utenom Oslo er forskjellene stort sett små, med moderate forskjeller mellom inntektsgrupper i Akershus og Trøndelag for flere av indikatorene og små forskjeller i Rogaland, Møre og Romsdal, og i Finnmark. Inntektsgradientene er tydelige for de fleste indikatorene, hvor høyere inntekt gir lavere forekomst av uønskede forhold, særlig i øverste inntektskvartil, og dette ser vi mest markant i Oslo og Akershus. For enkelte barnevernsmål er inntektsgradienten svak eller positiv i laveste kvartil i Østfold og Buskerud, og ofte svak i Finnmark. Totalt indikerer mønstrene små til moderate forskjeller nasjonalt, store forskjeller i Oslo, og en bred inntektsgradient. Utfordringsprofilene for barn i familier med lavinntekt sammenlignet med barn som ikke er i familier med lavinntekt i **samme fylke** vises i [figure 5.10](#).

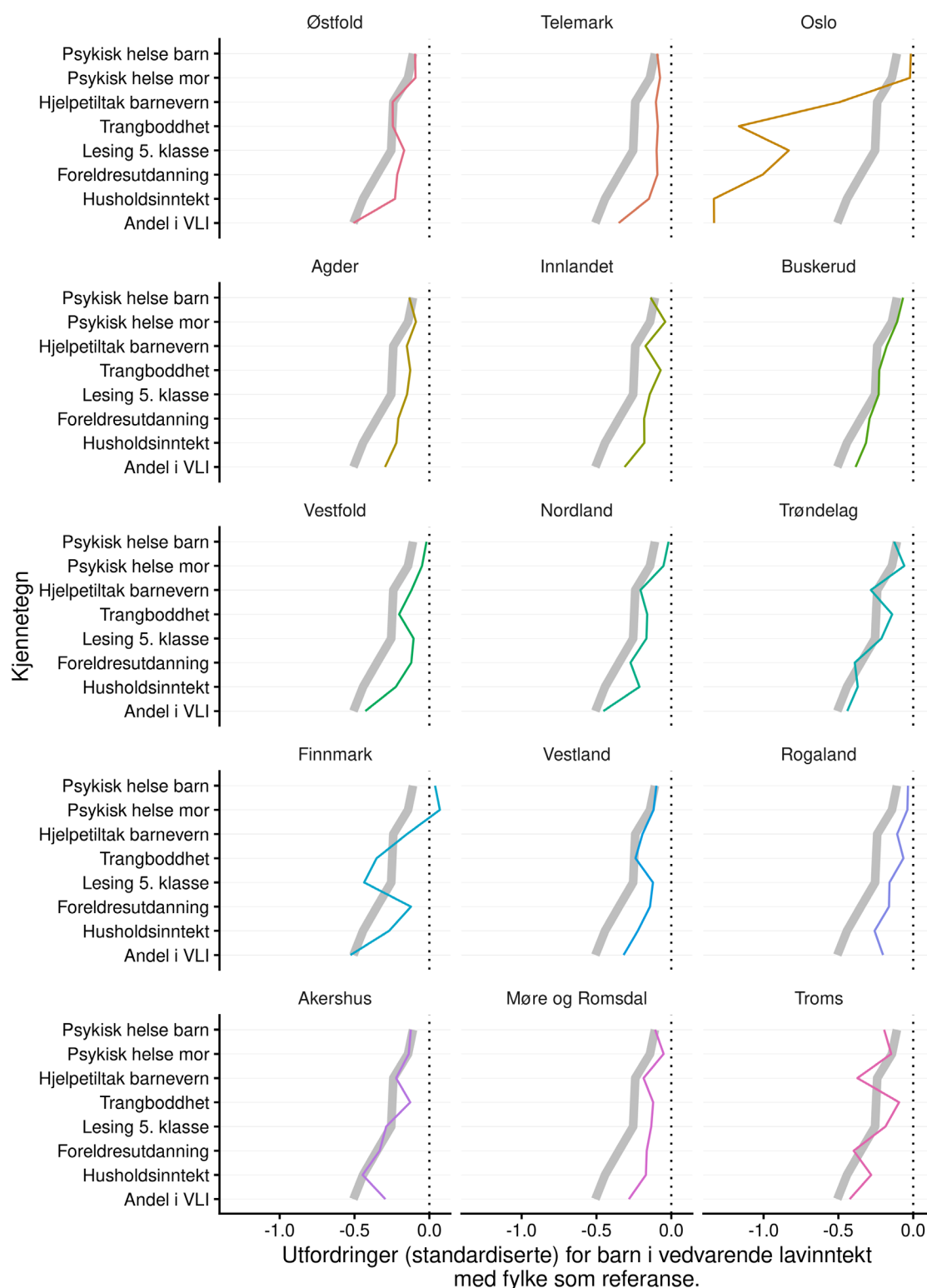
For å vurdere hvor store forskjellene i nærmiljøegenskaper er, brukte vi Mahalanobis-avstand. Denne kan tolkes som et mål på hvor "uvanlig stor" forskjellen er når man tar hensyn til at nærmiljøkennetegn er assosiert med hverandre. Dersom det i utgangspunktet ikke finnes reelle forskjeller mellom gruppene, vil nærmiljøegenskapene være tilfeldig fordelt mellom dem og vi kan derfor bruke bestemte terskler til å vurdere hvor uvanlig en observert forskjell er:

- Typiske forskjeller: avstander rundt eller under medianverdien (rundt 7,3 i vårt tilfelle).
- Store forskjeller: avstander over nivået som bare ville oppstå i rundt 1 av 10 tilfeller dersom gruppene egentlig ikke skilte seg fra hverandre (rundt 13,4 eller mer).
- Svært store forskjeller: avstander som overstiger nivået man ville forvente i bare 1 av 100 tilfeller under samme forutsetning (rundt 20,1 eller mer).

På tvers av fylkene er forskjellene mellom inntektsgrupper størst når det gjelder andelen barn i husholdninger med vedvarende lavinntekt, husholdningsinntekt og foreldrenes utdanningsnivå. Oslo skiller seg markant ut som det fylket der forskjellene mellom barn i familier med vedvarende lavinntekt og barn i øvrige husholdninger er størst på tvers av de fleste indikatorene, særlig når det gjelder økonomiske levekår, trangboddhet og resultater i lesing på 5. trinn. I den andre enden finner vi fylker som Agder, Trøndelag og flere vestlandsfylker, hvor forskjellene gjennomgående er mindre på tvers av indikatorene, selv om barn i familier med lav inntekt også her er dårligere stilt enn sine jevnaldrende i øvrige husholdninger.

Forskjellene i psykisk helse mellom barn i familier med lavinntekt og andre barn er generelt små i alle fylker. Når man sammenligner barn i familier med vedvarende lavinntekt med landsgjennomsnittet for øvrige barn (se [figur V5.2](#)), er Finnmark og Oslo de eneste fylkene som viser noe bedre forhold for barn i familier med lavinntekt på enkelte indikatorer. Dette gjelder for eksempel leseresultater på 5. trinn i Oslo og boforhold knyttet til trangboddhet i Finnmark. Samlet sett er de største geografiske ulikhetene knyttet til økonomi, utdanning og boforhold, mens helseforskjellene er svakere og mer ujevne. Variasjonen mellom fylkene er dermed tydeligere for strukturelle levekår enn for psykisk helse.

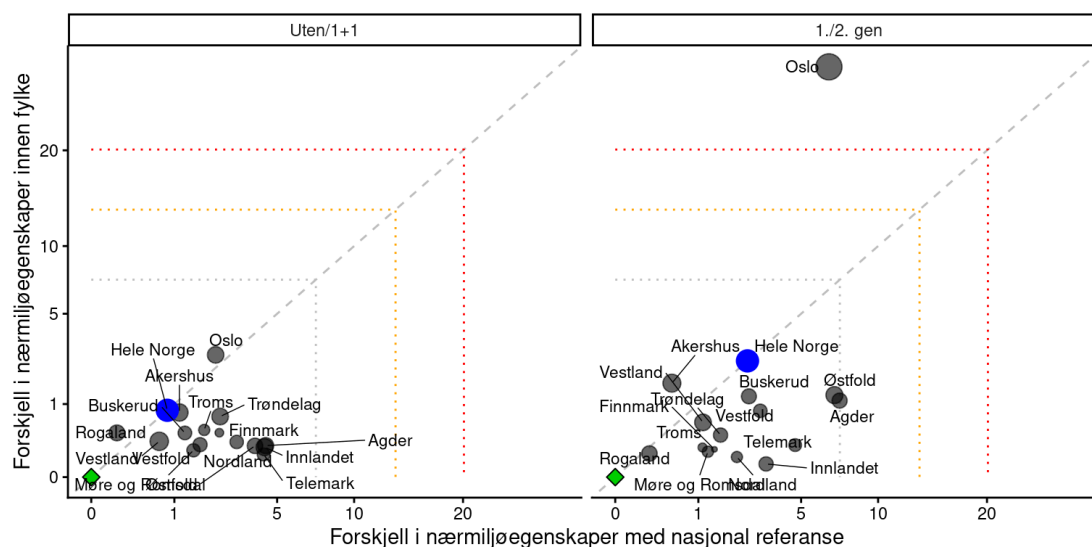
⁸ Selv om nesten alle skoler i Oslo har elever som vokser opp i husholdninger med lavinntekt, er det svært store forskjeller i konsentrasjonen mellom skoler, fra svært lave andeler ved enkelte skoler til å utgjøre et flertall av elevmassen ved andre skoler.



Figur 5.10: Standardiserte forskjeller i egenskaper ved nærmiljøet etter fattigdomsstatus – sammenligning innen fylker. Langs y-aksen ligger ulike egenskaper ved nærmiljøet sortert slik at de med størst forskjeller vises nederst. X-aksen viser den standardiserte forskjellen mellom egenskaper ved nærmiljøer til barn som vokser opp i vedvarende fattigdom, og de som ikke gjør det i det samme fylke. Standardiseringen, basert på den generelle variasjonen mellom skoler, gjør det mulig å sammenligne ulemper på tvers av egenskaper med ulik skala eller spredning. Den tykke grå linjen angir den gjennomsnittlige forskjellen i egenskapene ved nærmiljøet mellom barn som vokser opp i fattigdom og barn som ikke gjør det, for hele Norge. Negative verdier indikerer større utfordringer knyttet til en egenskap. Dersom den fargede linjen for et fylke ligger til høyre for den tykke grå linjen, er utfordringen knyttet til egenskapen mindre i fylket enn i hele Norge, og omvendt.

Når vi ser på alle barn samlet, er forskjellene mellom nærmiljøene til barn som vokser opp i fattigdom og barn som ikke gjør det, stort sett små innen hvert fylke (se figur V5.3). I de fleste fylker ligger forskjellene i nabolagegenskaper godt under det som regnes som et typisk avvik. Dette innebærer at barn som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt og barn i øvrige husholdninger som bor i samme fylke, vanligvis bor i relativt like nærmiljø. Oslo skiller seg imidlertid tydelig ut med en svært høy differanseverdi. Dette indikerer at barn som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt og barn i øvrige husholdninger i Oslo, bor i svært ulike nabolag når man ser på sosiodemografisk sammensetning. Når man sammenligner barn som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt i hvert fylke med barn i øvrige husholdninger i hele landet, blir forskjellene større i flere fylker. Dette gjelder særlig for Innlandet, Telemark, Østfold og Agder. I disse fylkene ligger verdiene i et område som betegner større forskjeller på nasjonalt nivå, selv om de lokale forskjellene innad i fylket forblir mindre fremtredende.

Når barna deles etter migrasjonsbakgrunn, blir mønsteret mer variert (se figur 5.11). For barn med uten migrasjonsbakgrunn er forskjellene innen fylkene gjennomgående små, og selv i Oslo er de langt lavere enn i analysen for alle barn samlet. Sammenlignet med hele landet har enkelte fylker – særlig Innlandet, Telemark og Agder – noe større forskjeller, men nivåene er fortsatt moderate. For barn med migrasjonsbakgrunn er det annerledes: De fleste fylker har små lokale forskjeller, men Oslo skiller seg klart ut med en svært høy verdi. Dette viser at barn med migrasjonsbakgrunn som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt i Oslo, bor i langt mer ulike nabolag enn barn uten migrasjonsbakgrunn som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt.



Figur 5.11: Total forskjell i nærmiljøegenskaper mellom barn som vokser opp i fattigdom og barn som ikke gjør det. Den grønne prikken viser den gjennomsnittlige posisjonen til alle barn i Norge som ikke vokser opp i fattigdom. Den blå prikken viser den gjennomsnittlige forskjellen for barn som vokser opp i fattigdom. På x-aksen vises forskjellen sammenlignet med barn i øvrige husholdninger i hele Norge, mens på y-aksen vises forskjellen sammenlignet med barn i øvrige husholdninger i samme fylke. Gruppene Uten/1+1 omfatter barn med henholdsvis to eller én norskfødte foreldre, mens 1. og 2. gen viser til førstegenerasjonsinnvandrere og andregenerasjonsinnvandrere.

Samlet sett tyder resultatene på at forskjellene i egenskapene ved nabolaget for barn som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt kontra barn i øvrige husholdninger stort sett er små, men at bildet endrer seg når vi skiller på migrasjonsbakgrunn. Særlig i Oslo er ulikhetene store, og de blir enda

tydeligere for barn med migrasjonsbakgrunn. Det betyr at hovedmønsteret om «små forskjeller» må tolkes med forsiktighet, fordi store lokale og nasjonale forskjeller for enkelte grupper, spesielt barn med migrasjonsbakgrunn i Oslo, utgjør et viktig unntak som har implikasjoner for helhetsbildet

5.4 Oppsummering og diskusjon

Resultatene i dette kapitlet indikerer at barn i familier med vedvarende lavinntekt i større grad vokser opp i nærmiljøer med en svakere sosioøkonomisk profil enn andre barn. På landsbasis er forskjellene særlig tydelige når det gjelder foreldres utdanningsnivå og husholdningsinntekt, med en gjennomsnittlig forskjell på 0,27 utdanningsår og om lag 29 000 kroner i gjennomsnittlig ekvivalensvektet husholdningsinntekt ved skolene som barn i familier med lavinntekt tilhører sett opp mot skolene med mindre andel barn fra familier med lavinntekt. Det er også systematiske forskjeller på nasjonalt nivå for indikatorer som ikke direkte er knyttet til inntekt eller migrasjonsbakgrunn, som trangbodddhet, der barn i familier med lavinntekt i gjennomsnitt går på skoler med 2,3 prosentpoeng høyere andel trangbodde husholdninger enn barn som ikke er i familier med lavinntekt.

I Oslo er forskjellene mellom sosioøkonomiske grupper særlig store. For eksempel går barn i familier med lavinntekt i hovedstaden på skoler der gjennomsnittlig ekvivalensvektet husholdningsinntekt er over 85 000 kroner lavere enn ved skolene som barn uten lavinntekt går på. Oslo skiller seg også ut når det gjelder trangbodddhet, med en forskjell på hele 11 prosentpoeng mellom disse to inntektsgruppene, som også er den største forskjellen på landsbasis. En samlet analyse av graden av nærmiljømessig ulikhet, målt ved Mahalanobis-avstand, viser videre at barn i og utenfor lavinntekt stort sett bor i relativt like nærmiljøer i de fleste fylker, mens forskjellene i nærmiljøkvaliteten for barn i og utenfor lavinntekt i Oslo er svært høy. Dette indikerer en sterk grad av intern bolig- og bosettingssegregering i Oslo som fylke. I mindre urbaniserte fylker som Innlandet, Telemark og Agder er forskjellen mellom barn som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt og barn i øvrige husholdninger liten. Samtidig er forskjellene store når barn i husholdninger med vedvarende lavinntekt i disse fylkene sammenlignes med det nasjonale gjennomsnittet for barn i øvrige husholdninger. Andre fylker, som Rogaland og Møre og Romsdal, kjennetegnes gjennomgående av relativt små sosioøkonomiske forskjeller mellom barn i ulike inntektsgrupper på tvers av de fleste indikatorene som er undersøkt.

Disse funnene er i stor grad i tråd med tidligere forskning som dokumenterer en tydelig sosial gradient i skolerresultater og en økende tendens til bosettingssegregering i større byer. Resultatene samsvarer også med tidligere funn som peker på at barn fra familier med lavere sosioøkonomiske ressurser oftere er konsentrert i områder med svakere institusjonelle ressurser (By- og levekårsutvalget 2020). De empiriske resultatene i denne rapporten tilfører ny kunnskap til eksisterende litteratur ved å analysere flere indikatorer knyttet til skolekretsene som i liten grad har vært undersøkt tidligere, blant annet forekomst av psykiske diagnoser hos mødre samt omfanget av hjelpe- og omsorgstiltak fra barnevernet. Et viktig funn i denne sammenhengen, er at det ikke fremkommer tydelige forskjeller i andelen mødre eller elever med registrerte psykiske diagnoser mellom skolene som barn i vedvarende lavinntekt går på, og skolene som øvrige barn går på. Dette utgjør et interessant avvik fra tidligere forskning, som ofte dokumenterer en sterk sammenheng mellom lav inntekt og økt risiko for psykiske helseproblemer (Andersen mfl. 2025; Løken mfl. 2024). Likevel bør det nevnes at vi også finner slike forskjeller, men at de er små sammenlignet med den samlede variasjonen mellom nærmiljøer, som også påvirkes av blant annet regionale forskjeller i diagnostisk praksis.

Samtidig kan de lave nivåene av registrerte psykiske diagnoser delvis henge sammen med ulik tilgang til eller bruk av helsetjenester, særlig blant familier med migrasjonsbakgrunn, som utgjør en stor andel av lavinntektsfamiliene. Barrierer knyttet til språk, kjennskap og tillit til tjenestene eller terskler for henvisning kan bidra til at psykiske helseproblemer i mindre grad blir fanget opp og diagnostisert i disse gruppene. Videre viser resultatene at selv om barn i familier med lavinntekt i gjennomsnitt går på skoler

med noe høyere nivåer av barnevernstiltak, er de nasjonale forskjellene for disse indikatorene relativt små. Dette står i kontrast til de betydelige forskjellene som observeres for andre forhold, som trangboddhet og migrasjonsbakgrunn, særlig i Oslo (By- og levekårsutvalget 2020).

Områdesatsinger framheves ofte som et virkemiddel for å motvirke negative konsekvenser av levekårsutsatte nabolag gjennom samordnede sosiale og fysiske tiltak (By- og levekårsutvalget 2020). Internasjonalt omfatter slike tilnærminger blant annet såkalte «Community Change Initiatives», og i enkelte land, som Nederland, mer kontroversielle og ekskluderende tiltak som «Act on Extraordinary Measures» (Sharkey 2016; van Gent mfl. 2018). I Norge har større områdesatsinger, som Groruddalssatsingen og Oslo sør-satsingen, kombinert fysiske oppgraderinger av bomiljøet med sosiale tiltak, blant annet gratis SFO og språkopplæring (Brattbakk og Andersen 2017; By- og levekårsutvalget 2020). Selv om internasjonal forskning ofte finner relativt beskjedne effekter av slike tiltak for sosial mobilitet, viser evalueringer av norske områdesatsinger flere positive resultater på noen områder. Blant annet bidro Groruddalssatsingen til betydelig økt tilfredshet med det fysiske nærmiljøet, der om lag 70 prosent av beboerne rapporterte forbedringer i parker og turveier (By- og levekårsutvalget 2020). Lokale «områdeløft» i bydeler som Lindeberg har også styrket opplevelsen av trygghet og deltakelse i lokalsamfunnet. Videre har målrettede tiltak som gratis skolefritidsordning i Oslo vist seg å øke deltakelsen blant barn med innvandrerbakgrunn, og dermed bidratt til å redusere sosiale forskjeller i barns fritids- og oppvekstarenaer (By- og levekårsutvalget 2020; Løken mfl. 2024)

6 Kjennetegn ved barnets familie

Etter å ha belyst nærmiljøet som en ytre ramme for barnets oppvekst, retter vi i dette kapitlet blikket mot barnets nære familie. I tråd med rapportens andre steg undersøker vi her deskriptivt hvordan ulike kjennetegn og ressurser er fordelt blant familier, og hvordan disse samvarierer med husholdningens økonomi. Der det foregående kapitlet viste hvordan inntekt fungerer som en sorteringsmekanisme i boligmarkedet, ser vi nå nærmere på de faktorene som ligger tettest på barnas hverdag og utvikling, som foreldrenes utdanning, helse og migrasjonsbakgrunn, og som i vårt konseptuelle rammeverk utgjør de grunnleggende premisene for familiens situasjon. Ved å sammenligne familier med vedvarende lavinntekt med øvrige familier, belyser vi ulikheter i de ressursene barna har tilgang til i sin aller nærmeste oppvekstarena.

6.1 Hva litteraturen viser

Barnefamilier med lavinntekt har ofte foreldre med lav utdanning. Internasjonale studier viser at lavt utdanningsnivå henger sammen med økonomisk knapphet (Duncan mfl. 2010), og nordiske studier beskriver et tilsvarende mønster i nabolag preget av lave inntekter (Alm og Fjellborg 2020). Norske data viser at lav eller uoppgitt utdanning er langt mer utbredt blant foreldre i familier med lavinntekt, noe som bidrar til å forklare hvorfor denne gruppen skiller seg så tydelig fra andre (Eika og Langørgen 2025). Migrasjonsbakgrunn forsterker dette bildet. Mange familier med lavinntekt har bakgrunn fra Afrika og Asia eller har kort botid i Norge, og disse husholdningene har ofte både lavt utdanningsnivå og svakere tilknytning til arbeidsmarkedet (Alm og Fjellborg 2020; Eika og Langørgen 2025). Samlet peker dette på et mønster der utdanning og migrasjon ofte opptre i kombinasjon.

Familienes størrelse og sammensetning bidrar ytterligere til å forklare forskjeller mellom familier med lavinntekt og øvrige familier. Store barnefamilier forekommer langt hyppigere i lavinntektsgruppen, og dette gjelder særlig familier med migrasjonsbakgrunn (Eika og Langørgen 2025). I mange tilfeller inngår også familiestruktur i samme mønster. Enslige forsørgere utgjør en stor andel av lavinntekts-husholdningene, og internasjonale studier viser at et samlivsbrudd vanligvis gir et markant fall i husholdningsinntekten (Johnston mfl. 2025). Denne kombinasjonen av flere barn og én forsørger gjør at mange familier får svært begrenset økonomisk handlingsrom.

Foreldres alder er også funnet å skille familier med lavinntekt ytterligere fra andre. Yngre foreldre er langt vanligere i familier med lavinntekt, og studier fra ulike land beskriver en tydelig kobling mellom ungt foreldreskap og økonomisk knapphet (Duncan mfl. 2010; Storo 2024). I Norge finner man et lignende bilde i statistikk over bostøtte og lave inntekter, der mottakerne ofte er yngre enn foreldre i øvrige husholdninger (Storo 2024). Dette tyder på at tidspunktet i livsløpet der man etablerer familie har betydning for den økonomiske situasjonen i familien. Utover bostøtte viser kartlegginger at barnefamilier med lave inntekter i stor grad er avhengige av andre offentlige overføringer for å sikre livsoppholdet. Ekspertgruppen om barn i fattige familier (2024) fremhever betydningen av både universelle ytelser som barnetrygd og kontantstøtte, samt behovsprøvde ytelser som økonomisk sosialhjelp og barnetillegg i trygdeytelser. Videre peker analyser av inntektskomponenter på at skattepliktige overføringer som arbeidsavklaringspenger (AAP), uføretrygd og introduksjonsstønad utgjør en vesentlig del av inntekten for husholdninger med svak tilknytning til arbeidsmarkedet (Eika og Langørgen 2025).

Foreldrenes helse, og særlig psykisk helse, legger et ytterligere lag til beskrivelsen av forskjeller mellom husholdninger med og uten lavinntekt. Internasjonale oversikter viser høy forekomst av depresjon og angst blant personer med lave inntekter (Ridley mfl. 2020), og nordiske studier finner en tydelig samvariasjon mellom alvorlige psykiske lidelser og både lave inntekter og svak arbeidsmarkedstilknytning (Hakulinen mfl. 2019). Norske registerdata bekrefter at barn i familier med

vedvarende lavinntekt oftere har foreldre med helseutfordringer, og foreldre i denne gruppen rapporterer hyppigere om både fysiske og psykiske helseplager (Kinge mfl. 2025; Ekspertgruppen om barn i fattige familier 2024). Det er viktig å understreke at disse sammenhengene ofte er gjensidige; dårlig helse kan føre til lavere inntekt, samtidig som økonomisk utsatthet kan svekke helsen.

6.2 Resultater: Kjennetegn ved barnets familie

I det følgende presenterer vi analyser av norske registerdata som kombinerer sosiodemografiske forhold, økonomi og helseopplysninger for foreldre som deler husholdning med barn. Slik får vi et helhetlig bilde av situasjonen i husholdninger der barn vokser opp med vedvarende lavinntekt, sammenlignet med øvrige husholdninger. I boks 6.1 beskrives data og metode, mens boks 6.2 gir en leseveiledning til de etterfølgende figurene. Først presenterer vi resultater basert på sosioøkonomiske og demografiske forhold, før vi ser på betydningen av helsen til barnets familiemedlemmer.

Boks 6.1. En nærmere beskrivelse av data, metode og analyser

Analysene i dette kapitlet tar utgangspunkt i *familien* til barn. Analysen benytter sosiodemografiske, økonomiske og helserelevante kjennetegn ved foreldre som deler husholdning med barn for å beskrive familiene barn vokser opp i. Kjennetegn for hver familie lages ved å aggregere data for alle foreldre internt i en husholdning (familie) og så beregne et gjennomsnitt for utvalgte variabler, som for eksempel foreldres utdanning, arbeidsmarkedstilknytning og boligsituasjon. Dette gjør vi fordi familien er svært viktig for barnas hverdag. Analysene omfatter 1 362 772 barn i alderen 1-17 år fra 911 224 husholdninger og dekker perioden fra 2008 til 2022.

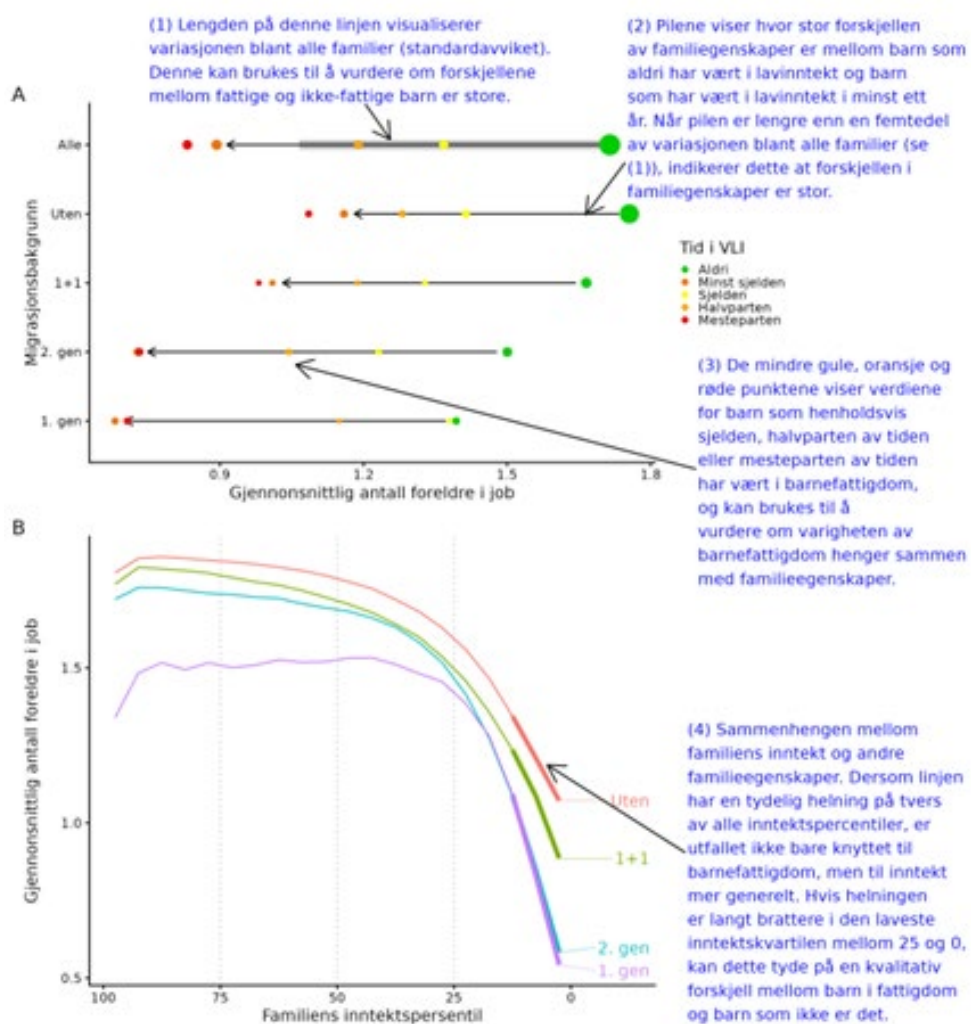
Vi skiller deretter mellom barn som tilhører ulike inntektsgrupper, fra vedvarende lavinntekt til den høyeste inntektspersentilen, og sammenlikner barn som tilhører familier fra ulike inntektsfordelinger. Disse sammenligningene vises som hovedregel i panel A i de påfølgende figurene. Ved tolkninger av disse sammenligningene, er *hvor store* forskjellene faktisk et sentralt spørsmål. Vi har ikke beregnet statistisk signifikans, fordi de fleste resultatene i store registerdata vil være statistisk signifikante og fordi signifikans ikke sier noe om styrken på forskjellene. I stedet viser panel A også en tykkere grå linje, som illustrerer hvor stor variasjonen (standardavviket) er mellom alle familier i Norge. En måte å vurdere styrken på forskjellen mellom inntektsgrupper på, er derfor å sammenligne denne forskjellen, som hovedsaklig vises som en tynnere svart pil, med lengden på den grå linjen. Dersom forskjellen mellom inntektsgruppene er mindre enn én femtedel av variasjonen mellom alle familier, er ikke forskjellene mellom inntektsgruppene betydelige.

Samtidig er det relevant å se på husholdningsinntekt som et kontinuerlig mål. Dette er stort sett vist i panel B i de påfølgende figurene. Målet er å undersøke om forskjellene i egenskapene ved barns familier følger en gradvis utvikling eller om det finnes et tydelig skille (eller en terskel) der familier under fattigdomsgrensen skiller seg tydelig fra andre familier. Barn i familier med lavinntekt befinner seg vanligvis i de laveste 10 prosentene av inntektsfordelingen. For å få frem denne nyansen, ser vi derfor på sammenhengen mellom familienes egenskaper og inntektspersentiler og/eller inntektskvartiler. Vi sammenligner helningen i denne sammenhengen, det vil si forskjellen i familieegenskaper mellom familier med lavere og høyere inntekt innenfor hvert kvartil. Dersom denne forskjellen er større i den laveste inntektskvartilen enn i de øvrige kvartilene, tyder det på at overgangen fra over til under fattigdomsgrensen kan være forbundet med en kvalitativt meningsfull endring i familieegenskaper.

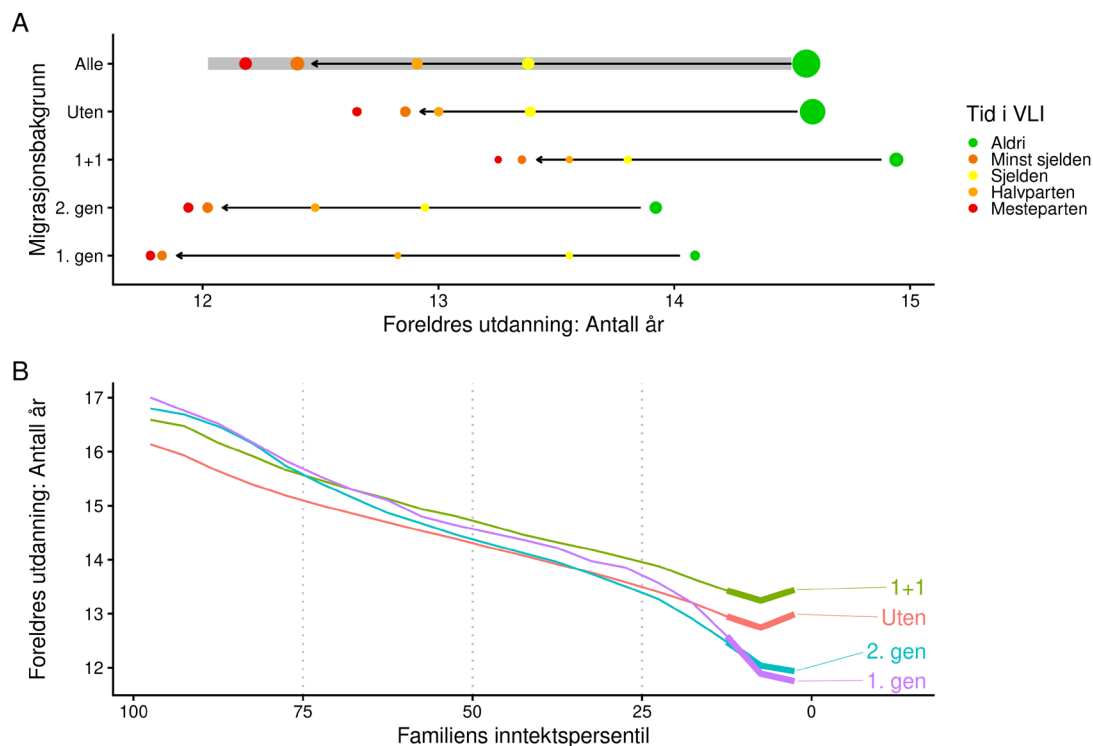
Fordi sosiodemografisk sammensetning varierer betydelig med foreldrenes migrasjonsbakgrunn, vises analysen både for hele utvalget og fordelt på ulike migrasjonsgrupper.

Boks 6.2. Hvordan lese resultatfigurer om familieegenskaper

Panel A (øverst) viser forskjeller i familieegenskaper mellom inntektsgrupper, gruppert etter migrasjonsbakgrunn. Det er beregnet verdier for barn som aldri har vært i barnefattigdom, for barn som har vært i fattigdom i minst ett år, og også for barn som sjelden, halve tiden eller mesteparten av tiden har levd i barnefattigdom. Hovedinformasjonen i panel A er pilen som markerer forskjellen mellom barn som har vært i fattigdom i minst ett år og barn som aldri har vært det. For å supplere de grove inntektsgruppene i panel A, viser panel B (nederst) sammenhengen mellom inntektspercentiler (mål kontinuerlig) og familieegenskaper. Hovedinformasjonen her er nivåforskjellene mellom gruppene etter migrasjonsbakgrunn og helningen på sammenhengen mellom inntekt og familieegenskaper. Merk at variabelen på x-aksen i panel B er den samme som vises på y-aksen i panel A.



6.2.1 Foreldres utdanning

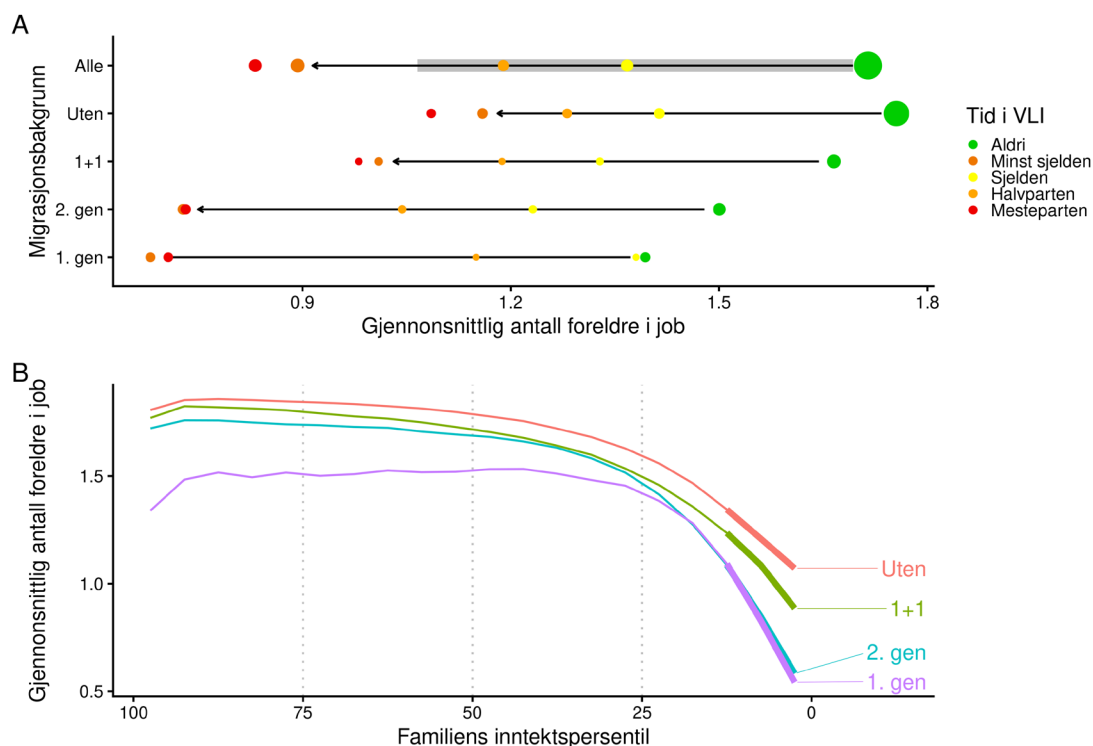


Figur 6.1: Foreldres gjennomsnittlige antall år med utdanning. Panel A viser verdien fordelt på ulike inntektsgrupper og etter migrasjonsbakgrunn. Pilen markerer forskjellen mellom barn som vokser opp i fattigdom og barn som ikke gjør det. Størrelsen på punktene angir størrelsen på de ulike inntektsgruppene. Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt (VLI): Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($> 2/3$). Den tykkere grå linjen viser hvor mye familiene samlet sett varierer. Panel B viser sammenhengen med inntektspersentilen som et kontinuerlig mål på inntekt. De uthevede delene av linjen indikerer hvilke inntektspersentiler som sannsynligvis ligger under fattigdomsgrensen.

Barn i vedvarende lavinntekt har foreldre med lavere utdanning, målt i antall år, enn øvrige barn. Utdanningsnivået er lavest i innvandrergenerasjoner, særlig blant førstegenerasjonsinnvandrere. Det nasjonale gjennomsnittet i antall år med utdanning er 14,3 år; for foreldre til barn i lavinntekt er snittet 12,4 år og for foreldre til øvrige barn er snittet 14,6 år, noe som tilsvarer et gap på 2,2 år som vurderes som stort sammenlignet med variasjonen mellom familier (se figur 6.1 A). Utdanningsnivået er høyest blant familier med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder (14,8 år) og for familier med to norskfødte foreldre (14,5 år) og lavere for foreldre til henholdsvis andre- (13,3 år) og førstegenerasjonsinnvandrerbarn (13,1 år). Forskjellen i gjennomsnittlig antall utdanningsår etter inntektsgruppe er størst blant førstegenerasjonsinnvandrere (2,3 år) og også tydelig blant andregenerasjonsinnvandrere (1,9 år), mens den er moderat for barn med to norskfødte foreldre (1,7 år) og barn med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder (1,6 år). Sammenhengen mellom kontinuerlig inntekt og utdanningsår er positiv i alle inntektskvartiler (se figur 6.1 B): Denne sammenhengen (altså stigningstallet for linjen), er sterkest i den nederste kvartilen for både første- og andregenerasjonsinnvandrere, med henholdsvis 1,8 og 1,3 år. For barn med to norskfødte foreldre er stigningen lav i bunnen og høyere i toppen (0,4 og 1,0) av inntektsfordelingen, med tilsvarende mønster for én norskfødt og én utenlandsfødt forelder (0,4 og 0,9). Dette peker mot et tydelig nivåsprang i utdanning mellom familier med vedvarende lavinntekt og øvrige familier, og spesielt for

førstegenerasjonsinnvandrere og andregenerasjonsinnvandrere, samtidig som det finnes en jevn inntektsgradient i hele fordelingen og i de fleste migrasjonsgruppene.

6.2.2 Arbeidsmarkedstilknytning



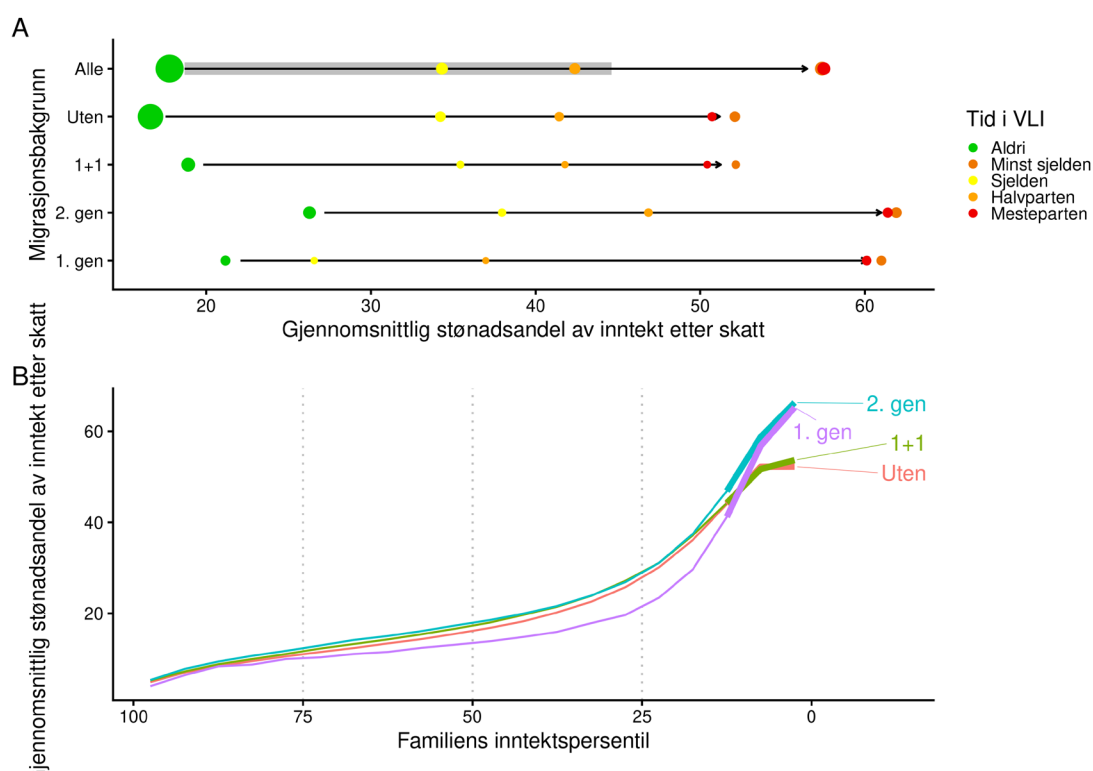
Figur 6.2: Gjennomsnittlig antall foreldre som er i jobb. Panel A viser verdien fordelt på ulike inntektsgrupper og etter migrasjonsbakgrunn. Pilen markerer forskjellen mellom barn som vokser opp i fattigdom og barn som ikke gjør det. Størrelsen på punktene angir størrelsen på de ulike inntektsgruppene. Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt (VLI): Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). Den tykkere grå linjen viser hvor mye familiene samlet sett varierer. Panel B viser sammenhengen med inntektspersentilen som et kontinuerlig mål på inntekt. Den uthevede delen av linjen indikerer hvilke inntektspersentiler som sannsynligvis ligger under fattigdomsgrensen.

Barn i familier med vedvarende lavinntekt har sjeldnere to foreldre i jobb og oftere ingen foreldre i jobb enn øvrige barn, på tvers av migrasjonsbakgrunn. Det nasjonale snittet er 1,6 foreldre i jobb (se figur 6.2 A); blant barn i familier med lavinntekt er 0,9 foreldre i jobb sammenlignet med øvrige barn som har 1,7 foreldre i jobb, en forskjell på 0,8 som vurderes som stor relativ til variasjonen mellom familier. Nivået varierer fra 1,7 foreldre i jobb for barn med to norskfødte foreldre til 1,1 foreldre i jobb for førstegenerasjonsinnvandrere. Inntektsgruppeforskjellen i arbeidsmarkedstilknytning er størst for andregenerasjonsinnvandrere (0,8) og minst for barn med to norskfødte foreldre (0,6). Som vist i figur 6.2 B er sammenhengen mellom inntekt og antall foreldre i jobb tydeligst i den nederste inntektskvartilen, og langt svakere høyere oppe i inntektsfordelingen. Innenfor denne laveste kvartilen øker antallet foreldre i jobb markant når inntekten øker: fra laveste til høyeste prosentil øker antallet foreldre i jobb med om lag 0,5 for barn med to norskfødte foreldre og 0,6 for barn med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder, mens økningen er enda større for barn som er andre- og førstegenerasjonsinnvandrere (rundt 0,8 for begge). Dette viser at sammenhengen mellom inntekt og arbeidsdeltakelse er sterkest blant familier med lavest inntekt, og at styrken i denne sammenhengen varierer både med inntektsnivå og migrasjonsbakgrunn.

I øverste kvartil er sammenhengen mellom inntekt og arbeidsmarkedstilknytning nær null eller svakt negativ, særlig for førstegenerasjonsinnvandrere (-0,2). Den bratte økningen i arbeidsdeltakelse innen den laveste inntektskvartilen, fulgt av langt svakere stigninger i de øvrige kvartilene, viser at forskjellene mellom innteksgruppene ikke bare er gradvise. Mønsteret peker mot en tydelig forskjell i arbeidsdeltakelse mellom dem med aller lavest inntekt og resten av fordelingen.

6.2.3 Stønadsandel av inntekt etter skatt

Stønader er offentlige overføringer til husholdninger, og omfatter både skattepliktige ytelser som dagpenger og sykepenger, og skattefrie ytelser som barnetrygd, kontantstøtte og sosialhjelp. For å beregne stønadsandel av inntekt etter skatt, beregner vi først hvor stor del av de skattepliktige stønadene som gjenstår etter skatt, og legger dette til de skattefrie stønadene for å få summen av totale netto stønader. Denne summen deles deretter på husholdningens inntekt etter skatt (IES) for å måle hvor stor andel av den disponible inntekten som kommer fra offentlige stønader.



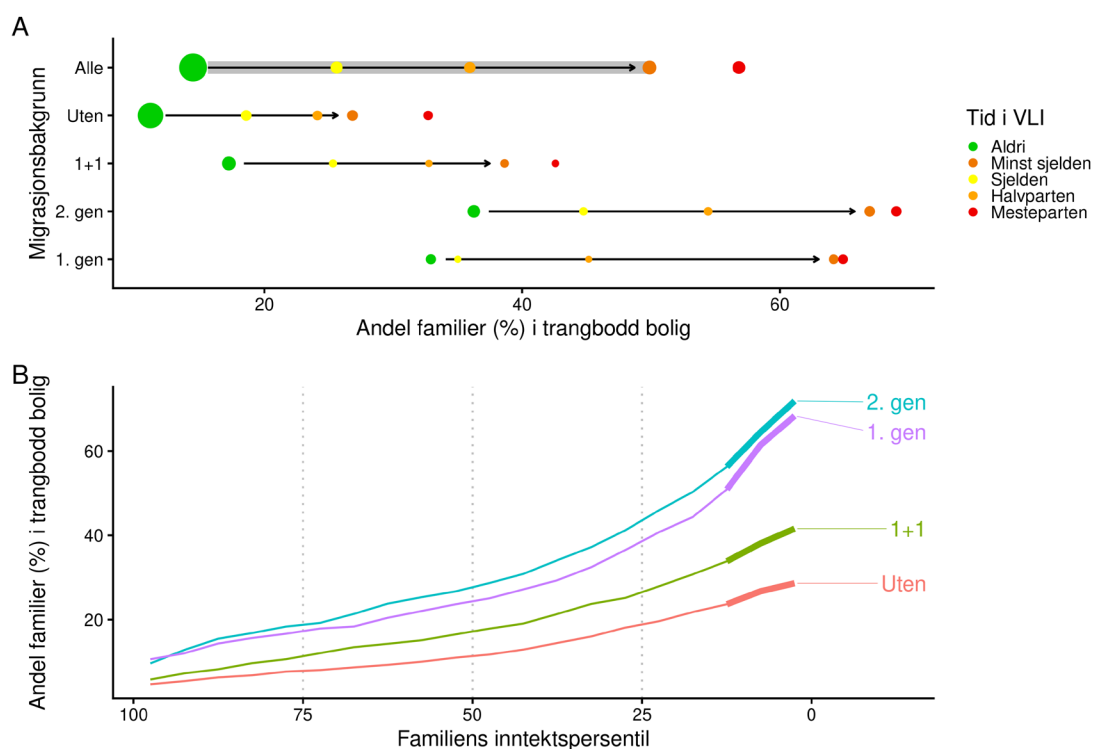
Figur 6.3: Gjennomsnittlig stønadsandel av inntekt etter skatt. Panel A viser verdien fordelt på ulike innteksgrupper og etter migrasjonsbakgrunn. Pilen markerer forskjellen mellom barn som vokser opp i fattigdom og barn som ikke gjør det. Størrelsen på punktene angir størrelsen på de ulike innteksgruppene. Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt (VLI): Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). Den tykkere grå linjen viser hvor mye familiene samlet sett varierer. Panel B viser sammenhengen med inntektspersentilen som et kontinuerlig mål på inntekt. Den uthevede delen av linjen indikerer hvilke inntektspersentiler som sannsynligvis ligger under fattigdomsgrensen.

Andelen av inntekt fra stønader beregnes som husholdningens samlede netto overføringer delt på disponibel inntekt (IES). Netto overføringer består av skattepliktige overføringer etter fratrukk for beregnet skatt, samt skattefrie overføringer. De inkluderte ytelsene omfatter blant annet pensjoner og dagpenger (skattepliktige overføringer) samt barnetrygd, bostøtte, studiestipend, sosialhjelp og grunn- og hjelpestønad (skattefrie overføringer).

Familier med lavinntekt har klart høyere stønadsandel enn andre familier (57,4 mot 17,8; se [figur 6.3 A](#)), en stor forskjell relativt til variasjonen mellom familier generelt sett (39,6). Snittet for alle familier er 22. Forskjellen i stønadsandel er stor relativ til gjennomsnittet for alle familier i alle immigrasjonsgrupper, og størst for førstegenerasjonsinnvandrere og minst i familier med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder (39,8 vs. 33,3). Uavhengig av inntekt er stønadsnivået høyt blant førstegenerasjonsinnvandrere og lavt blant familier med to norskfødte foreldre (39 og 18). I samtlige inntektskvartiler henger høyere inntekt sammen med lavere stønadsandel (se [figur 6.3 B](#)). I laveste kvartil er økning av stønadsandelen størst i gruppene med førstegenerasjons- og andregenerasjonsinnvandrere (-42 og -35), den er også tydelig blant barn med to norskfødte foreldre og blandet bakgrunn, men svakere (-22 og -23). I kvartil 2 er endringen stønadsandelen liten (-9 til -6), og i kvartil 3 svært liten (-4 til -3). Stønadsandelen er dermed klart høyere blant familier med vedvarende lavinntekt enn blant andre familier, med store forskjeller i alle migrasjonsgrupper og størst avvik i førstegenerasjonsgruppen.

6.2.4 Trangboddhet

Andelen familier som bor trangt er klart høyere i familier med lavinntekt enn i øvrige familier. Gjennomsnittet i befolkningen i trangboddhet er på 18 prosent (se [figur 6.4 A](#)), mens snittet blant familier med lavinntekt er på 50 prosent, mot 14 prosent blant andre familier. Denne differansen på 36 prosentpoeng er stor relativt til variasjonen mellom familier (standardisert forskjell 1,0). Nivåene i trangboddhet er lavest blant barn med to norskfødte foreldre og høyest blant førstegenerasjonsinnvandrere og andregenerasjonsinnvandrere (12 mot 46–47 prosent). Inntektsgruppeforskjellen i trangboddhet er stor i gruppen av førstegenerasjonsinnvandrere og andregenerasjonsinnvandrere (rundt 31 prosentpoeng for begge), men moderat i familier med to norskfødte foreldre og i familier med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder. Sammenhengen mellom trangboddhet og inntekt er negativ i alle inntektskvartiler og i alle grupper (se [figur 6.4 B](#)), sterkest nederst og særlig i førstegenerasjonsinnvandrere (-28 prosentpoeng fra laveste til høyeste inntektspersentil) sammenlignet med barn med to norskfødte foreldre (-9 prosentpoeng). Funnene viser både et tydelig skille mellom familier med lavinntekt og andre familier, og en jevn inntektsgradient. Samtidig er nivåene av trangboddhet høyere, og forskjellene i sammenhengen mellom trangboddhet og inntekt på tvers av inntektskvartiler større, i familier med innvandringsbakgrunn enn i familier uten innvandringsbakgrunn.



Figur 6.4: Andel familier (%) i trangbodd bolig. Panel A viser verdien fordelt på ulike inntektsgrupper og etter migrasjonsbakgrunn. Pilen markerer forskjellen mellom barn som vokser opp i fattigdom og barn som ikke gjør det. Størrelsen på punktene angir størrelsen på de ulike inntektsgruppene. Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt (VLI): Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3 - 2/3$) og Mesteparten ($> 2/3$). Den tykkere grå linjen viser hvor mye familiene samlet sett varierer. Panel B viser sammenhengen med inntektspersentilen som et kontinuerlig mål på inntekt. Den uthevede delen av linjen indikerer hvilke inntektspersentiler som sannsynligvis ligger under fattigdomsgrensen.

6.2.5 Boligeie

På landsbasis eier 86 prosent sin egen bolig. Andelen som eier egen bolig er klart mindre blant familier med lavinntekt enn blant andre familier: Andelen er 37 prosent i lavinntektsgruppen mot 91 prosent blant andre familier, en forskjell på 54 prosentpoeng som vurderes som stor sammenlignet med variasjonen mellom familier. Nivåene i boligeierskap er høyest for barn med to norskfødte foreldre og lavest for førstegenerasjonsinnvandrere (henholdsvis 92 og 41 prosent)). Inntektsgruppeforskjellen i boligeierskap er stor i alle migrasjonsgrupper, særlig for andre- og førstegenerasjonsinnvandrere (-48 prosentpoeng for begge). Sammenhengen mellom høyere inntekt og høyere boligeierskap er sterk i nederste inntektskvartil, særlig i innvandrergruppene, svakere i midten og nær null i øverste. Et unntak er førstegenerasjonsinnvandrere, der sammenhengen er negativ i øverste kvartil. Dette henger trolig sammen med høytlønte arbeidsinnvandrere, inkludert internasjonale spesialister og såkalte 'expats', som ofte oppholder seg i Norge i en begrenset periode (i motsetning til øvrige arbeidsinnvandrere og flyktninger), og derfor kan ha høye inntekter kombinert med lavt boligeierskap.

6.2.6 Barns og foreldres alder

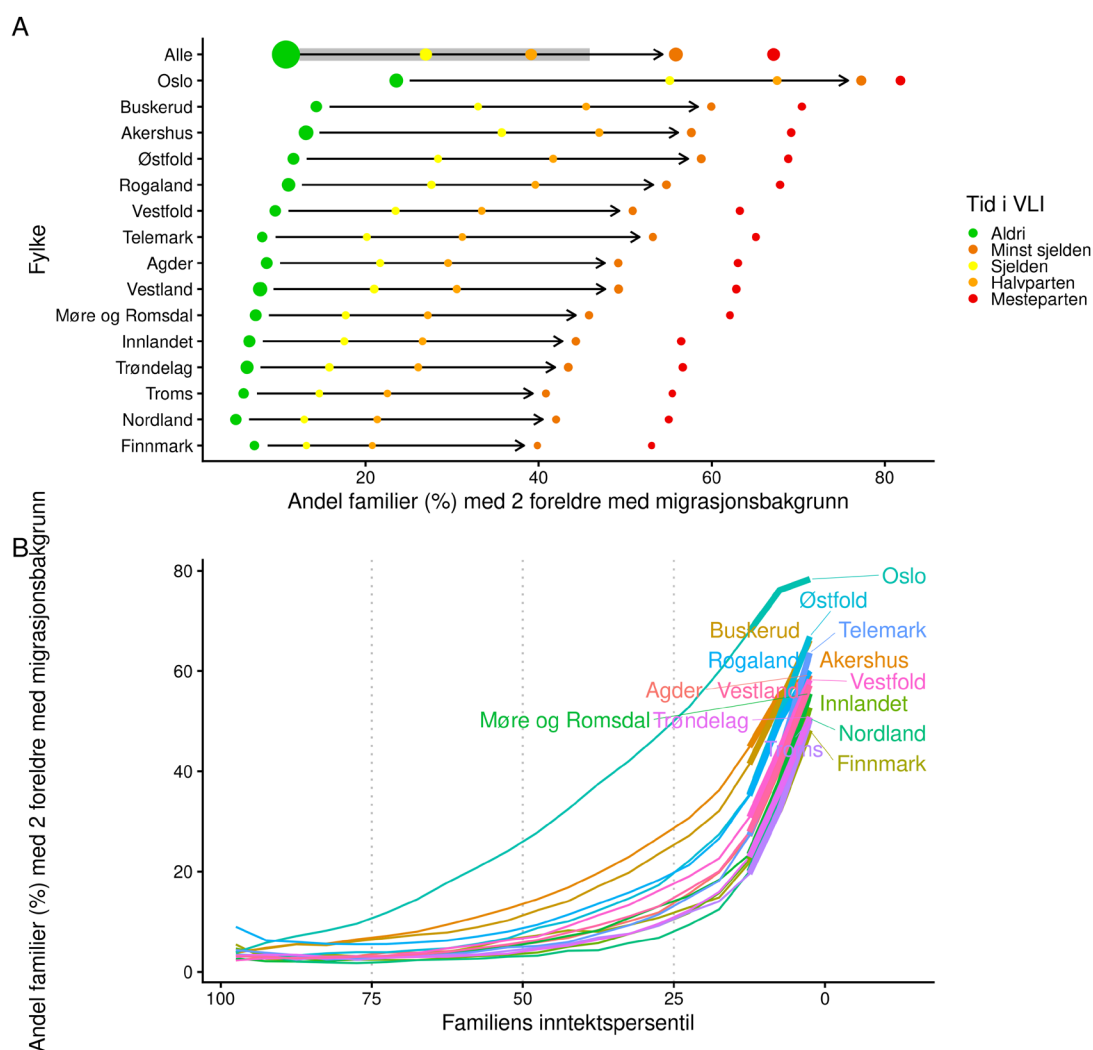
En mulig forklaring på barnefattigdom er at små barn oftere har foreldre som er tidlig i yrkeskarrieren, og dermed har lavere inntekt, noe som kan øke risikoen for fattigdom. I slike tilfeller kan barnefattigdom være midlertidig, ved at både inntekt og økonomisk situasjon bedres etter hvert som foreldrene får mer arbeidserfaring. For å vurdere om dette er en plausibel forklaring, sammenligner vi

gjennomsnittsalderen på barn i ulike inntektsgrupper. *Vedleggfigur V6.1* viser imidlertid at barns alder varierer lite etter inntekt. Foreldres gjennomsnittsalder ligger rundt 40 år samlet sett og er noe lavere i familier med lavinntekt (se *vedleggfigur V6.2*). Kort oppsummert er snittet 39,1 år for barn i familier med vedvarende lavinntekt, og 40,1 år for barn i øvrige familier, en forskjell på –1,0 år som vurderes som liten sammenlignet med variasjonen mellom familier.

6.2.7 Migrasjonsbakgrunn

Ved å analysere andelen barn etter migrasjonsbakgrunn får vi et bilde av sammenhengen mellom barnefattigdom og migrasjonsbakgrunn. Siden andelen barn med migrasjonsbakgrunn varierer betydelig mellom fylker, stratifiserer vi analysen av barns migrasjonsbakgrunn etter fylke.

På landsbasis har barn i familier med lavinntekt langt oftere to foreldre med migrasjonsbakgrunn enn andre barn (se *figur 6.5 A*). Totalt er andelen barn med foreldre med migrasjonsbakgrunn 15,4 prosent. Blant barn i familier med lavinntekt er andelen foreldre med migrasjonsbakgrunn 55,9 prosent sammenlignet med 10,8 prosent blant barn med foreldre med migrasjonsbakgrunn som ikke er i lavinntekt, og denne forskjellen mellom gruppene på 45,1 prosentpoeng utgjør en veldig stor forskjell. Andelen av foreldre med migrasjonsbakgrunn i lavinntekt er høyest i Oslo og relativt høy i Buskerud og Østfold, mens Nordland og Troms ligger lavest. Gruppeforskjellene i inntekt sett opp mot andelen foreldre med migrasjonsbakgrunn er store i alle fylker; den er størst i Oslo i absolutte tall, og forholdstallet er særlig høyt i Nordland og Innlandet. Den største absolutte forskjellen i prosentpoeng ser vi i Oslo (53,7), og den minste i Finnmark (32,7).



Figur 6.5: Andel familier (%) med to foreldre med migrasjonsbakgrunn. Panel A viser verdien fordelt på ulike inntektsgrupper og etter fylke. Pilen markerer forskjellen mellom barn som vokser opp i fattigdom og barn som ikke gjør det. Størrelsen på punktene angir størrelsen på de ulike inntektsgruppene. VLI = vedvarende lavinntekt. Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). Den tykkere grå linjen viser hvor mye familiene samlet sett varierer. Panel B viser sammenhengen med inntektspersentilen som et kontinuerlig mål på inntekt. Den uthevede delen av linjen indikerer hvilke inntektspersentiler som sannsynligvis ligger under fattigdomsgrensen.

Analysen av kontinuerlig inntekt viser en tydelig negativ sammenheng mellom inntektsprosentil og andel familier med migrasjonsbakgrunn, men styrken i denne sammenhengen varierer klart mellom fylker og langs inntektsfordelingen (se figur 6.5 B). I Oslo har sammenhengen en gjennomgående bratt og negativ helning på tvers av alle inntektsprosentiler, noe som indikerer en sterk sammenheng mellom inntekt og migrasjonsbakgrunn i hele inntektsfordelingen. I de øvrige fylkene er sammenhengen derimot svak i de tre øverste inntektskvartilene, ofte nær null eller svakt positiv, men betydelig sterkere i den laveste inntektskvartilen, der endringen innen kvartilen er stor, og der helningen øker gradvis jo lenger ned i inntektsfordelingen man kommer. Dette mønsteret kan tolkes som at sammenhengen mellom inntekt og migrasjonsbakgrunn har ulik karakter i Oslo enn i resten av landet, både når det gjelder styrke og hvordan den varierer langs inntektsfordelingen. I Oslo tyder den jevnt bratte helningen på tvers av alle inntektsprosentiler på at barn med migrasjonsbakgrunn er relativt jevnt representert i hele inntektsfordelingen, også blant familier med middels og høy inntekt. Dette indikerer at

migrasjonsbakgrunn i Oslo i mindre grad er entydig knyttet til lavinntekt alene, og i større grad reflekterer byens befolkningssammensetning, boligstruktur og arbeidsmarked, der både lav- og høyinntektsfamilier med migrasjonsbakgrunn er vanlige.

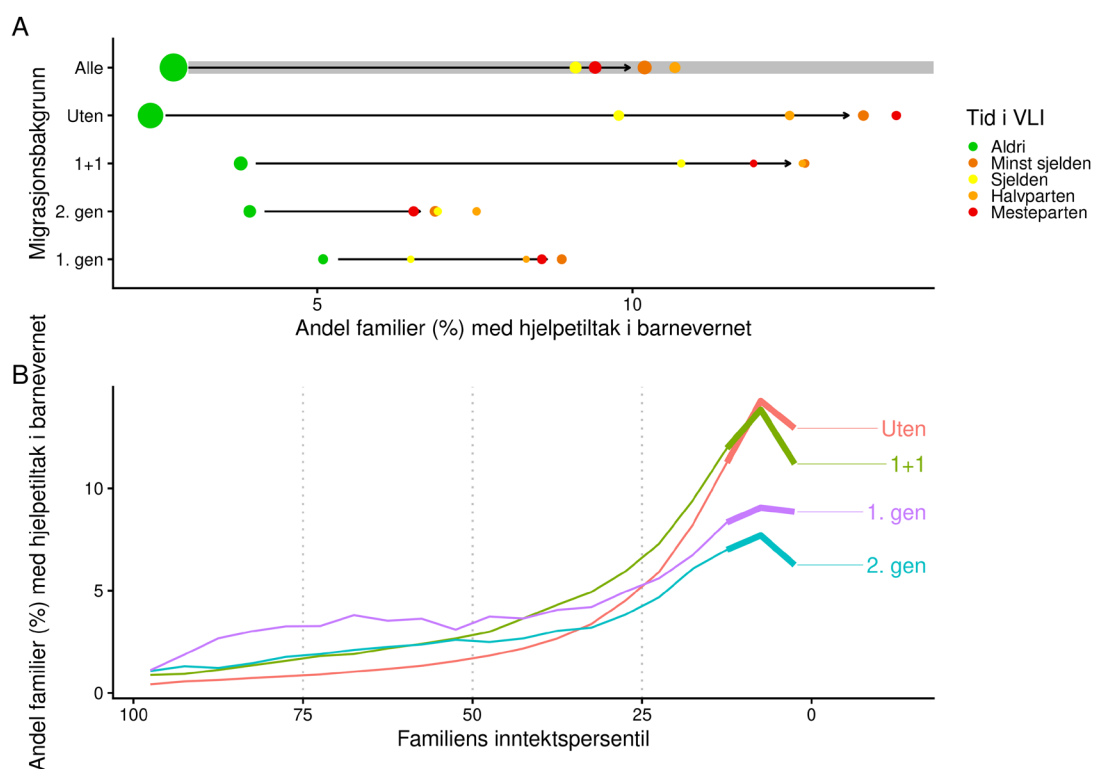
I de øvrige fylkene peker mønsteret imidlertid mot en mer konsentrert sammenheng mellom migrasjonsbakgrunn og lavinntekt. Den flate helningen i de tre øverste inntektskvartilene antyder at andelen barn med migrasjonsbakgrunn blant middel- og høyinntektsfamilier er relativt lav og endrer seg lite med inntekt, mens den svært bratte helningen i den laveste inntektskvartilen viser en sterk overrepresentasjon blant familier med lavest inntekt. At helningen øker gradvis jo lenger ned i inntektsfordelingen man kommer, tyder på at sammenhengen blir særlig sterk nær fattigdomsgrensen.

Samlet sett kan funnene indikere at migrasjonsbakgrunn i Oslo er bredt fordelt langs inntektsfordelingen, mens den i andre fylker i langt større grad henger sammen med økonomisk sårbarhet. En mulig forklaring er at foreldre med migrasjonsbakgrunn og høy utdanning i større grad er bosatt i Oslo enn i andre deler av landet, noe som bidrar til en sterkere og mer gjennomgående sammenheng også ved høyere inntektsnivåer.

6.2.8 Hjelpetiltak i barnevernet

Barnevernstjenesten skiller mellom to hovedtyper tiltak: hjelpetiltak og omsorgstiltak. Mens omsorgstiltak innebærer at barnevernet overtar omsorgen for barnet og flytter det ut av hjemmet – for eksempel til et fosterhjem eller en barnevernsinstitusjon – fokuserer vi i dette kapitlet på de mer frekvente hjelpetiltakene. Dette er støtte- og oppfølgingstiltak som skal bidra til å bedre barnets omsorgssituasjon mens barnet fortsatt bor hjemme. Tiltakene er hjemlet i barnevernsloven og kan blant annet omfatte økonomisk stønad, støttekontakt, tilsyn, ulike former for avlastning, hjemmekonsulent eller hjelp til barnehage og SFO. Siden langt flere barn mottar hjelpetiltak enn omsorgstiltak, er det disse som danner grunnlaget for våre analyser.

Andelen familier med hjelpetiltak er klart høyere blant barn i familier med vedvarende lavinntekt enn blant andre barn, og forskjellen mellom barn i familier med og uten lavinntekt er størst blant barn uten migrasjonsbakgrunn. Nivået er ellers lavest for barn med to norskfødte foreldre og høyest for førstegenerasjonsinnvandrere. For alle barn er andelen rundt 3,5 prosent (alle inntekter: 3,5; se [figur 6.6 A](#)). Blant barn i familier med lavinntekt er andelen 10,2 mot 2,7 blant øvrige barn; forskjellen er stor målt som forholdstall (ratio 3,7) og tilsvarer 7,5 prosentpoeng. På tvers av inntekt er nivået lavest for barn med to norskfødte foreldre (2,9) og høyest for førstegenerasjonsinnvandrere (6,8). Inntektsforskjellen er veldig stor for barn med to norskfødte foreldre (11,3 prosentpoeng; ratio 5,8), også stor for barn med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder (9,0 prosentpoeng; ratio 3,4), og moderat for førstegenerasjons- og andregenerasjonsinnvandrere. Helningene innen inntektskvartiler er negative og sterke nederst for barn uten migrasjonsbakgrunn (-7,0), generelt små i de øvre kvartilene, med et unntak for førstegenerasjonsinnvandrere øverst (-2,1; se [figur 6.6 B](#)). Resultatene indikerer en stor forskjell etter vedvarende lavinntekt på tvers av grupper, kombinert med en jevn inntektsgradient tydeligst nederst i fordelingen.



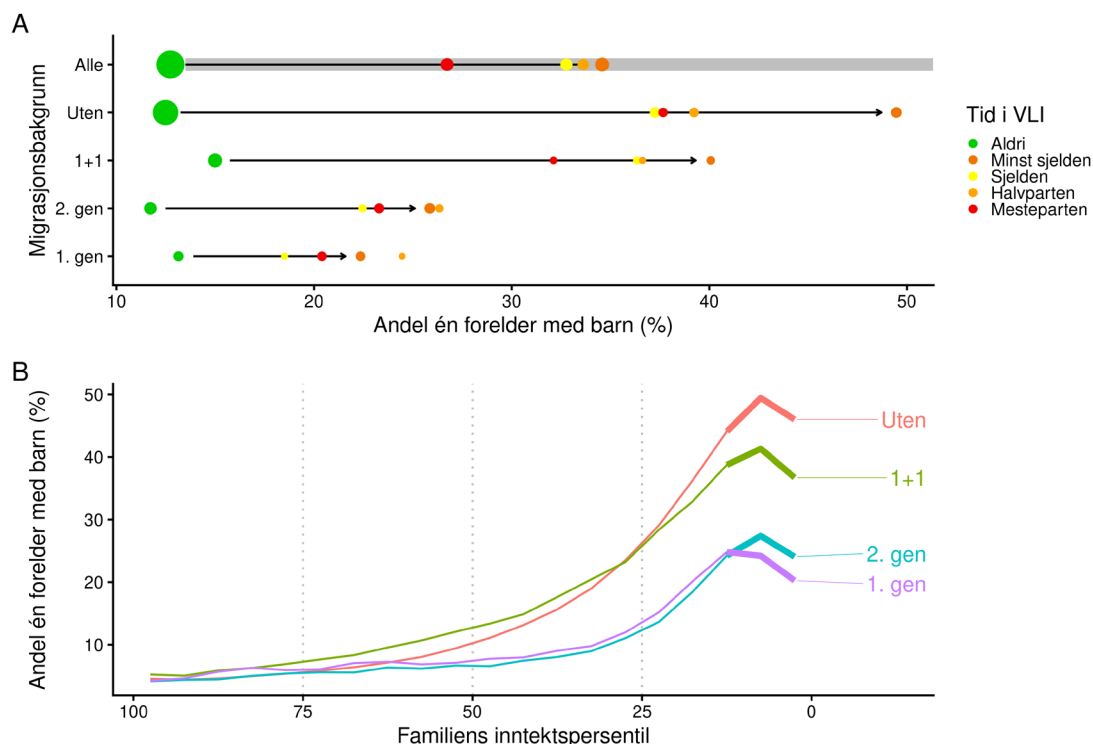
Figur 6.6: Andel familier (%) med hjelpetiltak i barnevernet. Panel A viser verdien fordelt på ulike inntektsgrupper og etter migrasjonsbakgrunn. Pilen markerer forskjellen mellom barn som vokser opp i fattigdom og barn som ikke gjør det. Størrelsen på punktene angir størrelsen på de ulike inntektsgruppene. Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt (VLI): Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3 - 2/3$) og Mesteparten ($> 2/3$). Den tykkere grå linjen viser hvor mye familiene samlet sett varierer. Panel B viser sammenhengen med inntektspersentilen som et kontinuerlig mål på inntekt. Den uthevede delen av linjen indikerer hvilke inntektspersentiler som sannsynligvis ligger under fattigdomsgrensen.

6.2.9 Aleneforsørger med barn

Variabelen aleneforsørger er konstruert med utgangspunkt i SSBs registerbaserte husholdningstype, som beskriver hvordan husholdninger er sammensatt. I analysen har vi gruppert husholdninger med barn i tre overordnede kategorier: par med barn, én forelder med barn og andre husholdninger. Kategorien aleneforsørger omfatter husholdninger der barn bor sammen med kun én forelder, uavhengig av om forelderen er mor eller far og av barnets alder. Husholdninger der barn bor med to foreldre er klassifisert som par med barn, mens øvrige husholdningstyper samles i en restkategori og inngår ikke i definisjonen av aleneforsørger.

Figur 6.7 A viser at andelen barn som bor med én forelder er betydelig høyere blant barn i familier med vedvarende lavinntekt enn blant andre barn. På landsnivå er gjennomsnittet 15 prosent, men andelen er hele 35 prosent i lavinntektsgruppen og bare 12,7 prosent blant øvrige barn. Differansen er 22 prosentpoeng og vurderes som moderat (forholdstall 2,72) sammenlignet med den generelle variasjon mellom familier. Nivået er høyest blant barn med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder og blant førstegenerasjonsinnvandrere (begge 17,3 prosent) og lavest blant barn med norsk bakgrunn (14,2). Forskjellen mellom inntektsgruppene er størst for barn med norsk bakgrunn (37 prosentpoeng, klassifisert som stor; forholdstall 3,96), moderat for barn med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder (25 prosentpoeng) og minst for førstegenerasjonsinnvandrere (9 prosentpoeng). Som vist i panel B er sammenhengen gjennomgående negativ i alle inntektskvartiler, med størst endring i nederste kvartil for barn med norsk bakgrunn (-16,9 prosentpoeng) og klart svakere i de øvrige gruppene (se Figur 6.7 B). I

øverste kvartil er endringen liten for alle, rundt -1 prosentpoeng. Dette peker mot både et tydelig skille mellom inntektsgrupper og en jevn inntektsgradient, med størst forskjeller for barn med norsk bakgrunn og minst for førstegenerasjonsinnvandrere.



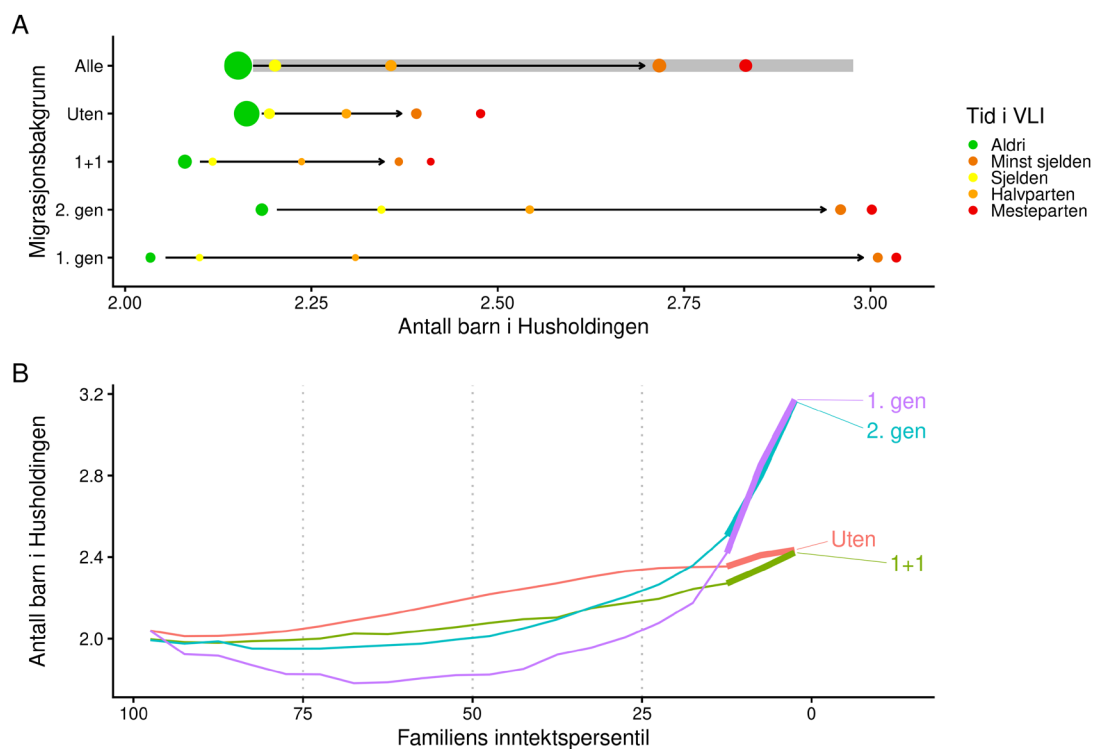
Figur 6.7: Andel familier som består av én forelder med barn (%). Panel A viser verdien fordelt på ulike inntektsgrupper og etter migrasjonsbakgrunn. Pilen markerer forskjellen mellom barn som vokser opp i fattigdom og barn som ikke gjør det. Størrelsen på punktene angir størrelsen på de ulike inntektsgruppene. VLI = vedvarende lavinntekt. Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). Den tykkere grå linjen viser hvor mye familiene samlet sett varierer. Panel B viser sammenhengen med inntektspersentilen som et kontinuerlig mål på inntekt. Den uthevede delen av linjen indikerer hvilke inntektspersentiler som sannsynligvis ligger under fattigdomsgrensen.

6.2.10 Antall barn i husholdningen

Barn i familier med vedvarende lavinntekt bor oftere i hushold med flere barn enn andre barn, og dette mønsteret er tydeligst blant innvandrergруппene og svakest blant barn med to norskfødte foreldre. På landsnivå er gjennomsnittet 2,21 barn per husholdning (se figur 6.8 A). Blant andre barn ligger gjennomsnittet på 2,15, mens barn i familier med lavinntekt i snitt har 2,72 barn i husholdningen de er en del av. Dette gir en moderat forskjell på 0,56 når man sammenligner variasjonen mellom familier. Gjennomsnittet på tvers av inntektsgrupper er høyest for første- og andregenerasjonsinnvandrere (rundt 2,5 og 2,4) og lavest for barn med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder eller to norskfødte foreldre.

Forskjellen mellom inntektsgruppene er stor i innvandrergруппene, med 0,98 flere barn i husholdningen blant førstegenerasjonsinnvandrere og 0,78 blant andregenerasjonsinnvandrere. Blant barn med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder og barn med to norskfødte foreldre er forskjellene moderate til små (0,29 og 0,23). Som vist i figur 6.8 B henger høyere inntekt sammen med færre barn i husholdningen i de laveste inntektskvartilene. Endringen fra laveste til høyeste inntektspersentil i nederste kvartil er størst for første- og andregenerasjonsinnvandrere ($-1,10$ og $-0,90$), og liten for barn

med to norskfødte foreldre samt barn med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder. I de midtre kvartilene er sammenhengen svak, og i øverste kvartil er den null eller svakt positiv for innvandrergруппene (0,04 til 0,21). Tallene samlet peker mot et moderat gap mellom barn i familier med vedvarende lavinntekt og øvrige barn, med særlig store forskjeller i innvandrergруппene.



Figur 6.8: Antall barn i husholdningen. Panel A viser verdien fordelt på ulike inntektsgrupper og etter migrasjonsbakgrunn. Pilen markerer forskjellen mellom barn som vokser opp i fattigdom og barn som ikke gjør det. Størrelsen på punktene angir størrelsen på de ulike inntektsgruppene. Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt (VLI): Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3 - 2/3$) og Mesteparten ($> 2/3$). Den tykkere grå linjen viser hvor mye familiene samlet sett varierer. Panel B viser sammenhengen med inntektspersentilen som et kontinuerlig mål på inntekt. Den uthevede delen av linjen indikerer hvilke inntektspersentiler som sannsynligvis ligger under fattigdomsgrensen.

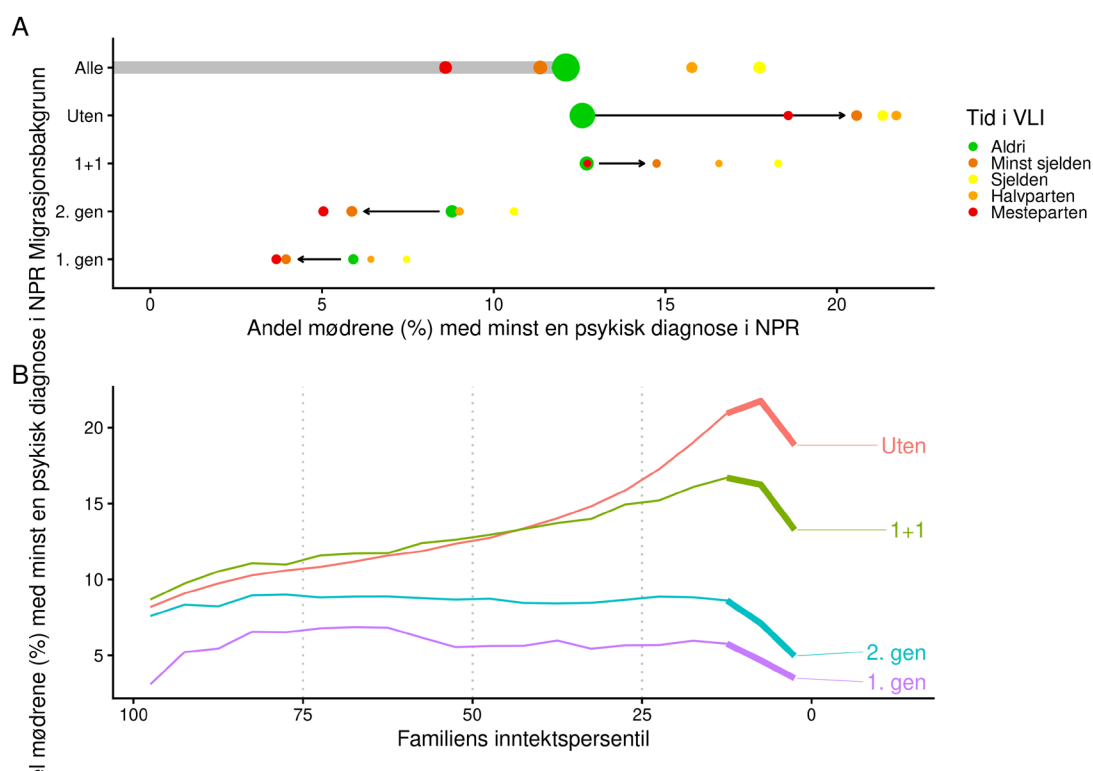
6.2.11 Familiens helse

I dette delkapitlet retter vi oppmerksomheten mot psykisk helse blant foreldre og søsken, og undersøker hvordan disse helseforholdene varierer mellom ulike inntektsgrupper.⁹ Vi undersøker spesielt hvor sannsynlig det er at foreldre eller søsken har fått registrert en psykisk helsediagnose i barnets ti første leveår. Vi ser på andelen barn som hadde en mor, far eller et søsken med en psykisk diagnose før barnet fylte 10 år. Vi avgrenser analysen til diagnoser fra spesialisthelsetjenesten, og ikke primærhelsetjenesten, fordi disse diagnosene regnes som mer pålitelige og typisk indikerer mer alvorlige psykiske problemer.

⁹ Kapittel 7 viser at det er betydelige forskjeller i psykisk helse mellom barn som vokser opp i fattigdom og andre barn. I kapittel 8 viser vi at det er små og ubetydelige forskjeller i fysisk helse mellom de samme gruppene, og vi har derfor ikke gått nærmere inn på fysisk helse her.

6.2.11.1 Mors og fars psykiske helse

Her analyserer vi om mødre har mottatt en psykisk helsediagnose. Dette omfatter enhver diagnose innen kapittel F i det internasjonale diagnosesystemet ICD-10, som brukes av kvalifisert fagpersonell (leger og psykologer) i spesialisthelsetjenesten til å registrere psykiske lidelser.



Figur 6.9: Andel mødre (%) med minst én psykisk diagnose i NPR. Panel A viser verdien fordelt på ulike inntektsgrupper og etter migrasjonsbakgrunn. Pilen markerer forskjellen mellom barn som vokser opp i fattigdom og barn som ikke gjør det. Størrelsen på punktene angir størrelsen på de ulike inntektsgruppene. Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt (VLI): Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). Den tykkere grå linjen viser hvor mye familiene samlet sett varierer. Panel B viser sammenhengen med inntektspersentilen som et kontinuerlig mål på inntekt. Den uthevede delen av linjen indikerer hvilke inntektspersentiler som sannsynligvis ligger under fattigdomsgrensen.

Nasjonalt ligger andelen mødre med psykisk diagnose på 12,0 prosent (se figur 6.9 A). Barn i familier med vedvarende lavinntekt har en noe lavere andel (11,4 prosent) enn andre barn (12,1 prosent), en differanse på $-0,7$ prosentpoeng som vurderes som ubetydelig. Nivået er høyest i gruppen av barn med norsk bakgrunn og en norsk forelder (rundt 13 prosent) og lavest blant førstegenerasjonsinnvandrere (5,0 prosent). Forskjellen mellom inntektsgrupper er størst i gruppen med norsk bakgrunn (8,0 prosentpoeng) og liten for gruppen med blandet bakgrunn (2,0 prosentpoeng), mens den går i motsatt retning blant andregenerasjons- og førstegenerasjonsinnvandrere ($-2,9$ og $-2,0$ prosentpoeng).

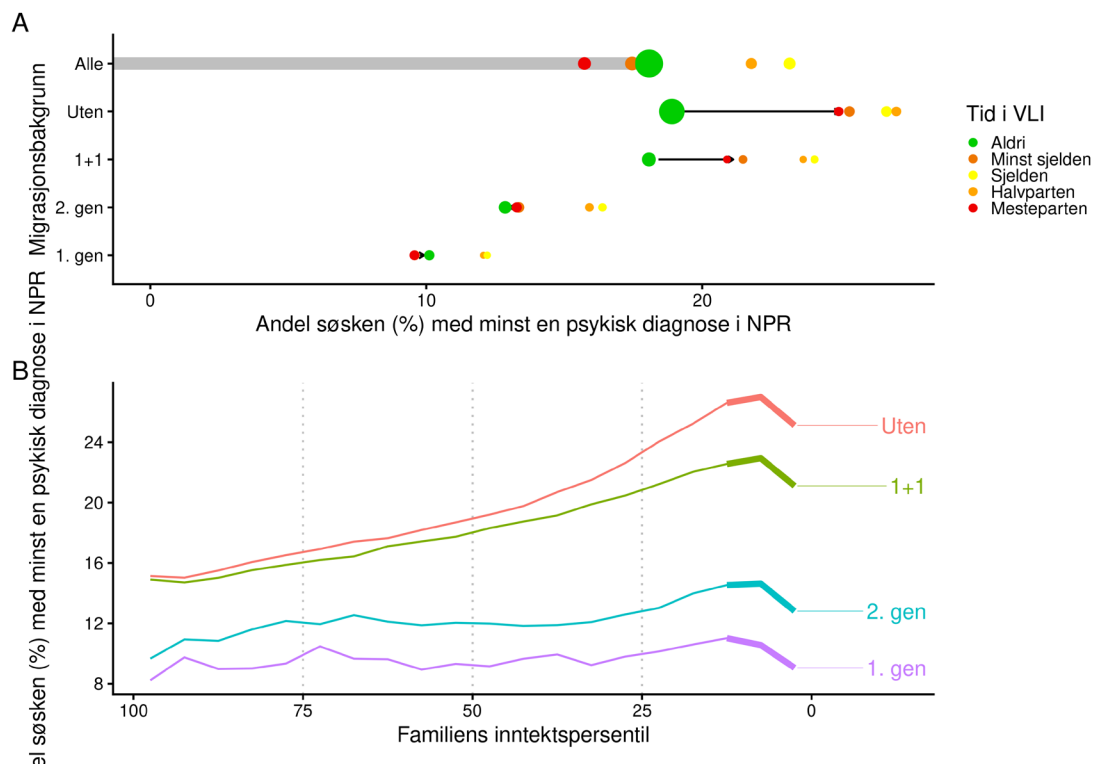
Samvariasjonen med inntekt innen inntektskvartiler er gjennomgående svært svak sammenlignet med variasjonen mellom familier. For barn med norsk bakgrunn er høyere inntekt i alle kvartiler forbundet med en liten nedgang (omtrent $-1,5$ til $-3,1$ prosentpoeng fra laveste til høyeste inntektspersentil innen hvert kvartil) (se figur 6.9 B). For gruppen med blandet bakgrunn er det en svak økning i nederste kvartil (1,9 prosentpoeng) og svake nedganger i de øvrige kvartilene. Blant andregenerasjonsinnvandrere og førstegenerasjonsinnvandrere er sammenhengen svak og skifter fortegn, med en liten økning i nedre del og en svak nedgang i øverste kvartil ($-1,4$ til $-3,4$). Funnene tyder dermed på at det ikke finnes et sterkt

kvalitativt skille i mødres psykiske helse mellom familier med lavinntekt og øvrige familier, men at det heller er en sammenheng mellom inntekt og forekomst av psykiske diagnoser på tvers av inntektsfordelingen. Denne sammenhengen er tydeligst blant barn med norsk bakgrunn, der den er sterkere i den nedre delen av inntektsfordelingen, mens den i liten grad gjør seg gjeldende blant familier med migrasjonsbakgrunn.

Andelen fedre med en psykisk diagnose er noe høyere blant barn i familier med vedvarende lavinntekt enn blant andre barn (forskjell 2,1 prosentpoeng; se *vedlegg figur V6.3 A*), noe som vurderes som en liten til moderat forskjell. I befolkningen totalt er andelen rundt 7,7 prosent. På tvers av migrasjonsbakgrunn er nivået høyest blant barn med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder, nest høyest blant barn med to norskfødte foreldre, og lavest blant førstegenerasjonsinnvandrere (rundt 9,6 mot 3,7 %). Forskjellen mellom inntektsgruppene er størst for barn med to norskfødte foreldre (7,5 prosentpoeng), mindre i blandede familier (4,5 prosentpoeng) og ubetydelig i innvandrergруппene. Sammenhengene med løpende inntekt tyder på at høyere inntekt generelt henger sammen med lavere andel psykiske diagnoser hos fedre i midtre- og øverste inntektskvartil, særlig for barn med to norskfødte foreldre og i blandede familier. I nederste inntektskvartil er sammenhengene svake eller fraværende, og blant innvandrergруппene kommer de tydeligst til syne først i øverste kvartil (endring fra laveste til høyeste inntektspersentil innen kvartilene rundt $-2,8$ til $-1,4$ i midtre kvartiler for norsk bakgrunn; se *vedleggfigur V6.3 B*). Resultatene peker mot et tydelig skille mellom familier med vedvarende lavinntekt og øvrige familier for barn med to norskfødte foreldre, mens mønsteret ellers i stor grad følger en gradvis innteksgradient og er svakt blant innvandrergруппene.

Her analyserer vi om søsken har mottatt noen psykisk helsediagnose, det vil si en diagnose i kapittel F i ICD-10. Nasjonalt ligger andelen søsken med psykisk diagnose på rundt 18 prosent, og forskjellen mellom inntektsgrupper er samlet sett ubetydelig (se *Figur 6.10 A*). Barn i familier med lavinntekt har en andel på 17,5 prosent mot 18,1 i øvrige husholdninger, tilsvarende en differanse på $-0,6$ prosentpoeng som vurderes som ubetydelig. Andel søsken med en diagnose er høyest blant barn med to norskfødte foreldre og lavest blant førstegenerasjonsinnvandrere (19,2 mot 9,9 prosent). Forskjellen mellom inntektsgruppene er størst i gruppen med norsk bakgrunn (6,4 prosentpoeng; små til moderate), liten blant barn med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder, og ubetydelig eller svakt omvendt hos andregenerasjonsinnvandrere og førstegenerasjonsinnvandrere. Som vist i *Figur 6.10 B* viser sammenhengene en svak negativ innteksgradient i norske familier og hos barn med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder, som er tydeligst i midtre inntektskvartil for barn med norskfødte foreldre ($-3,4$ prosentpoeng fra laveste til høyeste inntektspersentil). Blant andregenerasjonsinnvandrere er innteksgradienten nær fraværende, bortsett fra en svak nedgang i øverste kvartil ($-2,5$), mens mønsteret er blandet hos førstegenerasjonsinnvandrere. Samlet tyder mønstrene på små forskjeller etter vedvarende lavinntekt og en hovedsakelig kontinuerlig inntektseffekt for barn uten migrasjonsbakgrunn eller med blandet bakgrunn.

6.2.11.2 Søskens psykiske helse



Figur 6.10: Andel søsken (%) med minst én psykisk diagnose i NPR. Panel A viser verdien fordelt på ulike inntektsgrupper og etter migrasjonsbakgrunn. Pilen markerer forskjellen mellom barn som vokser opp i fattigdom og barn som ikke gjør det. Størrelsen på punktene angir størrelsen på de ulike inntektsgruppene. Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt (VLI): Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). Den tykkere grå linjen viser hvor mye familiene samlet sett varierer. Panel B viser sammenhengen med inntektspersentilen som et kontinuerlig mål på inntekt. Den uthevede delen av linjen indikerer hvilke inntektspersentiler som sannsynligvis ligger under fattigdomsgrensen.

6.3 Oppsummering og diskusjon

Forskjellene mellom barn som vokser opp i husholdninger med vedvarende lavinntekt og øvrige barn er mest fremtredende når det gjelder foreldres utdanning og familiens boforhold. Foreldre i husholdninger med lavinntekt har betydelig lavere utdanningsnivå og svakere tilknytning til arbeidsmarkedet enn øvrige foreldre, noe som samsvarer med internasjonal forskning som kobler lav utdanning til økonomisk knapphet (Duncan mfl.; Eika og Langørgen 2025). Boligsituasjonen utgjør videre et av de tydeligste skillene i barnas oppvekstvilkår; kun 37 prosent av familiene med vedvarende lavinntekt eier egen bolig, mot 91 prosent av øvrige familier. I tillegg bor 50 prosent av barna i lavinntektsgruppen trangt, sammenlignet med 14 prosent i andre inntektsgrupper.

Disse funnene understøtter mekanismene i «investeringshypotesen», der ressurssterke foreldre har større mulighet til å investere tid og penger i barnas oppvekstvilkår og utvikling (Ekspertgruppen om barn i fattige familier 2024). Analysene viser at ressursgapet er særlig markant blant førstegenerasjonsinnvandrere. I denne gruppen samvarierer lavinntekt ofte med kortere utdanning og større husholdninger. Konsekvensen er at familien må fordele begrensede ressurser, både materielle og menneskelige, på flere familiemedlemmer enn i øvrige husholdninger. Dette systematiske gapet i både

menneskelig og materiell kapital danner et fundament av ulikhet som preger barnas hverdag fra tidlig alder.

Resultatene viser at familiesituasjonen og sårbarhetsfaktorer hos foreldre varierer betydelig med migrasjonsbakgrunn. Mens det er veldokumentert at lavinntekt ofte er assosiert med høyere forekomst av psykiske lidelser (Ridley mfl. 2020; Kinge mfl. 2025), viser våre resultater at denne sammenhengen i hovedsak er drevet av familier uten migrasjonsbakgrunn. Blant innvandrerfamilier finner vi derimot små eller ingen systematiske forskjeller i registrerte psykiske diagnoser etter inntektsnivå. Dette avviker fra forventningen om en universell sosial helsegradient og kan tyde på barrierer for diagnostisering heller enn faktiske helseforskjeller (Andersen mfl. 2025).

Denne differensieringen kan videre tyde på at veiene inn i lavinntekt er fundamentalt ulike for ulike grupper. For familier med norsk bakgrunn kan helseutfordringer, særlig hos fedre, fungere som en medvirkende faktor til svak arbeidsmarkedstilknytning og lavinntekt. For innvandrerfamilier ser lavinntekt i større grad ut til å henge sammen med selve migrasjonsprosessen, integrering og familiestruktur. Eksempelvis er enslige forsørgere overrepresentert i lavinntektsgruppen blant familier med norsk bakgrunn, mens store barnefamilier dominerer blant innvandrerfamilier i samme inntektsgruppe.

Det observerte sammenfallet av flere utfordringer som trangboddhet, lav arbeidsdeltakelse og behov for barnevernstiltak blant familier med lavinntekt sammenlignet med øvrige familier, tyder på at mange barn i familier med lavinntekt møter sammensatte levekårsproblemer. Mottak av hjelpetiltak fra barnevernet er langt vanligere i husholdninger med vedvarende lavinntekt, noe som ofte reflekterer et behov for støtte i komplekse livssituasjoner. Denne opphopningen er særlig markant i den laveste inntektskvartilen, der utfordringene med bolig og økonomi er mest akutte. Den samlede belastningen av ytre rammebetingelser som nabolag og bolig, kombinert med lavere inntekt, lavere utdanningsnivå og mer psykiske helseproblemer i familien, kan på denne måten skape barrierer for barnas utvikling. Dette samsvarer med nyere forskning (Markussen og Røed 2023) som antyder at betydningen av familiens økonomiske ressurser for barns utviklingsmuligheter har økt over tid i Norge, noe som innebærer at offentlige institusjoner som er ment å utjevne sosiale forskjeller, som skolen, kan ha vanskeligheter med å kompensere for slike ulikheter på egen hånd uten at det satses på flere og bredere målrettede tiltak.

Den deskriptive kartleggingen av forskjeller i familiens og foreldres ressurser mellom familier med lavinntekt og øvrige familier understreker at lavinntekt ikke er et ensartet fenomen, men heller representerer en situasjon preget av forskjeller i sårbarhet og en opphopning av ulike risikofaktorer. Ved å belyse hvordan variabler som migrasjonsbakgrunn, foreldres helse, utdanning og arbeidsmarkedstilknytning og familiens husholdningsstruktur og boforhold fordeler seg, har vi lagt et empirisk fundament for å bedre forstå forskjeller i rammene rundt barns oppvekst i Norge i dag.

7 Psykiske helseforhold hos barn

7.1 Hva litteraturen viser

7.1.1 *Sammenhengen mellom å vokse opp i fattigdom og psykisk helse blant barn og unge*

Forskningslitteraturen som foreligger, viser en tydelig sammenheng mellom det å vokse opp i fattigdom og økt risiko for psykiske helseproblemer hos barn og unge (Reiss 2013; Wickham mfl. 2017; Yang mfl. 2023). En systematisk gjennomgang av internasjonal forskning viser for eksempel at barn og unge mellom fire og 18 år fra familier med lav sosioøkonomisk bakgrunn, har to til tre ganger høyere forekomst av psykiske helseproblemer enn barn fra familier med høyere sosioøkonomisk status (Reiss 2013). Man finner tilsvarende mønstre i norske studier som bruker registerdata, hvor barn og unge mellom fem og 17 år fra familier med lavest inntekt har tre til fire ganger høyere risiko for psykiske lidelser enn barn og unge fra familier med høyest inntekt (Kinge mfl. 2021). Barn som har levd i familier med vedvarende lavinntekt i førskolealder (3–5 år), har også høyere sannsynlighet for senere bruk av psykiske helsetjenester (16–25 år) (Hynek mfl. 2022).

Videre viser funn fra den norske Ungdata-undersøkelsen at det er sosiale forskjeller i selvrapporterte psykiske helseplager blant ungdom, hvor andelen unge som rapporterer psykiske plager er høyest blant de med færrest sosioøkonomiske ressurser i familien (Helsedirektoratet 2025; Myhr mfl. 2020). Dette mønsteret ser vi også i de øvrige nordiske landene, og mellom 2002 og 2018 har både absolutte og relative forskjeller i psykisk helse og livskvalitet blant ungdom holdt seg stabile (Corell mfl. 2024).

7.1.2 *Sammenheng med spesifikke psykiske vansker – variasjon etter kjønn og alder*

Både systematiske gjennomganger av forskningslitteraturen og enkeltstudier viser at lavinntekt og fattigdom generelt er forbundet med økt risiko for alle typer psykiske vansker, men at sammenhengen virker å være sterkest for eksternaliserende vansker – som atferdsproblemer, ADHD og reguleringsvansker – sammenlignet med internaliserende vansker som angst og depresjon (Reiss 2013; Comeau og Boyle 2018; Johnson mfl. 2019). Forskningen viser videre at sosioøkonomiske ulikheter i psykisk helse observeres gjennomgående for begge kjønn (Myhr mfl. 2020), men at det også foreligger visse kjønns- og aldersforskjeller i hvordan lav inntekt og sosioøkonomisk status (SES) henger sammen med psykiske helseproblemer. For eksempel viser en norsk registerstudie at inntektsforskjeller i diagnosesatte psykiske lidelser i stor grad kan knyttes til ADHD blant gutter og til angst og depresjon blant jenter (Kinge mfl. 2021). En australsk studie fant at den høyeste risikoen for enhver psykisk lidelse relatert til fattigdom i hovedsak forekom blant gutter i alderen 12–17 år (Johnson mfl. 2019). Sammenhengen mellom fattigdom/lavinntekt og internaliserende vansker som angst og depresjon var imidlertid svakere, og det ble for eksempel ikke funnet noen sammenheng mellom fattigdom og depresjon hos jenter i ungdomsårene (Johnson mfl. 2019).

Når det gjelder alder, viser studier gjennomgående at assosiasjonen mellom lavinntekt og psykiske vansker er til stede i alle aldersgrupper (Reiss 2013; McLaughlin 2011). Systematiske oversiktsstudier (dvs., studier som oppsummerer eksisterende forskning innenfor et tema) viser at sammenhengen er sterkere hos yngre barn enn hos eldre barn og ungdom (over 12 år) (Reiss 2013), selv om noen enkeltstudier finner at sosioøkonomiske ulikheter i psykisk helse er sterkest blant gutter i alderen 7–12 år og blant jenter i alderen 13–17 år (Vaalavuo mfl. 2022). Det er også flere studier som viser at tidlig eksponering for fattigdom kan ha langvarige konsekvenser. En norsk registerstudie viste for eksempel at vedvarende lavinntekt i førskolealder (3–5 år) var assosiert med økt sannsynlighet for bruk av polikliniske psykiske helsetjenester i ungdoms- og tidlig voksen alder (16–25 år) (Hynek mfl. 2022). En

amerikansk studie fant at effekten av lavinntekt i barndommen på antisosial atferd ble sterkere over tid (fra 4-14 år), mens effekten av lavinntekt på depressive plager derimot ble svakere ettersom barna ble eldre (Strohschein 2005).

Samlet sett viser disse resultatene tydelige kjønns- og aldersforskjeller der lavinntekt ofte knyttes til utagerende adferd (som ADHD), særlig hos yngre gutter, og internaliserende vansker (som angst og depresjon) hos særlig jenter i ungdomsårene. Samtidig ser man at betydningen av fattigdom synes å være sterkest i tidlig barndom, hvor tidlig eksponering ser ut til å ha konsekvenser for barn og unges psykiske helse gjennom barne- og ungdomsårene og inn i ung voksen alder. Dette kan indikere at varigheten av eksponering for fattigdom gjennom oppveksten kan ha stor betydning for barn og unges psykiske helse.

Flesteparten av studiene om sammenhengen mellom fattigdom og psykisk helse, har enten sett på den samlede forekomsten av psykiske diagnoser, ofte basert på registerdata, eller spesifisert bruk av spesialisthelsetjenester som en overordnet indikator på psykisk uhelse. Det er imidlertid få studier som har skilt resultatene etter spesifikke diagnoser. Blant disse har også utfallsmålene primært vært basert på enten skalaer som måler symptombelastning for bestemte psykiske vansker (som ADHD, depresjon og angst), eller omhandlet bredere symptomdomener, som internaliserende (som rommer angst og depresjon) og eksternaliserende problemer (som rommer regulerings- og atferdsvansker). Det er derfor behov for studier som benytter mer nyanserte utfallsmål for psykisk uhelse basert på spesifikke diagnoser registrert i ulike helsetjenester.

7.1.3 *Variasjon etter foreldres migrasjonsstatus*

Funn fra nordiske studier viser at sammenhengen mellom lavinntekt og psykiske vansker eller diagnoser hos barn og unge varierer betydelig med migrasjonsbakgrunn (Hansen mfl. 2022; Ivert mfl. 2013; Sheikh mfl. 2025; Teguinmataka 2023). Blant barn med to norskfødte foreldre observeres ofte en tydelig sammenheng mellom lav sosioøkonomisk status og økt risiko for psykiske lidelser. Denne sammenhengen er imidlertid ofte svakere, ikke-eksisterende eller til og med reversert, blant barn med migrasjonsbakgrunn (Sheikh mfl. 2025). Disse mønstrene er også relativt konsistente uavhengig av hva slags målemetode som anvendes i studiene. For eksempel viste en spørreskjema studie av barn (gjennomsnittsalder 10,8 år) fra familier med lavinntekt i Norge at barn og unge med to norskfødte foreldre rapporterte betydelig høyere symptombelastning, målt med the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), sammenlignet med jevnaldrende med migrasjonsbakgrunn (Bøe mfl. 2023). Dette kan tyde på at symptombyrden kan være høyere blant barn i familier med lavinntekt med norsk bakgrunn enn blant barn i familier med lavinntekt og med migrasjonsbakgrunn. Samtidig kan dette også muligens reflektere en seleksjonseffekt når det gjelder hvor mange barn med norskfødte foreldre som besvarer spørreskjema kontra barn med migrasjonsbakgrunn.

Tilsvarende mønster finner man også i registerstudier som bruker diagnoser fra spesialisthelsetjenesten, hvor barn og unge med to norskfødte foreldre hadde høyere risiko for å motta de fleste diagnoser på psykiske lidelser sammenlignet med barn og unge med migrasjonsbakgrunn (med unntak av schizofreni-diagnosen) (Sheikh mfl. 2025). Disse forskjellene reflekterer sannsynligvis sosiokulturelle forskjeller, både når det gjelder tilgang til helsehjelp og hjelpesøkende atferd, snarere enn faktiske forskjeller i utbredelsen av psykiske helseproblemer mellom barn av to norskfødte foreldre og barn med migrasjonsbakgrunn. De kan også indikere at det kan være et udekket behandlingsbehov i gruppen av barn og unge med migrasjonsbakgrunn (Sheikh mfl. 2025; Ivert mfl. 2013). Samtidig fant studien til Sheikh mfl. (2025) at unge med én norskfødt forelder og en forelder med migrasjonsbakgrunn hadde høyere risiko for psykiske lidelser sammenlignet med de med to norskfødte foreldre. Dette funnet ble diskutert i lys av tidligere forskning som viser at det å vokse opp i en familie der to kulturer møtes kan føre til utfordringer knyttet til identitet og ulike sosiale forventninger, eller at interkulturelle familier

ofte har høyere forekomst av konflikter og skilsmisser, som igjen kan gi økt risiko for psykiske helseplager (Loi mfl. 2021; Milewski og Kulu 2014).

7.1.4 Underliggende mekanismer i sammenhengen mellom lavinntekt og psykisk helse

Forskningen er relativt entydig på at lavinntekt og fattigdom i hovedsak påvirker barns psykiske helse indirekte, gjennom økt belastning i familien. Den mest etablerte forklaringsmodellen er Parental Stress Theory, der man antar at økonomisk press skaper en stressfylt familiehverdag som både kan føre til dårligere psykisk helse hos foreldrene og svekke deres foreldrepraksis, noe som i sin tur kan ha betydning for barn og unges psykiske helse (Yang mfl. 2023; Yoshikawa mfl. 2012; Bøe mfl. 2018).

Flere studier underbygger denne antakelsen. For eksempel viser både britiske og norske studier at faktorer som foreldrenes psykiske helse og opphopning av belastninger (som negative livshendelser og familiestress) forklarer en betydelig del av sammenhengen mellom lavinntekt og psykiske vansker hos barn og unge (Yang mfl. 2023; Bøe mfl. 2018). Samtidig viser forskning fra Australia at når man kontrollerer for omsorgsgivers psykiske helse, svekkes betydningen av lavinntekt ytterligere (med unntak av ADHD og atferdsforstyrrelse hos gutter i ungdomsalder), noe som understreker hvor viktig familiens psykiske og emosjonelle klima også kan være for barns trivsel og psykiske helse (Johnson mfl. 2019). En finsk registerstudie nyanserer dette bildet noe ved å vise at foreldres psykiske vansker alene ikke kan forklare de sosioøkonomiske forskjellene, noe som tyder på at foreldres økonomiske ressurser og psykiske helse både kan virke sammen og hver for seg når det gjelder hvordan de innvirker på barn og unges psykiske helse (Vaalavuo mfl. 2022).

Det finnes også indikasjoner på at både endringer i økonomi og økonomiske tiltak kan ha en direkte betydning for barn og unges psykiske helse. En meta-analyse av effekten av økonomiske overføringer som tiltak viste for eksempel at bedring av familiens økonomi kan redusere internaliserende vansker hos ungdom (Zaneva mfl. 2022). I tillegg gir studier som undersøker inntektsdynamikk, altså hvor stabil eller ustabil familiens økonomi er over tid, en utvidet forståelse av sammenhengen mellom økonomiske oppvekstvilkår og psykisk helse blant barn og unge. En dansk kohortstudie viste for eksempel at periodisk fattigdom, eller økonomisk ustabilitet, der familier veksler mellom å være over og under fattigdomsgrensen, hang tett sammen med psykiske vansker i tidlig ungdomsalder (rundt 11 år) (Pryor mfl. 2019; Yang mfl. 2023). Tilsvarende fant en britisk studie at overgang inn i fattigdom i tidlig barndom økte risikoen for sosioemosjonelle og atferdsmessige vansker hos barn (Wickham mfl. 2017). Denne forskningen viser dermed at det ikke bare er nivået på familiens inntekt, men også ustabilitet og usikkerhet i familiens økonomi over tid, som kan ha betydning for barns psykiske helse. Samtidig er kunnskapen om variasjoner over tid i inntekt (inntektsdynamikk) relativt begrenset i Norge ettersom det er høy stabilitet i familiers økonomiske situasjon over tid.

Til sammen peker samtlige av disse studiene på et komplekst, men relativt konsistent mønster der familiestress ofte utpekes som den primære mekanismen i sammenhengen mellom lavinntekt/fattigdom og psykiske uhelse hos barn og unge, samtidig som økonomiske ressurser også i noen tilfeller ser ut til å kunne ha en direkte påvirkning på barn og unges psykiske helse.

7.1.5 Mål på psykisk uhelse og tjenestebruk

I analysene i dette kapitlet ser vi først på bruk av helsetjenestene, definert som antall besøk i både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten som er knyttet til psykiske vansker hos barn, registrert ved henholdsvis P-diagnoser (ICPC-2) og F-koder (ICD-10). I primærhelsetjenesten settes diagnoser ved bruk av klassifiseringssystemet ICPC-2 i forbindelse med konsultasjoner hos fastleger og legevakt. Kodene er delt inn i to nivåer: symptomkoder (P01–P29) og diagnosekoder (P70–P99). Symptomkoder brukes til å registrere enkeltstående psykiske symptomer, slik som angst, nedstemthet eller

søvnforstyrrelser og benyttes typisk ved første konsultasjon. Diagnosekoder (P70–P99) representerer klinisk definerte psykiske lidelser, som angstlidelse, depressiv lidelse eller posttraumatisk stresslidelse og settes av kvalifiserte fagpersoner (lege eller psykolog) basert på kliniske kriterier. I spesialisthelsetjenesten settes diagnoser ved bruk av klassifiseringssystemet ICD-10 i forbindelse med konsultasjoner registrert ved sykehus, som for eksempel barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger.

Deretter ser vi på både forekomsten av enhver psykisk diagnose samt på spesifikke diagnoser registrert i spesialisthelsetjenesten. Dette skyldes at diagnoser som er registrert i spesialisthelsetjenesten settes etter grundigere kliniske utredninger og etter strengere og mer spesifikke diagnostiske kriterier enn i primærhelsetjenesten. Diagnoser satt i primærhelsetjenesten samsvarer heller ikke nødvendigvis med diagnosene som registreres i spesialisthelsetjenesten. Diagnoser registrert i spesialisthelsetjenesten kan dermed gi et mer realistisk estimat på forekomsten av psykiske vansker og lidelser hos barn og unge enn hva som er tilfelle med diagnoser registrert i primærhelsetjenesten. Samtidig er det viktig å understreke at konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten forutsetter henvisning fra fastlege, noe som kan medføre at terskelen for å få hjelp derfor kan være høyere i spesialisthelsetjenesten. Resultater knyttet til diagnoser registrert i primærhelsetjenesten kan sees i vedleggskapitlet.

7.2 Resultater: Bruk av helsetjenestene

Metoden vi har benyttet for de empiriske analysene er nærmere beskrevet i *kapittel 3* men er også kort oppsummert i boks 7.1.

Boks 7.1. En nærmere beskrivelse av data, metode og analyser

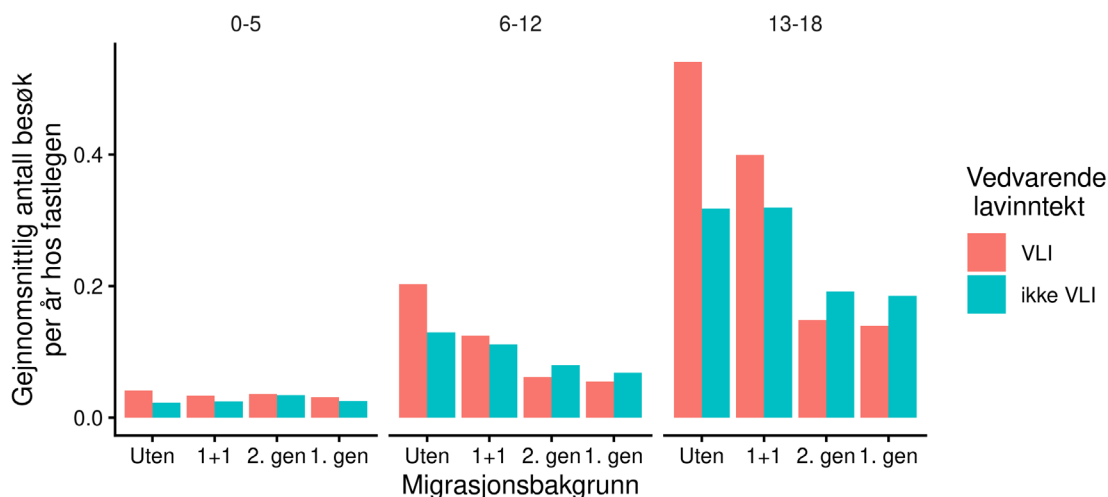
I dette kapitlet er det barnets egne psykiske helseforhold som står sentralt. Vi undersøker først helsetjenestebruk i både primær- og spesialisthelsetjenester i form av forskjeller i gjennomsnittlig antall besøk i de ulike tjenestene, før vi ser nærmere på noen spesifikke diagnoser i spesialisthelsetjenesten. Vi undersøker helsetjenestebruk og forekomst av diagnoser i tre ulike aldersgrupper: 0-5 år, 6-12 år og 13-18 år og om det er forskjeller mellom gutter og jenter. I tillegg undersøker vi forskjeller etter migrasjonsbakgrunn, inndelt i de fire samme gruppene som er beskrevet tidligere.

Vi har data på 1 331 372 barn i alderen 1–18 år med diagnoseinformasjon fra 2007 til 2023 (gjennomsnittlig observasjonstid 11 år). I analyser av spesifikke diagnoser og diagnosegrupper, estimerer vi kumulative risikoer for første forekomst av psykiske diagnoser/diagnosegrupper i spesialisthelsetjenesten ved hjelp av overlevelsesanalyser.

Eksposeringen er andelen år frem til gjeldende alder som barnet har tilbragt i vedvarende lavinntekt. Analysene tar hensyn til at fattigdomsstatus kan endre seg fra år til år, siden eksposeringen beregnes løpende for hvert barn. For å gjøre resultatene mer tilgjengelige, presenterer vi likevel funnene etter fire nivåer av barnefattigdom basert på hvor stor andel av livet barnet har levd i fattigdom: Aldri, sjelden (<33 %), noen ganger (33–66 %) og mesteparten av tiden (>66 %). I tabellene hvor dette målet er brukt, rapporterer vi den relative forskjellen (RD) mellom gruppene som har tilbragt 'mesteparten' av tiden i vedvarende lavinntekt og de som 'aldri' har opplevd dette, samt den relative risikoen (RR) mellom disse to gruppene. Når forskjellen (RD) er negativ, betyr det at barna som har levd lengst i vedvarende lavinntekt har en lavere sannsynlighet for en diagnose enn de barna som aldri har levd i lavinntekt, mens det er motsatt når forskjellen er positiv. Er forskjellen null (RD = 0) er det ingen forskjell. Når risikoen (også omtalt som relativ risiko eller risikoforholdet) er lik, er RR = 1. Om dette tallet er større enn 1, betyr det at de barna som har levd lengst i vedvarende lavinntekt har en større sannsynlighet for å få en diagnose enn de barna som aldri har opplevd dette. Om tallet er mindre enn 1, er sannsynligheten lavere. De estimerte forskjellene (RD) og de relative risikoene (RR) som er vist i tabellene er beregnet i modeller og automatisk avrundet. Om man ser på tallene for hver fattigdomsgruppe og prøver å regne ut RD og RR fra disse, kan det være avvik på +/- 0.1 mot de estimerte verdiene.

7.2.1 Bruk av primærhelsetjenester (fastlege) for psykiske helseplager hos barn

Når det gjelder bruk av primærhelsetjenester, undersøker vi gjennomsnittlig besøk per år hos fastlege for psykiske helseplager hos barn stratifisert etter hvorvidt barna har opplevd barnefattigdom (vedvarende lavinntekt, VLI, vist i rødt) eller ikke (vist i blått), aldergrupper (0-5 år, 6-12 år og 13-18 år), samt etter migrasjonsbakgrunn (se figur 7.1).



Figur 7.1: Gjennomsnittlig antall besøk hos fastlegen for psykiske helseplager hos barn per år etter vedvarende lavinntekt, barns alder og migrasjonsbakgrunn

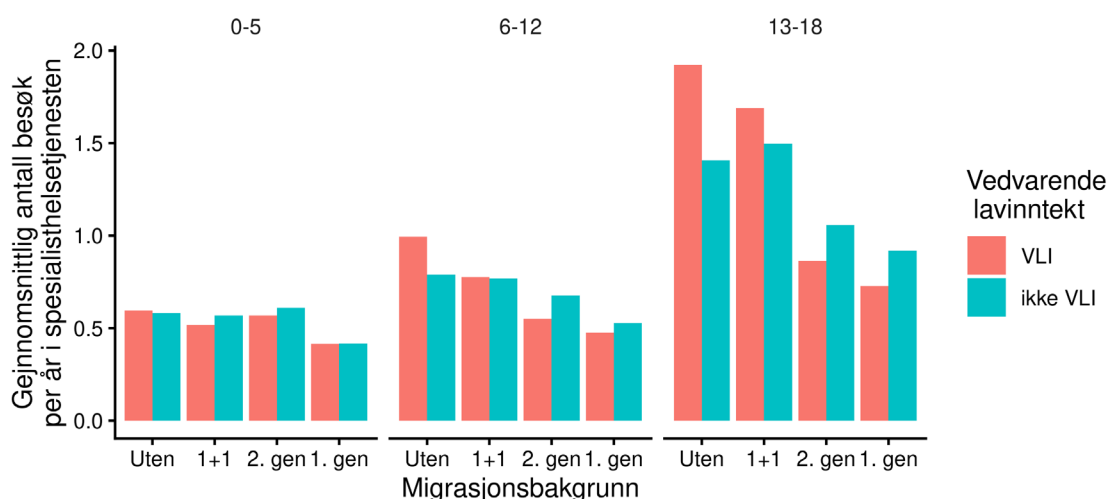
Figur 7.1 viser at sammenhengen mellom barnefattigdom og besøk hos fastlege varierer etter både alder og migrasjonsbakgrunn. Blant de yngste barna (0-5 år) er forskjellene mellom gruppene minst, hvor det ser ut til at bruken av fastlege hverken varierer med migrasjonsbakgrunn eller med inntekt. Samtidig er det viktig å påpeke at det jevnt over er svært få som oppsøker fastlege for psykiske helseplager hos de yngste barna, da forekomsten av diagnoser for denne aldersgruppen generelt er lav.

Forskjellene mellom gruppene blir imidlertid mer tydelige jo eldre barna blir. Når barna er mellom 6-12 år, er antall besøk hos fastlege per år høyest blant gruppen av barn med norskfødte foreldre med vedvarende lavinntekt, både sammenlignet med familier med og uten migrasjonsbakgrunn som ikke har lavinntekt og med familier med migrasjonsbakgrunn som har lavinntekt. Førstegenerasjonsinnvandrere som er i vedvarende lavinntekt er den gruppen som har færrest besøk hos fastlegen per år, både sett opp mot førstegenerasjonsinnvandrere som ikke er i vedvarende lavinntekt og de andre inntekts- og migrasjonsgruppene. Disse mønstrene forsterkes ytterligere når barna er mellom 13-18 år gamle, hvor vi igjen ser at barn med norskfødte foreldre med vedvarende lavinntekt har flest besøk hos fastlege per år, etterfulgt av barn med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder med lavinntekt. Også i denne alderen har førstegenerasjonsinnvandrere som er i familier med vedvarende lavinntekt færrest besøk per år, etterfulgt av andregenerasjonsinnvandrere som er i familier med vedvarende lavinntekt.

Overordnet sett belyser disse mønstrene at det er ulik bruk av primærhelsetjenester for psykiske helseplager etter både inntekt og migrasjonsbakgrunn.

7.2.2 Bruk av spesialisthelsetjeneste for psykiske helseplager hos barn

Når det gjelder bruk av spesialisthelsetjenesten, undersøker vi gjennomsnittlige besøk per år hos spesialister for psykiske helseplager stratifisert etter hvorvidt barna har opplevd barnefattigdom (vedvarende lavinntekt, VLI, vist i rødt) eller ikke (vist i blått), barnas alder (0-5 år, 6-12 år og 13-18 år) samt migrasjonsbakgrunn (se figur 7.2).



Figur 7.2: Gjennomsnittlig antall besøk i spesialisthelsetjenesten for psykiske helseplager hos barn per år etter vedvarende lavinntekt, barns alder og migrasjonsbakgrunn

I likhet med mønstrene for fastlegebruk, viser resultatene at forskjellene mellom gruppene basert på migrasjonsbakgrunn og om man er i familier med lavinntekt eller ikke, blir tydeligere jo eldre barna er.

For de yngste barna (0-5 år) er det små forskjeller i gjennomsnittlig antall besøk hos spesialisthelsetjenesten mellom inntekts- og migrasjonsgruppene, hvor andregenerasjonsinnvandrere både med og uten lavinntekt har tilnærmet like mange besøk som barn av norskfødte foreldre eller med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder både med og uten lavinntekt. Førstegenerasjonsinnvandrere har noe færre besøk enn de andre gruppene, uavhengig av inntekt.

Blant barn mellom 6-12 år ser man omtrent det samme mønsteret, men i denne aldergruppen blir det enda tydeligere at barn av norskfødte foreldre som vokser opp i fattigdom har klart flest besøk i spesialisthelsetjenesten per år, mens førstegenerasjonsinnvandrere i familier med vedvarende lavinntekt har færrest besøk. Blant de eldste barna (13-18 år) ser man samme tendens, at barn med norskfødte foreldre med vedvarende lavinntekt har flest besøk, etterfulgt av barn med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder med vedvarende lavinntekt, og deretter barn med enten en eller to norskfødte foreldre som ikke er i vedvarende lavinntekt. Blant første- og andregenerasjonsinnvandrere ser man at barn i familier med vedvarende lavinntekt i snitt har færre besøk i spesialisthelsetjenesten per år sammenlignet med barn med migrasjonsbakgrunn som ikke er fra familier med lavinntekt.

7.3 Diagnoser i spesialisthelsetjenesten

I de påfølgende analysene undersøker vi først forekomsten av psykiske diagnoser samlet sett i spesialisthelsetjenesten. Deretter ser vi på spesifikke diagnoser, hvor vi har valgt å rette søkelyset på de diagnosene som har høyest forekomst blant barn og unge, og der det finnes tidligere forskning som gjør det mulig å sammenligne våre resultater med eksisterende kunnskap. Vi ser derfor på diagnoser for ADHD, internaliserende vansker, som angst og depresjon, samt søvnforstyrrelser og språk- og lærevansker registrert i spesialisthelsetjenesten.

Det er viktig å være oppmerksom på at resultater som er gruppert etter kjønn, migrasjonsbakgrunn og nivå av barnefattigdom bygger på grupper av ulik størrelse (se figur 2.3 og 2.4). Blant barn med norsk eller blandet bakgrunn som har opplevd fattigdom, har relativt få levd mer enn én tredel av barndommen i fattigdom, mens dette gjelder for flertallet av barn som er første- eller andregenerasjonsinnvandrere. Fordi flertallet av gruppene er relativt store i en statistisk sammenheng, er estimatene vi presenterer stort sett statistisk signifikante. I våre beskrivelser av resultatene har vi

imidlertid forsøkt å vurdere den praktiske og reelle betydningen av størrelsen på sammenhengene og forskjellene, som beskrevet over.

7.3.1 Samlet forekomst av diagnoser på psykiske lidelser

Gruppen av diagnoser omfatter psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser.¹⁰

Resultatene viser at risikoen for å få minst én diagnose i spesialisthelsetjenesten øker med alderen og med hvor lenge barnet har vært eksponert for vedvarende lavinntekt. Ved 18 år hadde barn som hadde vært eksponert for lavinntekt mesteparten av barndommen en forekomst på 34,1 prosent, sammenlignet med 26,4 prosent blant barn som aldri hadde vært eksponert for lavinntekt. Tallene er gjennomsnitt på tvers av migrasjonsbakgrunn og vises i [tabell 7.1](#). For barn uten migrasjonsbakgrunn økte forekomsten tydelig med lenger eksponering for lavinntekt, fra 27,1 til 36,7 prosent. Økningen var mindre i gruppen med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder (fra 28,1 til 31,6 prosent). For barn som selv hadde innvandret, sank forekomsten av diagnoser på psykiske vansker ved 18 år med økende varighet i fattigdom gjennom oppveksten, fra 23,8 prosent for de som var aldri i vedvarende fattigdom til 20,4 prosent for dem som var det mesteparten av tiden.

Gutter og jenter fulgte samme mønster: gradienten var tydelig for barn uten migrasjonsbakgrunn, svakere for barn med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder, og flat eller fallende for innvandrergруппene (se [figur 7.3](#)). For førstegenerasjons- og andregenerasjonsinnvandrere var forekomsten høyere blant dem som aldri hadde vært eksponert for lavinntekt enn blant dem som hadde vokst opp i familier med lavinntekt mesteparten av tiden, noe som kan henge sammen med ulik bruk av helsetjenester.

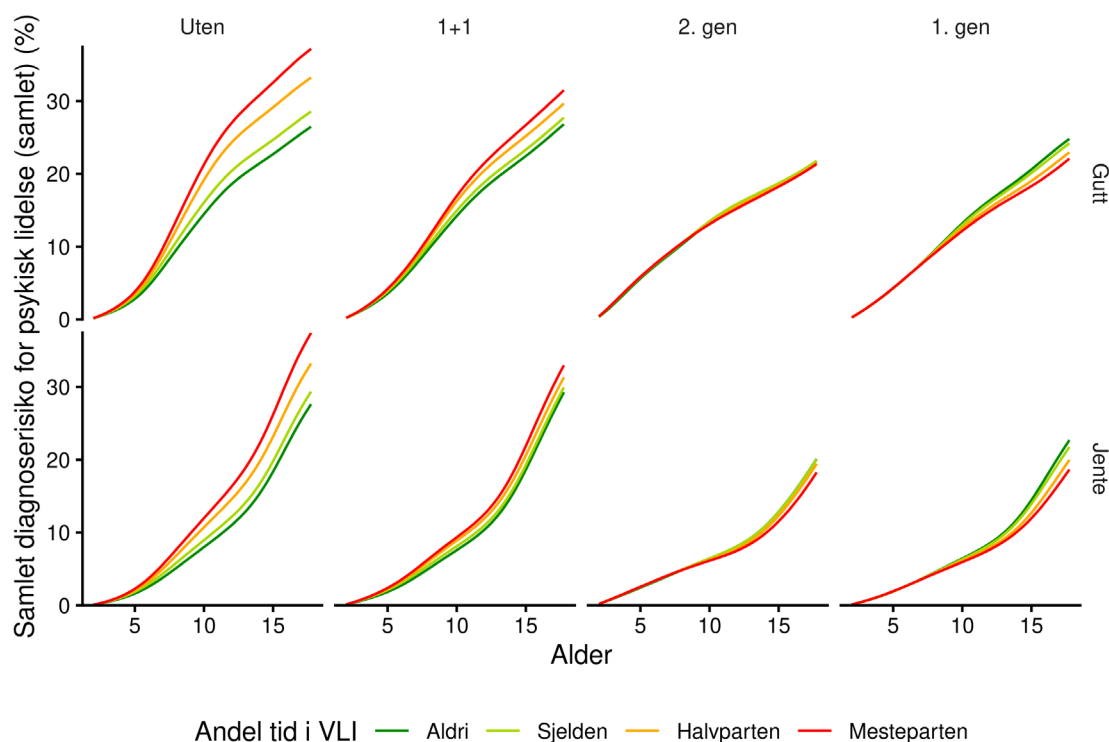
Når vi ser på relativ risiko (RR) ved 18 år, var forskjellene samlet sett små (RR = 1,3) mellom barn som aldri hadde opplevd lavinntekt og barn som hadde vært eksponert for lavinntekt mesteparten av tiden. Forskjellen var små til moderate blant barn uten migrasjonsbakgrunn (RR = 1,4), små i gruppen med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder (RR = 1,1), og ubetydelige i innvandrergруппene (RR = 0,8–0,9).

Tabell 7.1: Risiko for å ha fått minst én psykisk diagnose ved 5, 12 og 18 år, etter andelen år i vedvarende lavinntekt.

Tid i vedv. lavinnt.	Alder		
	5	12	18
Aldri	2,6	14,3	26,4
Sjelden	2,8	15,5	27,9
Halvparten	3,0	17,9	31,1
Mesteparten	3,2	19,5	34,1
RD: Mesteparten–Aldri	0,7	5,2	7,7
RR: Mesteparten/Aldri	1,3	1,4	1,3

Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). RD viser risikodifferansen, og RR viser risikoforholdet, brukt til å sammenligne de ulike inntektsgruppene.

¹⁰ Diagnoser fra ICD-10 kapittel F (Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser).



Figur 7.3: Risiko for å ha fått minst én psykisk diagnose etter alder og andel tid i vedvarende lavinntekt (VLI) gruppert etter migrasjonsbakgrunn og kjønn. Kategoriene viser andelen år i VLI: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). Migrasjonsbakgrunn er kategorisert som følgende: Uten (barn med to norskfødte foreldre), 1+1 (én norskfødt og én utenlandsfødt forelder), 2. gen (norskfødte med to innvandrerforeldre), 1. gen (født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre).

7.3.2 Internaliserende vansker

Diagnosegruppen omfatter internaliserende lidelser.¹¹ Resultatene viser at risikoen for å få en diagnose for internaliserende lidelser i spesialisthelsetjenesten øker med alderen, og stiger noe med mer tid i vedvarende lavinntekt. Ved 18 år hadde barn som hadde vært eksponert for lavinntekt mesteparten av barndommen en forekomst på 12,6 prosent, sammenlignet med 10,4 prosent blant barn som aldri hadde opplevd lavinntekt. Tallene er gjennomsnitt på tvers av migrasjonsbakgrunn og vises i *Tabell 7.2*. Når vi ser på migrasjonsbakgrunn, øker forekomsten ved 18 årsalder med høyere eksponering for lavinntekt blant barn uten migrasjonsbakgrunn, mens økningen er liten for barn med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder. For innvandrergruppene er forekomsten lavere og synker med høyere eksponering for lavinntekt.

Forekomsten er høyere hos jenter enn hos gutter, men mønsteret er likt for begge kjønn: gradienten er tydeligst for barn uten migrasjonsbakgrunn, svak for barn med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder, og flat eller fallende for innvandrergruppene (se *Figur 7.4*). For førstegenerasjons- og andregenerasjonsinnvandrere er forekomsten høyere blant dem som aldri har vært eksponert for lavinntekt enn blant dem som har vært eksponert for lavinntekt mesteparten av tiden, noe som kan henge sammen med ulik bruk av helsetjenester. Når vi ser på relativ risiko (RR) ved 18 år, er forskjellene små til moderate samlet sett (RR = 1,2) mellom barn som aldri har vært eksponert for lavinntekt og barn

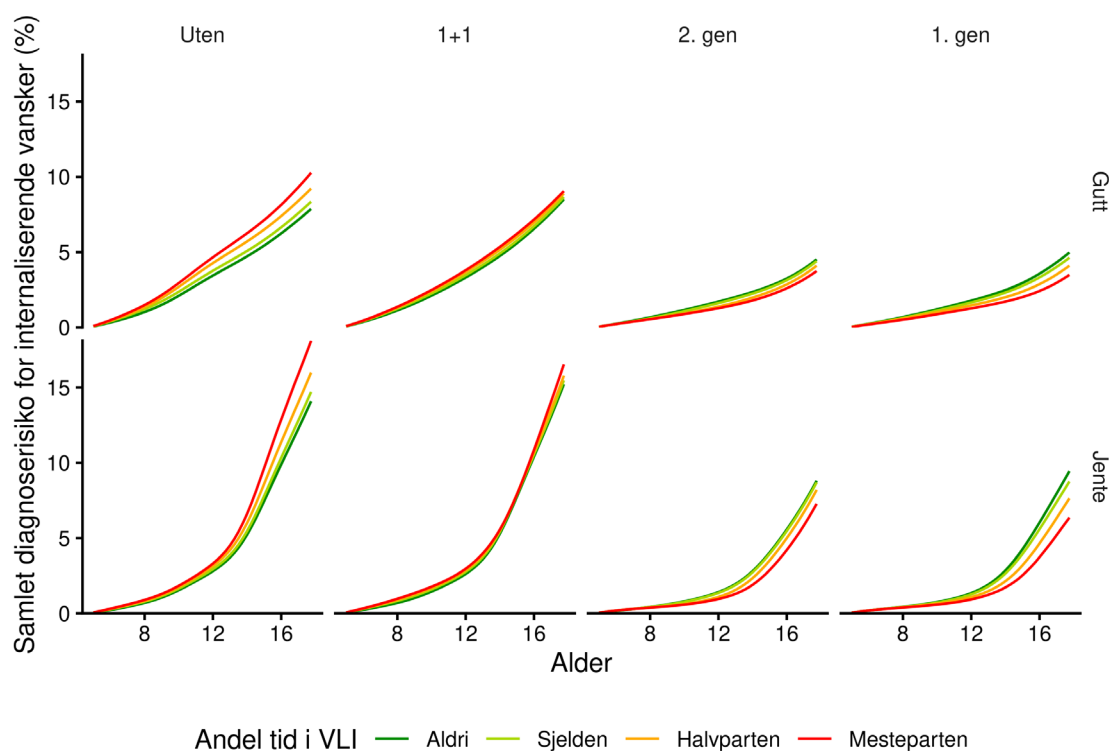
¹¹ Diagnoser fra ICD-10 kapittel F (Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser). 'F3|F4[0-2]|F4[4-8]|F9[2,3]'.

som har vært det mesteparten av tiden. Forskjellen er noe høyere blant barn uten migrasjonsbakgrunn (RR = 1,3).

Tabell 7.2: Risiko for å ha fått en diagnose på internaliserende lidelser ved 5, 12 og 18 år, etter andelen år i vedvarende lavinntekt.

Tid i vedv. lavinnt.	Alder		
	5	12	18
Aldri	0,0	2,9	10,4
Sjelden	0,1	3,0	10,8
Halvparten	0,1	3,3	11,5
Mesteparten	0,1	3,5	12,6
RD: Mesteparten–Aldri	0,0	0,6	2,2
RR: Mesteparten/Aldri	1,4	1,2	1,2

Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($> 2/3$). RD viser risikodifferansen, og RR viser risikoforholdet, brukt til å sammenligne de ulike inntektsgruppene.



Figur 7.4: Risiko for å ha fått en diagnose på internaliserende lidelser etter alder og andel tid i vedvarende lavinntekt (VLI) gruppert etter migrasjonsbakgrunn og kjønn. De fargede linjene andelen år i VLI: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($> 2/3$). Migrasjonsbakgrunn er kategorisert som følgende: Uten (barn med to norskfødte foreldre), 1+1 (én norskfødt og én utenlandsfødt forelder), 2. gen (norskfødte med to innvandrerforeldre), 1. gen (født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre).

7.3.3 ADHD

Gruppen av diagnoser omfatter oppmerksomhets- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD).¹² Resultatene viser at risikoen for å få en ADHD-diagnose øker med alderen og med hvor lenge barnet har levd i vedvarende lavinntekt. Ved 18 år hadde barn som hadde vokst opp i lavinntekt mesteparten av barndommen en forekomst på 10,7 prosent, sammenlignet med 7,6 prosent blant barn som aldri hadde vært eksponert for lavinntekt. Tallene er gjennomsnitt på tvers av migrasjonsbakgrunn og vises i [tabell 7.3](#). Blant barn uten migrasjonsbakgrunn økte risikoen ved 18 årsalder tydelig med høyere eksponering for lavinntekt, mens økningen var minimal i gruppen med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder. For innvandrergруппene var forekomsten lavere og gikk ned med høyere eksponering for lavinntekt (se [figur 7.5](#)).

Gutter og jenter fulgte samme mønster: gutter hadde høyere forekomst enn jenter, men sammenhengen mellom lavinntekt og ADHD var tydeligst for barn uten migrasjonsbakgrunn, svak for barn med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder, og flat eller synkende for innvandrergруппene (se [figur 7.5](#)). For førstegenerasjons- og andregenerasjonsinnvandrere var forekomsten høyere blant dem som aldri hadde vokst opp i lavinntekt enn blant dem som hadde vært eksponert for lavinntekt mesteparten av tiden. Dette kan henge sammen med ulik bruk av helsetjenester.

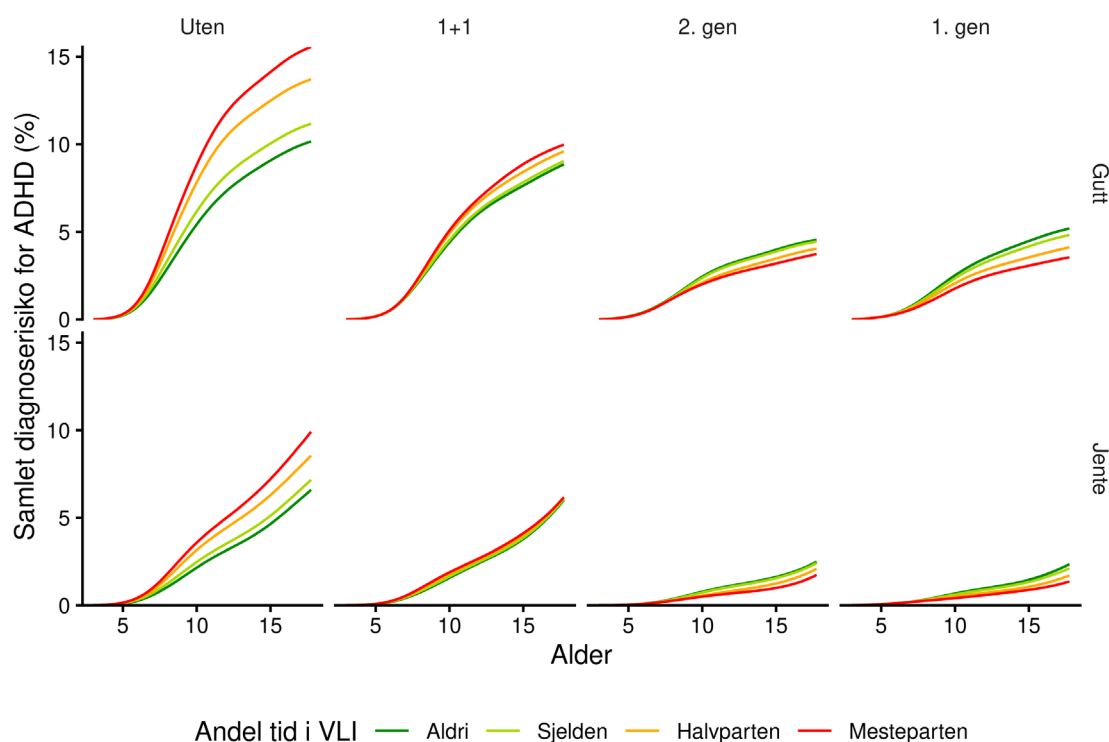
Når vi ser på relativ risiko (RR) ved 18 år, var forskjellene små til moderate samlet sett (RR = 1,3) mellom barn som aldri hadde vært eksponert for lavinntekt og barn som hadde vært det mesteparten av tiden. Forskjellen var noe høyere blant barn uten migrasjonsbakgrunn (RR = 1,5), ubetydelig i gruppen med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder (RR = 1,0) og ubetydelig i innvandrergруппene (RR = 0,6–0,7).

Tabell 7.3: Risiko for å ha fått en ADHD-diagnose ved 5, 12 og 18 år, etter andelen år i vedvarende lavinntekt.

Tid i vedv. lavinnt.	Alder		
	5	12	18
Aldri	0,1	4,6	7,6
Sjelden	0,2	5,1	8,1
Halvparten	0,2	6,2	9,6
Mesteparten	0,2	6,9	10,7
RD: Mesteparten–Aldri	0,1	2,3	3,2
RR: Mesteparten/Aldri	1,4	1,4	1,3

Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). RD viser risikodifferansen, og RR viser risikoforholdet, brukt til å sammenligne de ulike inntektsgruppene.

¹² Diagnoser fra ICD-10 kapittel F (Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser). 'F90'.



Figur 7.5: Risiko for å ha fått en ADHD-diagnose etter alder og andel tid i vedvarende lavinntekt (VLI) gruppert etter migrasjonsbakgrunn og kjønn. Kategoriene viser andelen år i VLI: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). Migrasjonsbakgrunn er kategorisert som følgende: Uten (barn med to norskfødte foreldre), 1+1 (én norskfødt og én utenlandsfødt forelder), 2. gen (norskfødte med to innvandrerforeldre), 1. gen (født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre).

7.3.4 Språk- eller lærevansker

Gruppen av diagnoser omfatter språk- og lærevansker.¹³ Resultatene viser at risikoen for å få en diagnose for språk- eller lærevansker øker med alderen, og at forekomsten er høyere jo lengre tid barnet har vokst opp med vedvarende lavinntekt. Ved 18 år hadde barn som hadde vokst opp med lavinntekt mesteparten av barndommen en forekomst på 6,5 prosent, sammenlignet med 4,2 prosent blant barn som aldri hadde vokst opp med lavinntekt.

Verdiene som vises i tabell 7.4 representerer gjennomsnitt på tvers av migrasjonsbakgrunn. For barn uten migrasjonsbakgrunn økte forekomsten tydelig jo lengre tid barnet har vokst opp med vedvarende lavinntekt, fra 4,4 til 7,1 prosent. Økningen var mindre i gruppen med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder, mens nivåene var lave og nesten uendret i innvandrergruppene. Forskjellen mellom barn uten migrasjonsbakgrunn og innvandrergruppene ble dermed større jo lengre tid barnet hadde vokst opp med vedvarende lavinntekt (se figur 7.6). Gutter og jenter hadde samme mønster: gutter hadde høyere forekomst enn jenter i alle grupper, men sammenhengen mellom lavinntekt og diagnose var tydeligst for barn uten migrasjonsbakgrunn, svakere for barn med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder, og minimal for innvandrergruppene.

Når vi ser på relativ risiko (RR) ved 18 år, var forskjellene små til moderate samlet sett (RR = 1,5) mellom barn som aldri hadde vokst opp i lavinntekt og barn som hadde vokst opp i lavinntekt mesteparten av tiden. Forskjellen var noe høyere blant barn uten migrasjonsbakgrunn (RR = 1,6), liten i gruppen med én

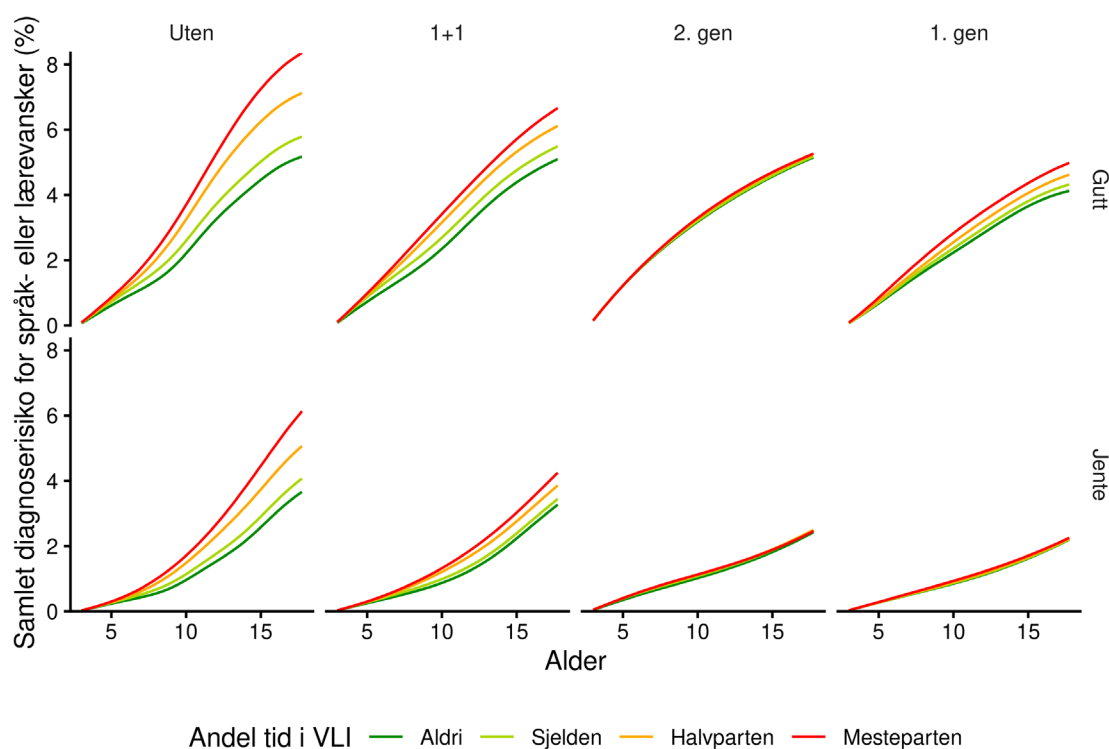
¹³ Diagnoser fra ICD-10 kapittel F (Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser). 'F8[0-1]'.

norskfødt og én utenlandsfødt forelder og blant førstegenerasjonsinnvandrere, og ubetydelig i andregenerasjonsinnvandrere.

Tabell 7.4: Risiko for å ha fått en diagnose på språk- eller lærevansker ved 5, 12 og 18 år, etter andelen år i vedvarende lavinntekt.

Tid i vedv. lavinnt.	Alder		
	5	12	18
Aldri	0,5	2,4	4,2
Sjelden	0,5	2,6	4,7
Halvparten	0,6	3,2	5,6
Mesteparten	0,6	3,6	6,5
RD: Mesteparten–Aldri	0,1	1,3	2,3
RR: Mesteparten/Aldri	1,3	1,6	1,5

Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). RD viser risikodifferansen, og RR viser risikoforholdet, brukt til å sammenligne de ulike inntektsgruppene.



Figur 7.6: Risiko for å ha fått en diagnose på språk- eller lærevansker etter alder og andel tid i vedvarende lavinntekt (VLI) gruppert etter migrasjonsbakgrunn og kjønn. Kategoriene viser andelen år i VLI: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). Migrasjonsbakgrunn er kategorisert som følgende: Uten (barn med to norskfødte foreldre), 1+1 (én norskfødt og én utenlandsfødt forelder), 2. gen (norskfødte med to innvandrerforeldre), 1. gen (født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre).

7.3.5 Søvnforstyrrelser

Diagnosegruppen omfatter søvnforstyrrelser.¹⁴ Risikoen for å få en søvndiagnose øker litt med alderen og med hvor lenge barnet har vokst opp med vedvarende lavinntekt. Ved 18 år ser vi at barn som har vokst opp med lavinntekt mesteparten av barndommen, har noe høyere forekomst enn barn som aldri har vokst opp med lavinntekt (0,6 % mot 0,5 %). Verdiene er gjennomsnitt på tvers av migrasjonsbakgrunn og vises i *tabell 7.5*. Når vi ser på migrasjonsbakgrunn, er mønsteret ulikt. For barn uten migrasjonsbakgrunn, øker forekomsten ved 18 årsalder jo lengre tid barnet har vokst opp med vedvarende lavinntekt (fra 0,5 % til 0,7 %). For barn med migrasjonsbakgrunn er forekomsten lavere og synkende jo lengre tid barnet har vokst opp med vedvarende lavinntekt, mens for barn med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder var nivåene stabile eller svakt fallende (se *figur 7.7*).

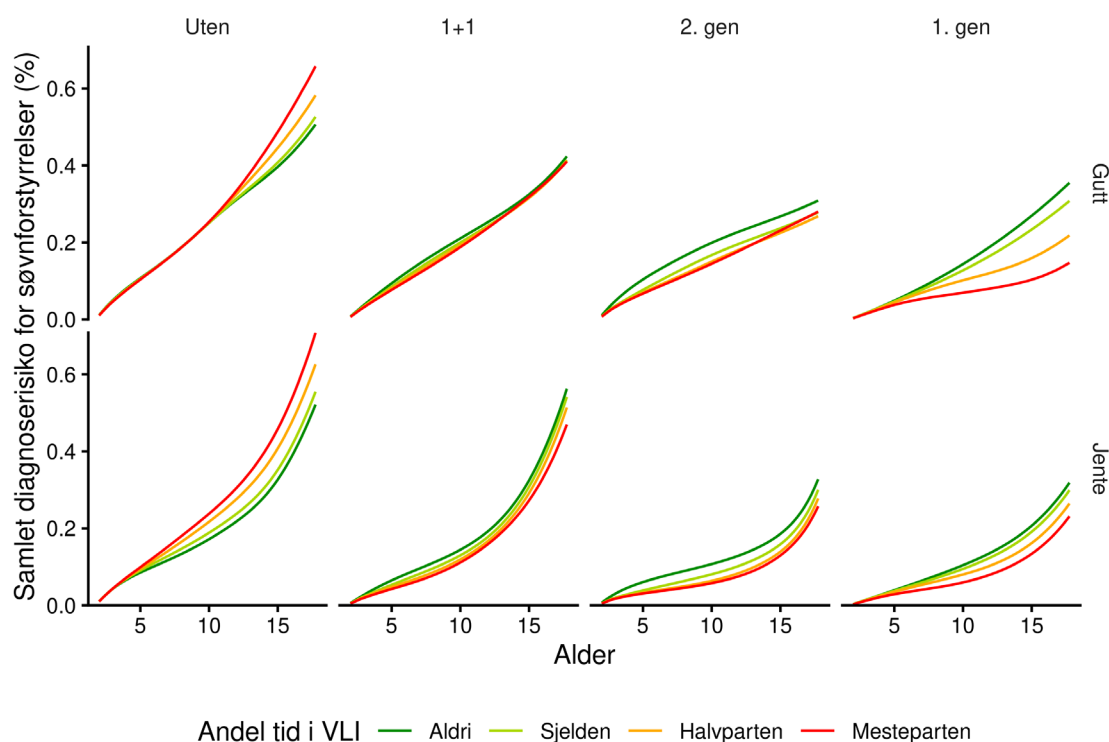
Figuren viser også at forskjellen mellom gutter og jenter er liten. Den tydeligste sammenhengen mellom lavinntekt og søvndiagnose ser vi hos barn uten migrasjonsbakgrunn. Hos barn med migrasjonsbakgrunn er sammenhengen svak eller motsatt. Blant førstegenerasjons- og andregenerasjonsinnvandrere har de som aldri har vokst opp med lavinntekt høyere forekomst enn de som har vokst opp med lavinntekt mesteparten av tiden. Dette kan gjenspeile ulik bruk av helsetjenester. Basert på relativ risiko (RR) ved 18 år, var forskjellene samlet sett små (RR = 1,2) mellom de som aldri hadde vært eksponert for lavinntekt og de som hadde vært det mesteparten av tiden, og små til moderate blant barn uten migrasjonsbakgrunn (RR = 1,3). I gruppen med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder var forskjellene ubetydelige (RR = 0,9), og tilsvarende ubetydelige i innvandrerguppene (RR = 0,5–0,8).

Tabell 7.5: Risiko for å ha fått en søvndiagnose ved 5, 12 og 18 år, etter andelen år i vedvarende lavinntekt.

Tid i vedv. lavinnt.	Alder		
	5	12	18
Aldri	0,1	0,2	0,5
Sjelden	0,1	0,2	0,5
Halvparten	0,1	0,3	0,5
Mesteparten	0,1	0,3	0,6
RD: Mesteparten–Aldri	-0,0	0,0	0,1
RR: Mesteparten/Aldri	1,0	1,1	1,2

Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). RD viser risikodifferansen, og RR viser risikoforholdet, brukt til å sammenligne de ulike inntektsgruppene.

¹⁴ Diagnoser fra ICD-10 kapittel F (Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser). 'F51'.



Figur 7.7: Risiko for å ha fått en søvndiagnose etter alder og andel tid i vedvarende lavinntekt (VLI) gruppert etter migrasjonsbakgrunn og kjønn. De fargede linjene viser andelen år i VLI: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). Migrasjonsbakgrunn er kategorisert som følgende: Uten (barn med to norskfødte foreldre), 1+1 (én norskfødt og én utenlandsfødt forelder), 2. gen (norskfødte med to innvandrerforeldre), 1. gen (født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre).

7.4 Diagnoser i primærhelsetjeneste

Som tidligere beskrevet, presenterer vi kun resultater for diagnoser registrert i spesialisthelsetjenesten i denne rapporten, da disse generelt anses som mer pålitelige. Samtidig kan diagnoser på symptomer eller lidelser innen psykisk helse som er registrert i primærhelsetjenesten også gjenspeile en betydelig belastning i familier. Resultatene fra analysene om diagnoser i primærhelsetjenesten er derfor inkludert i vedlegget for å gi et mer helhetlig bilde av barnas psykiske helsesituasjon.

Selv om man kunne forvente betydelig høyere forekomst av diagnoser i primærhelsetjenesten gitt dens rolle som et lavterskeltilbud, er et sentralt funn at det i stor grad er like forekomster for psykiske helseplager og diagnoser på tvers av begge helsetjenestene. Denne likheten kan muligens tilskrives tendensen i spesialisthelsetjenesten til å registrere flere spesifikke diagnoser per pasient (F-koder) etter grundige utredninger. Dette kan forklare den høye forekomsten av diagnoser i spesialisthelsetjeneste til tross for en høyere terskel for tilgang til disse tjenestene.

Et tydelig unntak fra dette mønsteret er søvnvansker, som håndteres nesten utelukkende i primærhelsetjenesten. For barn som har vokst opp i familier med lavinntekt i størstedelen av barndommen, er den kumulative risikoen for søvnvansker ved 18 års alder 10,8 % i primærhelsetjenesten, mot bare 0,6 % i spesialisthelsetjenesten. Dette illustrerer betydningen av å sidestille og sammenligne data fra begge helsetjenestenivåene for å fange opp spesifikke utfordringer i barnebefolkningen.

Et annet sentralt funn er at sammenhengen mellom diagnoser og oppvekst i vedvarende lavinntekt er nesten identisk, uavhengig av tjenestenivå og forekomst. Begge registre viser en konsistent sosial gradient der den relative risikoen (RR) for å få en diagnose generelt ligger mellom 1,2 og 1,4 for barn i familier med vedvarende lavinntekt sammenlignet med barn som aldri har opplevd fattigdom. Denne stabiliteten understøtter rapportens deskriptive kartlegging av sammenhenger mellom levekår og barns egne helseforhold.

7.5 Oppsummering og diskusjon

Våre resultater viser at barn som vokser opp i vedvarende lavinntekt, har høyere risiko for å få diagnoser på psykiske lidelser og særlig ved 18 årsalder. Mønstrene for samtlige av diagnosene er relativt like uavhengig av om diagnosene er registrert i primær- eller spesialisthelsetjenesten. Dette samsvarer med internasjonal forskning som dokumenterer en tydelig sosial gradient i psykisk helse blant barn og unge (Reiss 2013). Resultatene ligger også nært tidligere norske registerstudier, som viser at barn fra familier med lavest inntekt har klart høyere risiko for psykiske lidelser enn jevnaldrende i familier med høy inntekt (Kinge mfl. 2021).

Når vi ser på ulike diagnosegrupper, tyder våre funn på at sammenhengen mellom fattigdom og psykiske lidelser er tydeligst for ADHD og språk- eller lærevansker, hvor forekomsten for de som har vokst opp i fattigdom mesteparten av barndommen er vesentlig høyere, både ved 12 og 18 årsalder, enn for de som ikke har vokst opp i fattigdom. Det er imidlertid viktig å bemerke at denne koblingen i hovedsak gjelder barn og unge uten migrasjonsbakgrunn, noe som diskuteres nærmere i påfølgende avsnitt. Koblingen er noe svakere for internaliserende vansker (angst og depresjon), men fortsatt betydelig. Disse mønstrene er i tråd med internasjonale oversiktsstudier som finner en sterkere sammenheng mellom lavinntekt og eksternaliserende vansker enn for internaliserende vansker (Reiss 2013), og med australske studier som peker på samme mønster (Johnson mfl. 2019). Analysene viser også at både gutter og jenter følger dette mønsteret, selv om jenter generelt har høyere forekomst av internaliserende vansker og gutter høyere forekomst av eksternaliserende vansker. Dette samsvarer med tidligere forskning som har vist at inntektsforskjeller i diagnoser i stor grad er knyttet til ADHD hos gutter og angst eller depresjon hos jenter (Kinge mfl. 2021). I tillegg bidrar våre resultater med ny kunnskap til den eksisterende forskningslitteraturen ved å vise at forskjeller mellom inntektsgrupper også finnes for mange andre psykiske diagnoser, inkludert diagnoser på søvnforstyrrelser og språk- og lærevansker.

Våre analyser indikerer videre at tidlig og vedvarende fattigdom gir økt samlet risiko for å få en diagnose ved 18 års alder. Dette er i tråd med forskning som finner at vedvarende lavinntekt tidlig i barndommen (for eksempel førskolealder) henger sammen med senere bruk av psykiske helsetjenester (Hynek mfl. 2022).

Den sosiale ulikheten i barns psykiske helse etter familiens inntekt øker også med alder. Ved 5-årsalder er forskjellene små: 3,2 mot 2,6 prosent for registrerte psykiske diagnoser i spesialisthelsetjenesten, og 4,9 mot 4,2 prosent for registrerte psykiske symptomer i primærhelsetjenesten. Ved 18-årsalder er forskjellene større. Andelen med en registrert diagnose i spesialisthelsetjenesten er da 34,1 prosent blant barn i familier med vedvarende lavinntekt, mot 26,4 prosent blant barn i øvrige familier. For registrerte psykiske symptomer i primærhelsetjenesten er andelen 43,8 mot 35,8 prosent. Samlet sett tyder dette på at forskjellene mellom barn i ulike inntektsgrupper øker gjennom oppveksten. Det er samtidig uklart hva som ligger bak denne økningen i forskjeller med alder. En mulig forklaring er at barn i familier med lav inntekt over tid utsettes for en større samlet belastning, slik at effektene akkumuleres gjennom oppveksten. En annen mulighet er at konsekvensene av økonomiske levekårsutfordringer blir mer synlige etter hvert som barn blir eldre. Samtidig kan økende forskjeller også henge sammen med

utfordringer institusjoner som skole og helsetjenester møter i arbeidet med å fange og følge opp barn med ulike levekårsbetingelser

Et annet sentralt funn er at inntektsgradienten varierer markant etter migrasjonsbakgrunn. For barn uten migrasjonsbakgrunn øker risikoen for diagnoser i takt med graden av fattigdom, men blant første- og andregenerasjonsinnvandrere er imidlertid denne sammenhengen svak, ikke-eksisterende eller omvendt. Mønstrene er i hovedsak like på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten, også når det gjelder hvordan migrasjonsbakgrunn demper eller snur forskjellene. Disse funnene er i tråd med tidligere norske registerbaserte studier som viser at barn med to innvandrerforeldre har lavere risiko for psykiske diagnoser enn barn av norskfødte foreldre, til tross for svakere økonomiske ressurser (Sheikh mfl. 2025). Dette er også i samsvar med norske spørreskjemastudier som viser at selvrapportert symptombelastning er høyere blant barn i familier med lavinntekt med norsk bakgrunn enn blant barn i familier med lavinntekt med migrasjonsbakgrunn (Bøe mfl. 2023). Tidligere forskning viser også at forholdet mellom inntekt og bruk av psykiske helsetjenester kan være omvendt for innvandrergrupper, der høyere inntekt er forbundet med økt sannsynlighet for helsetjenestebruk (Hynek mfl. 2022).

Samtidig er det viktig å påpeke at lavere diagnoserater i innvandrergrupper ikke nødvendigvis er ensbetydende med at barn i familier med lavinntekt med migrasjonsbakgrunn har færre psykiske vansker enn barn i familier med lavinntekt med norskfødte foreldre. Snarere kan den lavere forekomsten av diagnoser blant barn med migrasjonsbakgrunn heller tenkes å gjenspeile ulike barrierer for helsehjelp, som lavere tillit til helsevesenet, vansker med å forstå systemet eller ulik helsetjenestebruk og hjelpesøkende atferd blant innvandrergrupper. Vi kan dermed ikke utelukke at det økte psykiske lidelsestrykket vi observerte ved høyere fattigdomsbelastning blant barn med norske foreldre også kan gjelde for barn med migrasjonsbakgrunn som vokser opp i lavinntekt, selv om våre data ikke fanget dette opp. Det er også viktig å påpeke at paraplykategorier som 'noen psykiske lidelser' fungerer som samleindikatorer med høye nivåer og tydelige forskjeller for barn med norsk bakgrunn, men at disse samtidig kan skjule variasjoner mellom enkeltdiagnoser for de ulike gruppene basert på inntekt og migrasjonsbakgrunn.

8 Fysiske helseforhold hos barn

Sammenhengen mellom barnefattigdom og fysisk uhelse er ikke godt dokumentert i rike land (Duncan mfl. 2017; Spencer mfl. 2013), og årsaksforholdet er uklart. Barnefattigdom har ikke vært så vanlig i Norge, men til tross for relativt omfattende velferdsordninger har den økt over tid fra 2000 til 2020 (Statistisk sentralbyrå 2026), spesielt blant familier med migrasjonsbakgrunn og aleneforeldre. Dermed er også forskningsinteressen for mulige konsekvenser av barnefattigdom for barns fysiske helse økende, også på lang sikt (Evensen mfl. 2021; Yu mfl. 2022). I denne rapporten begrenser vi oss til å se på helseforhold i barne- og ungdomsårene. Videre forskning rundt virkninger av fattigdom i barndommen på fysisk helse i voksen alder er utfordrende grunnet lange tidsspenn, men svært interessant. Nedenfor oppsummerer vi nylige studier om sammenhengen mellom barnefattigdom og fysisk helse, som vi anser som relevante for norske forhold og datagrunnlaget vi benytter.

8.1 Hva litteraturen viser

Til tross for at mye av den overordnede politikken i Norge har som mål å motvirke negative konsekvenser av lavinntekt (Barne- og familiedepartementet 2025), viser norske oppsummeringer at foreldre i lavinntekt oftere rapporterer om dårlig fysisk helse hos sine barn enn foreldre som er bedre økonomisk stilt (5,8 % vs. 3,3 %) (Ekspertgruppe om Barn i fattige familier 2024). Det samme bildet ser man også for langvarige helseplager (8,1 % vs. 5,5 %) (ibid). Dette understøttes i en kunnskapsoppsummering, som påpeker at barn og unge som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt har en økt risiko for dårligere fysisk helse generelt og for noen sykdommer spesielt (Hyggen mfl. 2018). Det er særlig vist en økt forekomst av psykosomatiske plager, som hodepine, vondt i mage, rygg, nakke, skuldre eller følelse av svimmelhet (ibid). Andelen barn med funksjonshemming er også høyest i de laveste inntektskategoriene (Holmboe mfl. 2006). Imidlertid er det få sammenhenger mellom lavinntekt og veksthemming, sengevæting, kolikk, atopisk eksem og sykehusinnleggelse for infeksjoner, samt karies (ibid). Dette gjelder også for diabetes, epilepsi og barnekreft, hvor det er få indikasjoner på at barnefattigdom har noe å si for forekomsten (Holmboe mfl. 2006). Det er derimot indikasjoner på at inntekt, og barnefattigdom spesielt, kan ha betydning for hvordan man håndterer disse sykdommene. Et eksempel på dette er barnekreft, som rammer relativt tilfeldig, men hvor forløpet påvirkes sterkt av foreldres inntekt og utdanning, med bedre overlevelse for barn fra mer ressurssterke hjem (Syse mfl. 2012).

En studie fra flere nordiske land viser at lavinntekt er forbundet med 2-4 ganger økt risiko for selvrapportert dårlig fysisk helse hos barn og unge, men at sammenhengen generelt er svakere og ikke statistisk signifikant for norske forhold (Torsheim mfl. 2018). I Norge er det vist at andelen med overvekt og fedme er 30 prosent høyere blant barn av mødre med lav utdanning enn blant barn av mødre med høy utdanning (Biehl mfl. 2013), samt blant barn som bor i fattige nabolag (Coutinho mfl. 2023). Utdanning er assosiert med inntekt, men overvekt har også vist seg å være direkte assosiert med lavinntekt (Chung mfl. 2016; Lai mfl. 2019; Spencer mfl. 2013). Studien av Spencer med flere (2013) er en oppsummeringsstudie fra høyinntektsland, og viser også en sammenheng mellom lavinntekt i tidlig barndom (0-5 år) og funksjonsbegrensende sykdommer, sykehusinnleggelse, samt forekomst av akutte eller tilbakevendende tilstander (som astma) og infeksjoner senere i barndommen. At astma er mer vanlig blant barn i familier med lavinntekt, sees også i eldre studier fra Canada og Australia (Béatrice mfl. 2012; Kozyrskyj mfl. 2010), i en nyere studie av seks ulike høyinntektsland (Yang-Huang mfl. 2024), samt i en eldre norsk rapport (Holmboe mfl. 2006). Mer spesifikt viser den norske rapporten at luftveissykdommer, allergi og eksem, men også alvorlig sykdom eller skade, forekommer oftere hos barn hvis inntekten er lav eller foreldrene ikke har lang utdanning, men at forekomsten avtar noe med økende inntekt (Holmboe mfl. 2006). De overordnede konklusjonene i Spencer med flere (2013) understøttes også i en nyere oppsummeringsstudie med mange selvrapporterte utfall, selv om det også er områder hvor en ikke finner konsistente sammenhenger, som for eksempel for helseatferd (Levesque

mfl. 2021). At ikke alle finner en klar sammenheng mellom barnefattigdom og sykehusinnleggelses, vises i en nyere studie fra New Zealand (Shackleton mfl. 2021). Der finner de at sammenhengen mellom fattigdom og sykehusinnleggelses av barn er svak for alle aldersgrupper (alle RR <1,35). I motsetning til dette viser oppsummeringsfunn fra Storbritannia at både helse er dårligere og bruken av både sykehus- og legetjenester gjennomgående høyere for barn som vokser opp i fattigdom (Lee mfl. 2023). En annen britisk studie viser også at samsykelighet er mer vanlig blant barn i familier med lavinntekt (Hesketh mfl. 2016), men dette går vi ikke inn på i denne rapporten.

Dødeligheten blant barn og unge er svært lav i Norge. I denne rapporten ser vi kun på totaldødelighet fordi tallene er for små og usikre til å gi troverdige resultater for enkeltårsaker, som selvmord, skader eller ulykker. Ifølge folkehelse rapporten er det kun rundt 30 barn og unge som mister livet i skader eller ulykker per år, og antallet selvmord er tilsvarende. I lavinntektsland er det langt høyere dødelighet blant barn som lever i vedvarende lavinntekt sammenlignet med andre barn (UNICEF 2023). I Norge er det imidlertid ikke opplagt at dette er tilfellet, og derfor undersøker vi dette spesifikt.

Folkehelseinstituttet understreker viktigheten av å forebygge sykdom og uheldig livsstil hos barn og unge (Syse mfl. 2022). Fattigdom påvirke barns fysiske helse på flere måter. Begrenset økonomi kan føre til et ugunstig kosthold, som igjen kan føre til økt risiko for overvekt, underernæring og svekket immunforsvar. Barn i familier med lavinntekt har også større risiko for å oppleve stress og utrygghet, noe som kan gi fysiske utslag som hodepine, magesmerter og søvnproblemer. Fordi varigheten av barnefattigdom er viktig for mange utfall, er flere av våre analyser brutt ned på hvor stor del av livet barna har tilbrakt i vedvarende fattigdom. Det er imidlertid få studier som undersøker hva som skjer med den fysiske helse til barn som beveger seg inn og ut av fattigdom, men dette er belyst i en nokså ny og omfattende systematisk litteraturstudie (hvor også fire norske studier inngår). Studien viser et tydelig mønster: økt inntekt henger sammen med forbedret fysisk helse, både totalt sett samt for astma, overvekt og søvn og tannhelse, mens redusert inntekt er knyttet til forverring (Levesque mfl. 2021). Som vist i innledningskapitlet, er det kun en liten grad av mobilitet inn og ut av barnefattigdom i Norge, og langt de fleste barna som opplever fattigdom, erfarer dette store deler av livet. Dermed går vi ikke nærmere inn på dette her. I tråd med litteraturgjennomgangen vist til over, synes eksisterende studier å understøtte at lange perioder i lavinntekt er særlig uhensiktsmessig, også for barns fysiske helse (Ekspertgruppen om barn i fattige familier 2024; Hyggen mfl. 2018; Spencer mfl. 2013). Dette gjelder særlig for barn i familier som mottar sosialhjelp (Ringbäck Weitof mfl. 2008).

Oppsummert synes funnene på sammenhengen mellom barnefattigdom og fysisk helse å være dels motstridende og relativt svake. Deler av dette kan skyldes ulikheter i kontekst (tid og sted), populasjon, datakilder, design og metode. Dette gjennomgås i mer detalj nedenfor.

8.1.1 Måling av fysisk helse

Studiene vi har gjennomgått bruker ulike datakilder, design og metoder. Kort oppsummert viser tverrsnittstudier hvor barns helse og/eller familiens økonomiske situasjon rapporteres av foreldre den sterkeste sammenhengen, etterfulgt av studier hvor barn og unge selv angir sin helse og/eller helseplager (Torsheim mfl. 2018). I studier som benytter mer objektive mål på helse og/eller økonomi, som for eksempel registerdata på helsetjenestebruk og inntekt, rapporteres det generelt svakere sammenhenger. Dette gjelder særlig for longitudinelle studier med mer avanserte forskningsdesign (Duncan mfl. 2017; Lesner 2025).

Samtidig kan det diskuteres i hvilken grad bruk av helsetjenester blant barn i familier med god og mindre god økonomi reflekterer ulikheter i barns helse eller at foreldre utviser ulik grad av hjelpesøkende atferd. Som vist innledningsvis, er andelen aleneforeldre og foreldre med migrasjonsbakgrunn i familier som lever i vedvarende lavinntekt høyere enn i bedrestilte familier. Dette er grupper som kan oppleve barrierer knyttet til tilgjengelighet, lav helsekompetanse eller tillit i møtet

med helsevesenet (Barne- og familiedepartementet 2025). For helsetjenester med direkte tilgang, som for eksempel fastlege og legevakt, kan det antas at ulikhet i helsesøkende atferd kan forklare noe av forskjellene som rapporteres i enkelte studier. Siden dette gjelder i mindre grad for spesialisthelsetjenesten, kan det tenkes at disse tjenestene påvirkes noe mindre av slike forskjeller. I dette kapitlet ser vi nærmere på fastlege-, legevakt- og spesialisthelsetjenestebruk for fysiske helseproblemer blant barn som lever i familier med ulik inntekt. Nærmere bestemt ser vi på om det er forskjeller i bruk etter inntekt for jenter og gutter i ulike aldersgrupper og etter migrasjonsbakgrunn.

8.1.2 *Variasjon etter kjønn og alder*

I litteraturen antydes det at sammenhenger mellom lavinntekt og fysisk uhelse for barn og unge synes sterkest helt tidlig i livet. I Danmark ble det for eksempel bare dokumentert dårligere fysisk helse i familier med lavinntekt i barnets første leveår (Lesner 2025), og et fokus på de tidligste barneårene er tydelig også internasjonalt (Béatrice mfl. 2012; McConnell mfl. 2024). Samtidig er det enkelte oppsummeringer som antyder at betydningen av inntekt blir sterkere ettersom barn blir eldre og vokser inn i tenårene, men dette synes å gjelde mest for psykisk helse (Hyggen mfl. 2018) og i mindre grad for fysisk helse (Lesner 2025). Likevel er det også vist noen negative fysiske helseutfall i eldre aldersgrupper (Elstad og Pedersen 2012; Levesque mfl. 2021; Spencer mfl. 2013). Sammenhengen mellom barns alder, barnefattigdom og fysisk uhelse er altså ikke spesielt sterk, selv om flere eksperter understreker den langsiktige betydningen av sosioøkonomiske forhold tidlig i livet for barnets fysiske helse (Ekspertgruppen om barn i fattige familier 2024). Det er enda mindre dokumentasjon på at familieinntekt er viktig for kjønnsforskjeller i fysisk helse i barneårene, selv om en oppsummeringsstudie basert på selvrapporterte data antyder at yngre gutter opplever flere fysiske helseplager enn jenter (Spencer mfl. 2010).

8.1.3 *Variasjon etter foreldres migrasjonsstatus*

Nylig publiserte norske studier viser lavere bruk av somatiske (fysiske) helsetjenester blant barn og unge med to innvandrerforeldre (Evensen mfl. 2024; Kjøllesdal mfl. 2025a; Kjøllesdal mfl. 2023). Dette gjelder nok så generelt på tvers av alder, kjønn og spesifikke diagnoser.

Mer spesifikt viser forskningen at yngre andregenerasjonsinnvandrere (0–10 år) ikke har generelt dårligere fysisk helse enn barn uten migrasjonsbakgrunn målt i spesialisthelsetjenestebruk – men at fordelingen av helseutfordringer varierer med ulike innvandrer kjennetegn (Kjøllesdal mfl. 2023). Barn med innvandrerforeldre hadde en økt risiko for overvekt, ernæringsrelaterte lidelser, hudsykdommer, blodsykdommer og visse infeksjonstyper, samtidig som de hadde en lavere risiko for kronisk og akutt sykdom og infeksjoner i nedre luftveier (inkludert astma), hørselsskader og sykdommer i sirkulasjonssystemet (ibid). Ser man på opprinnelsessted, hadde barn med innvandrerforeldre fra Afrika en høyere risiko for cerebral parese, cerebrovaskulære sykdommer og epilepsi (ibid). Samtidig hadde de fleste grupper av barn med migrasjonsbakgrunn lavere risiko for infeksjoner i muskel- og skjelettsystemet, infeksjoner i sentralnervesystemet, immunsystemlidelser og hodepinetilstander (ibid). Barn med kun én innvandrerforelder, og da særlig mor, hadde en fysisk helse som var svært lik (eller bedre, målt ved helsetjenestebruk) den for barn med norsk bakgrunn (Kjøllesdal mfl. 2025b).

Ungdom (16–20 år) med to innvandrerforeldre hadde færre konsultasjoner og lavere risiko for de fleste fysiske sykdommer enn ungdommer uten migrasjonsbakgrunn (Evensen mfl. 2024). Dette gjaldt både om ungdommene var norskfødte eller selv hadde innvandret, og om helsetjenestebruken ble målt i primær- eller spesialisthelsetjenesten. Mer spesifikt fant forskerne en lavere risiko for astma, skader, smerte, diabetes, epilepsi og kreft, men en høyere risiko for overvekt (ibid). Ungdom som kun hadde én innvandrerforelder, hadde en bruk som var likere den for ungdom med to norskfødte foreldre. At barn og unge med migrasjonsbakgrunn har en høyere risiko for overvekt, understøttes også i en annen norsk studie (Kjøllesdal mfl. 2024). Sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og overvekt var imidlertid

tilnærmet lik det man finner i majoritetsbefolkningen (ibid). En annen studie fant at unge voksne (16–30 år) med to innvandrereforeldre eller kun en innvandreremor hadde en lavere risiko for å få en fysisk helsediagnose i spesialisthelsetjenesten enn andre unge voksne (Kjøllestad mfl. 2025b). De som kun hadde en innvandrerfar, hadde imidlertid en økt risiko for totalbruk og bruk knyttet til infeksjoner og nevrologiske tilstander. Ettersom ungdom med migrasjonsbakgrunn ble eldre, ble bruken deres likere den til de med norskfødte foreldre, og dette gjaldt spesielt for infeksjoner (ibid).

Disse nyere funnene står dels i motsetning til en nordisk kunnskapsoppsummering som fant at barn med ikke-vestlig migrasjonsbakgrunn hadde gjennomgående dårligere helseutfall enn majoritetsbarn når det gjaldt diabetes, overvekt og tannhelse (Mock-Muñoz de Luna mfl. 2019). Samtidig hadde enkelte grupper og etterkommere av ikke-vestlige innvandrere lik eller bedre helse enn majoritetsbarn for diabetes og overvekt, som holdt seg etter justering for sosioøkonomisk status (ibid). Internasjonalt viser forskning at barn med migrasjonsbakgrunn ofte rapporteres å ha dårligere helse enn majoritetsbefolkningen (Mattelin mfl. 2024). Selv om sosioøkonomisk status kan forklare deler av forskjellene, kan faktorer som migrasjonshistorie, diskriminering og kulturelle forskjeller også bidra til fysisk uhelse. For flyktningbarn er kunnskapsgrunnlaget om sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og helse blandet og til dels motstridende (Mattelin mfl. 2024).

Oppsummert har ikke norskfødte barn av innvandrere gjennomgående dårligere fysisk helse enn barn uten migrasjonsbakgrunn, men fordelingen av helseproblemer er dels ulik mellom gruppene.

8.1.4 Oppsummering av kunnskapsgrunnlaget

Norge er en velferdsstat med gratis og lett tilgjengelig tilgang til helsetjenester, enten det gjelder forebygging, diagnostikk og behandling. Eventuelle underliggende mekanismer for sammenhengen mellom lavinntekt og uhelse hos barn kan være sammensatte og flerdimensjonale, som vist i forrige kapittel. I Norge er lavterskeltilbud som helsestasjonen og skolehelsetjenesten universelle tjenester som er særlig viktige for barn i familier med lavinntekt (Ekspertgruppen om barn i fattige familier 2024), men i denne rapporten har vi ikke data for slik helsetjenestebruk. Internasjonalt vurderes barns helse og sikkerhet ofte fra et spedbarnshelseperspektiv, inkludert tilgangen til forebyggende helsetjenester (som vaksiner) og barns sikkerhet (ulykker og vold) (UNICEF 2023). I denne rapporten har vi informasjon om dødelighet samt skader og ulykker, men lite på spedbarnshelse og forebyggende helsetjenester. Vi har imidlertid data på barns bruk av fastlege, legevakt og spesialisthelsetjenesten. Denne informasjonen gir verdifull innsikt, men må tolkes i lys av tilgjengelighet og organisering av tjenestene, kontinuiteten og kvaliteten i tjenestene, diagnose og behandlingsbehov – samt barnas sosiale og demografiske bakgrunn. På systemnivå kan gratis eller subsidierte offentlige helsetjenester i Norge ha en større positiv innvirkning på levekårene til familier med lavest inntekt, siden verdien av disse tjenestene relativt sett utgjør en større andel av deres disponible inntekt (Ekspertgruppen om barn i fattige familier 2024).

Noen oppsummeringer viser at barnefattigdom er assosiert med enkelte negative fysiske helseutfall blant barn og unge, også i de såkalt egalitære nordiske landene (Ekspertgruppen om barn i fattige familier 2024; Hyggen mfl. 2018), til tross for at myndighetene har et uttalt mål om å minimere sosiale helseforskjeller (Eklund Karlsson mfl. 2022). Slik vi leser litteraturen på fysisk helse blant barn og unge, kan det virke som om studiene med de svakest forskningsdesignene (som for eksempel tverrsnittstudier) viser de tydeligste sammenhengene mellom barnefattigdom og fysisk uhelse (Spencer mfl. 2013), selv om andre studier finner dette i langt mindre grad (Berntsson mfl. 2016). Samtidig er funnene også gjennomgående sterkere i mindre studier hvor deltakerne selv har valgt å delta og besvare ulike spørsmål (ibid). Sammenhengene synes svakere i studier med sterkere forskningsdesign, hvor både fattigdom og mål på fysisk helse er objektivt målt. Studier hvor man har forsøkt å undersøke årsakssammenhenger, som for eksempel i nordiske longitudinelle registerstudier og/eller studier med kvasiekperimentelle design viser gjennomgående svært svake sammenhenger (Lesner 2025), og dette sees også i den internasjonale forskningslitteraturen (Duncan mfl. 2017).

Dette er kunnskap det er viktig å ta med seg inn i lesingen av våre beskrivende analyser. En fordel med våre analyser, er at de er basert på objektivt målt bruk av helsetjenester og diagnoser, i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Vi har også benyttet et objektivt mål på barnefattigdom, samt at vi ser på andel av liv levd i barnefattigdom. Videre inkluderer analysene samtlige barn og unge i alderen 0-18 år i Norge i perioden 2008-2022. Som vist i kapittel 2 er det mange faktorer som kan bidra både til barnefattigdom og fysisk uhelse, og enkelte analyser er derfor vist separat etter barnas alder, kjønn og migrasjonsbakgrunn.

8.2 Resultater: Bruk av helsetjenestene

I primærhelsetjenesten er fysiske helseforhold definert utfra antall besøk for diagnoser eller plager som *ikke* er relatert til diagnoser innen psykisk helse (kapittel P i ICPC-2). I spesialisthelsetjenesten er definisjonen tilsvarende, men relatert til et annet kodeverk (kapittel F i ICD-10). Metoden vi har benyttet for de empiriske analysene er nærmere beskrevet i [kapittel 3](#) men er også kort oppsummert i boks 8.1.

Boks 8.1. En nærmere beskrivelse av data, metode og analyser

I dette kapitlet er det barnets egne fysiske helseforhold som er det sentrale fokuset. Vi undersøker bruken av både primær- og spesialisthelsetjenester. Først undersøker vi forskjeller i gjennomsnittlig antall besøk i de ulike tjenestene, før vi ser nærmere på noen spesifikke diagnoser. Vi undersøker helsetjenestebruk og forekomst av diagnoser i tre ulike aldersgrupper: 0-5 år, 6-12 år og 13-18 år og om det er forskjeller mellom gutter og jenter. I tillegg undersøker vi forskjeller etter migrasjonsbakgrunn, inndelt i de fire samme gruppene som er beskrevet tidligere.

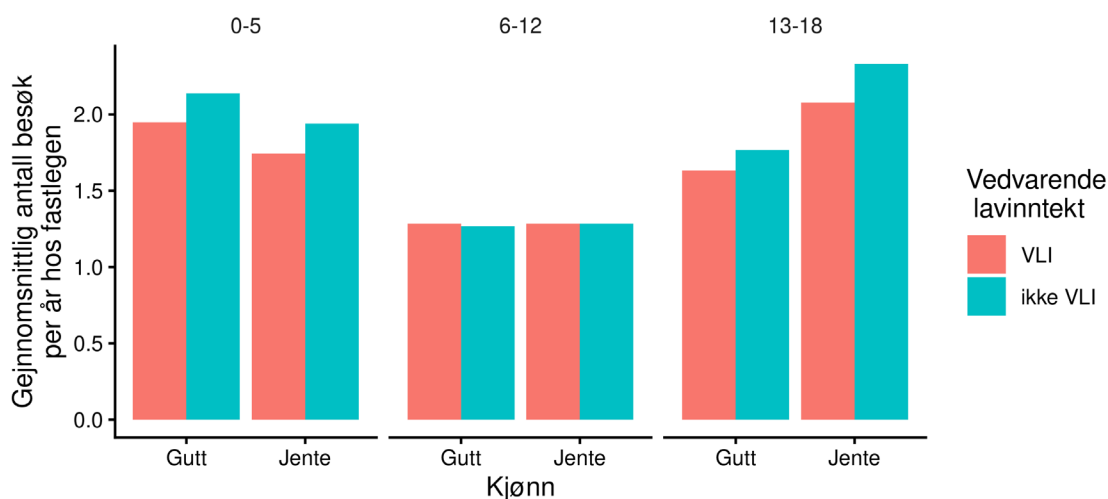
Vi har data på 1 331 372 barn i alderen 1–18 år med diagnoseinformasjon fra 2007 til 2023 (gjennomsnittlig observasjonstid 11 år). I analyser av spesifikke diagnoser og diagnosegrupper, estimerer vi kumulative risikoer for første forekomst av fysiske diagnoser/diagnosegrupper ved hjelp av overlevelsesanalyser.

Eksponeringen er andelen år frem til gjeldende alder som barnet har tilbragt i vedvarende lavinntekt. Analysene tar hensyn til at fattigdomsstatus kan endre seg fra år til år, siden eksponeringen beregnes løpende for hvert barn. For å gjøre resultatene mer tilgjengelige, presenterer vi likevel funnene etter fire nivåer av barnefattigdom basert på hvor stor andel av livet barnet har levd i fattigdom: Aldri, sjelden (<33 %), noen ganger (33–66 %) og mesteparten av tiden (>66 %). I tabellene hvor dette målet er brukt, rapporterer vi den relative forskjellen (RD) mellom gruppene som har tilbragt 'mesteparten' av tiden i vedvarende lavinntekt og de som 'aldri' har opplevd dette, samt den relative risikoen (RR) mellom disse to gruppene. Når forskjellen (RD) er negativ, betyr det at barna som har levd lengst i vedvarende lavinntekt har en lavere sannsynlighet for en diagnose enn de barna som aldri har levd i lavinntekt, mens det er motsatt når forskjellen er positiv. Er forskjellen null (RD = 0) er det ingen forskjell. Når risikoen (også omtalt som relativ risiko eller risikoforholdet) er lik, er RR = 1. Om dette tallet er større enn 1, betyr det at de barna som har levd lengst i vedvarende lavinntekt har en større sannsynlighet for å få en diagnose enn de barna som aldri har opplevd dette. Om tallet er mindre enn 1, er sannsynligheten lavere. De estimerte forskjellene (RD) og de relative risikoene (RR) som er vist i tabellene er beregnet i modeller og automatisk avrundet. Om man ser på tallene for hver fattigdomsgruppe og prøver å regne ut RD og RR fra disse, kan det være avvik på opp mot +/- 0.1 mot de estimerte verdiene.

8.2.1 Fastlege

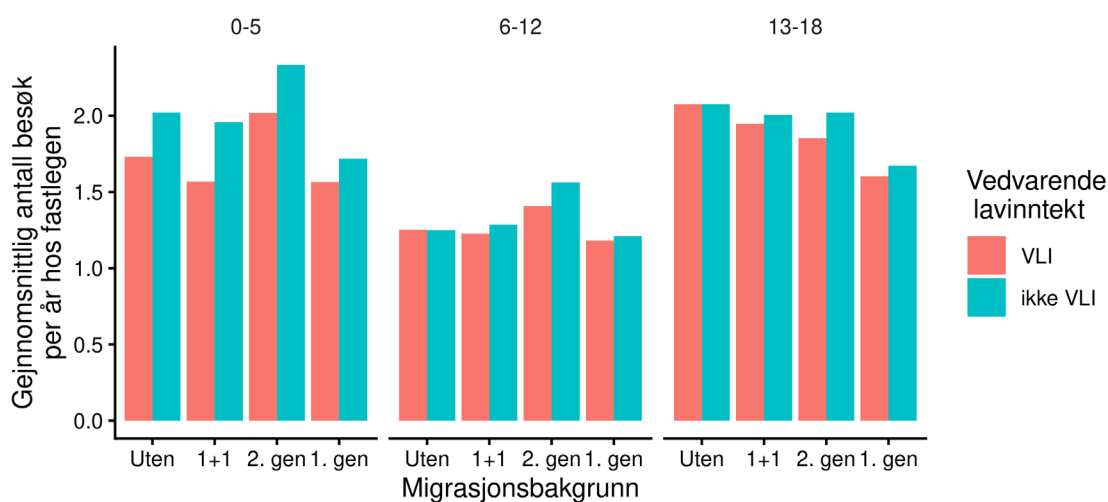
I dette underkapitlet ser vi på bruk av fastlege for fysiske helseplager, etter hvorvidt barna har opplevd barnefattigdom (vedvarende lavinntekt, VLI, vist i rødt) eller ikke (vist i blått). [Figur 8.1](#) viser gjennomsnittlig besøk per år, og viser at barnefattigdom er assosiert med noe færre besøk for fysiske helseplager, selv om forskjellene generelt er nokså små. Videre ser vi at gjennomsnittlig antall besøk per år hos fastlegen er mer enn ett for alle aldersgrupper uavhengig av familiens inntektssituasjon.

Forskjellen er tydeligst blant de yngste, fraværende for barn i alderen 6-12 år, før den øker noe for tenåringer. Videre viser figuren at sammenhengen mellom fastlegebruk og barnefattigdom er relativt lik for gutter og jenter. Samtidig ser vi at det er klart flest besøk blant de yngste guttene og de eldste jentene. Selv om antallet besøk er høyest for de som ikke opplever fattigdom, er det generelle mønsteret nokså likt på tvers av familieinntekt.



Figur 8.1: Gjennomsnittlig antall besøk hos fastlegen per år etter vedvarende lavinntekt, alder og kjønn

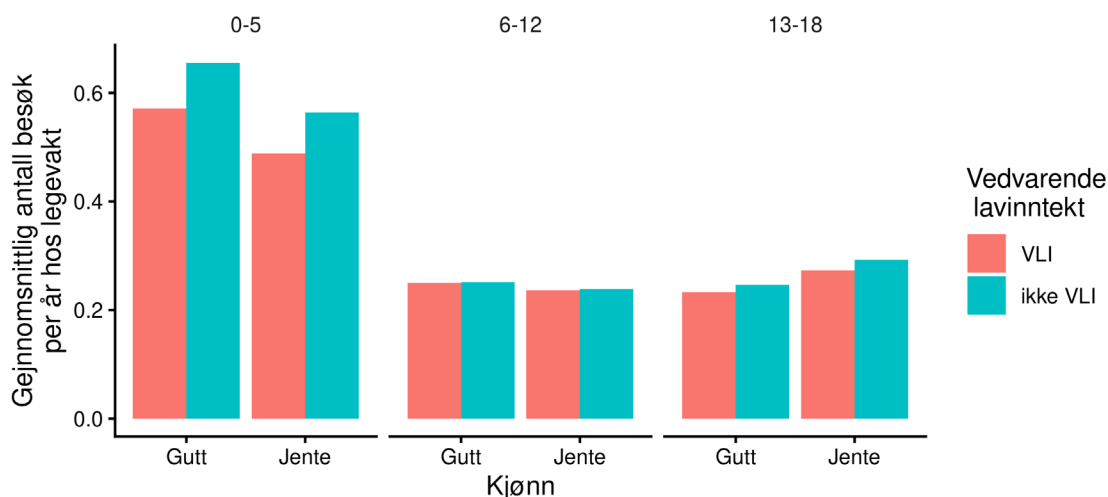
Ser vi på migrasjonsbakgrunn (se Figur 8.2), er det klart flest fastlegebesøk blant de yngste andregenerasjonsinnvandrerne (0-5 år) som ikke har opplevd barnefattigdom. Også i alderen 6-12 år har denne gruppa en noe høyere bruk enn sine jevnaldrende. Førstegenerasjonsinnvandrerne har en noe lavere bruk fra skolealder enn øvrige grupper, men med små forskjeller etter familieinntekt. Mønsteret etter barnefattigdom for barn med én innvandrerforelder er nokså likt som for norske barn. Oppsummert synes ikke barnefattigdom å være assosiert med et høyere antall besøk for noen av gruppene vi ser på. Ulikhetene etter inntekt er størst blant de yngste barna og blir mindre med økende alder. Med unntak av det vi ser for andregenerasjonsinnvandrere, er det minimale forskjeller etter inntekt i aldergruppen 6-12 og 13-18 år.



Figur 8.2: Gjennomsnittlig antall besøk hos fastlegen per år etter vedvarende lavinntekt, alder og migrasjonsbakgrunn. Migrasjonsbakgrunn er kategorisert som følgende: Uten (barn med to norskfødte foreldre), 1+1 (én norskfødt og én utenlandsfødt forelder), 2. gen (norskfødte med to innvandrerforeldre), 1. gen (født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre).

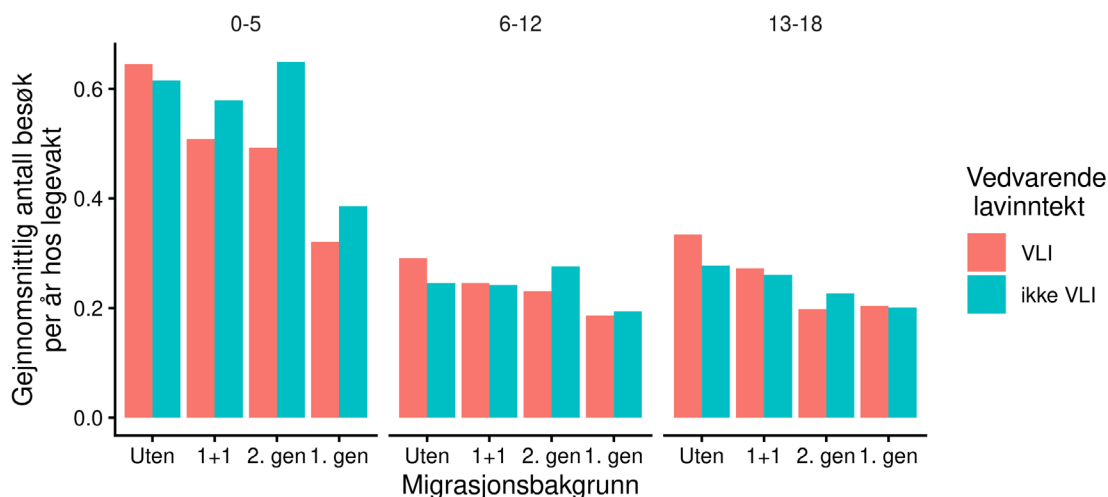
8.2.2 Legevakt

I dette underkapitlet er vi på bruk av legevakt for fysiske helseplager, etter hvorvidt barna har opplevd barnefattigdom eller ikke. *Figur 8.3* viser gjennomsnittlig besøk per år, og viser at barnefattigdom er assosiert med noe færre besøk for fysiske helseplager blant de yngste barna (0-5 år). For eldre barn er det ingen eller minimale forskjeller. Figuren viser også at sammenhengen med barnefattigdom er relativt lik for gutter og jenter).



Figur 8.3: Gjennomsnittlig antall besøk hos legevakt per år etter vedvarende lavinntekt, alder og kjønn

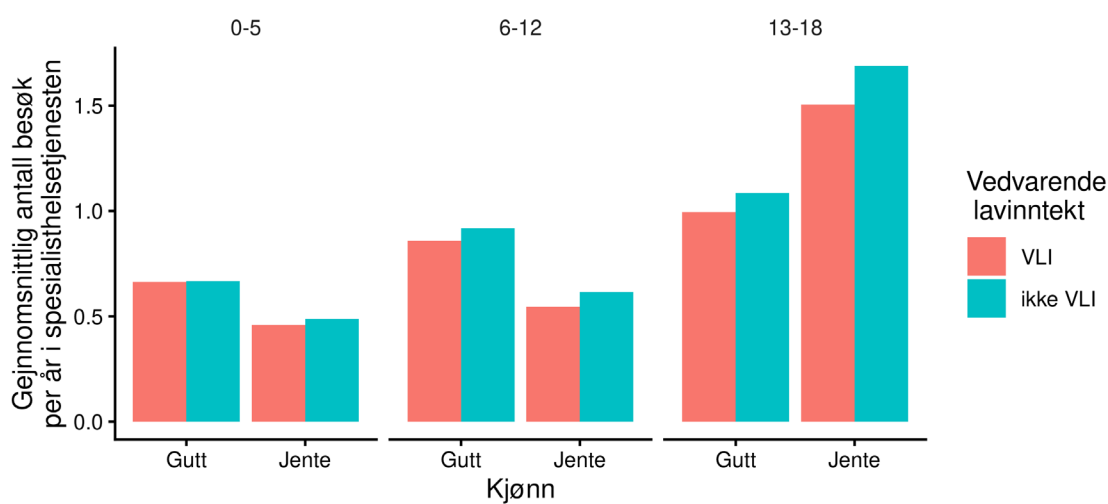
Ser vi på migrasjonsbakgrunn (se *Figur 8.4*), er det klart flest legevaktbesøk blant de yngste barna. Dette gjelder spesielt for barn uten migrasjonsbakgrunn (norske), uavhengig av inntekt, samt for barn med kun én innvandrerforelder samt andregenerasjonsinnvandrere som ikke har opplevd barnefattigdom. For barn uten migrasjonsbakgrunn er bruken litt høyere for dem som lever i fattigdom, på tvers av alder. Dette mønsteret ser vi ikke for noen av gruppene med migrasjonsbakgrunn.



Figur 8.4: Gjennomsnittlig antall besøk hos legevakt per år etter vedvarende lavinntekt, alder og migrasjonsbakgrunn. Migrasjonsbakgrunn er kategorisert som følgende: Uten (barn med to norskfødte foreldre), 1+1 (én norskfødt og én utenlandsfødt forelder), 2. gen (norskfødte med to innvandrerforeldre), 1. gen (født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre).

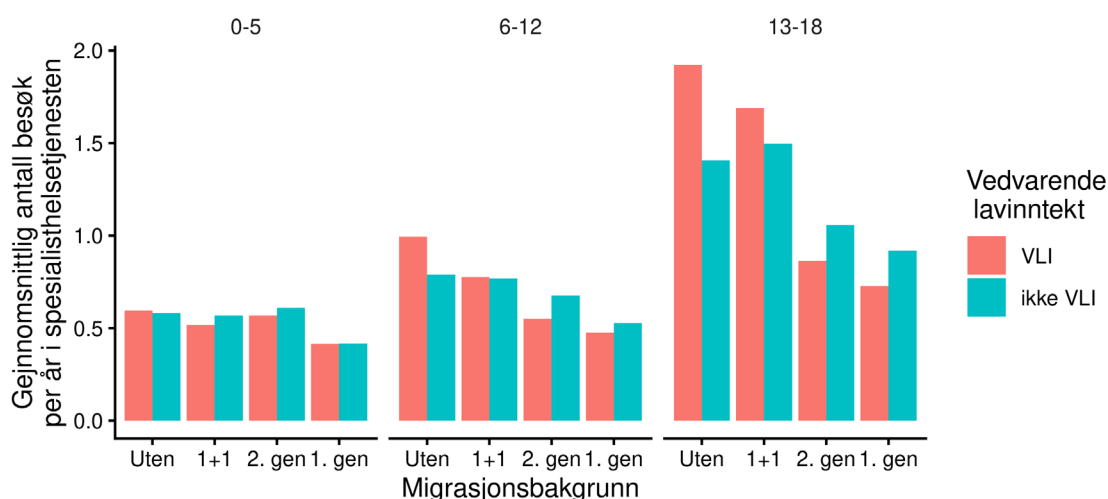
8.2.3 Spesialisthelsetjenesten

I dette underkapitlet ser vi på bruk av spesialisthelsetjenesten for fysiske helseplager, etter hvorvidt barna har opplevd barnefattigdom eller ikke. *Figur 8.5* viser gjennomsnittlig antall besøk per år, og viser at barnefattigdom er assosiert med noe færre besøk for fysiske helseplager. Forskjellene er generelt små, men øker med økende alder. Den høyeste bruken ser vi blant de eldste barna, og dette gjelder uavhengig av inntektsnivå. Figuren viser også at det er kjønnsforskjeller i bruk av spesialisthelsetjenester, og frem til 13-års alder er det guttene som oftest besøker sykehus. I tenårene er dette imidlertid mest vanlig blant jentene. Blant de yngste barna er det ingen forskjell etter inntekt. I aldersgruppen 6-12 år er det noe færre besøk blant barn i familier med lavinntekt, uavhengig av kjønn. Dette mønsteret forsterkes noe i tenårene. Forskjellene i bruksmønstre er imidlertid langt større etter alder og kjønn enn etter fattigdom.



Figur 8.5: Gjennomsnittlig antall besøk i spesialisthelsetjenesten per år etter vedvarende lavinntekt, alder og kjønn

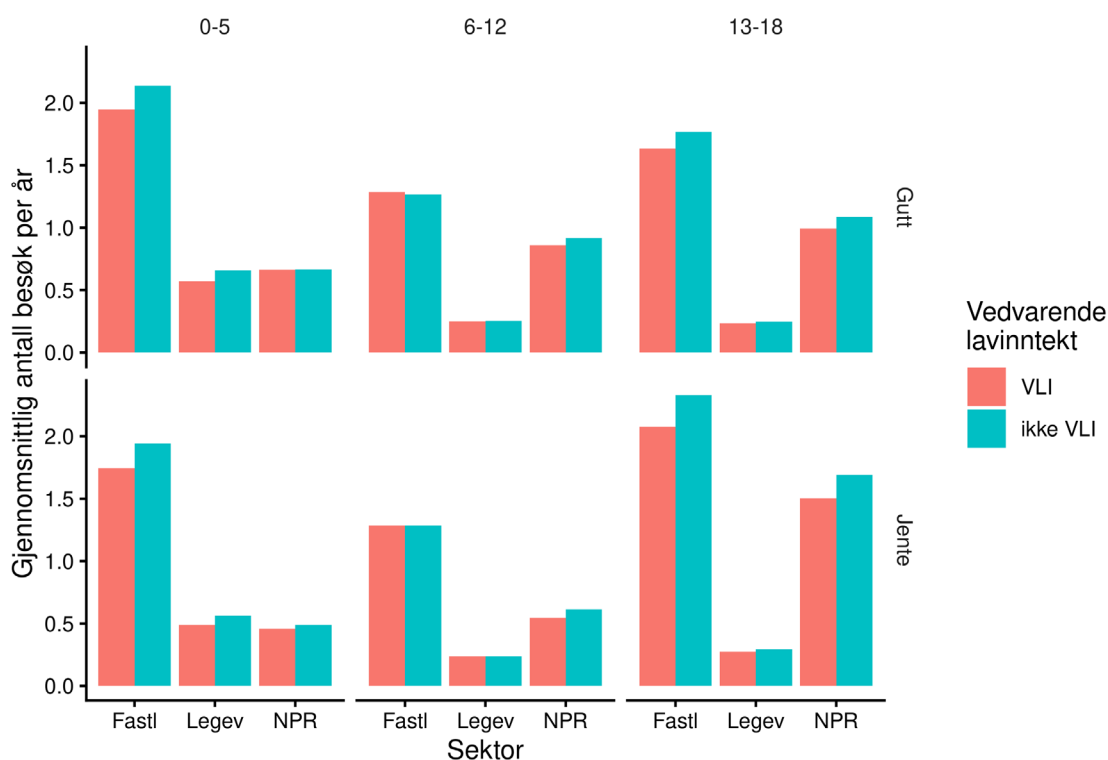
Figur 8.6 viser forskjeller etter migrasjonsbakgrunn. Blant de yngste barna (0-5 år), er det svært små forskjeller i bruk. Unntaket er at innvandrerbarn har færre besøk enn barn født i Norge – men dette gjelder uavhengig av inntekt. Fra skolealder er det klart flest sykehusbesøk blant barn uten migrasjonsbakgrunn (norske) som har opplevd barnefattigdom. For barn med én innvandrerforelder er bruken lik på tvers av inntekt i alderen 6-12 år, men når de blir tenåringer er bruken klart høyere for barn i vedvarende lavinntekt. Fra skolealder er antall sykehusbesøk klart lavere blant barn som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt og har to utenlandsfødte foreldre, enten de selv har innvandret eller er født i Norge. I den eldste aldersgruppen ser vi klart høyest bruk blant norskfødte og barn med én innvandrerforelder som lever i fattigdom.



Figur 8.6: Gjennomsnittlig antall besøk i spesialisthelsetjenesten per år etter vedvarende lavinntekt, alder og migrasjonsbakgrunn. Migrasjonsbakgrunn er kategorisert som følgende: Uten (barn med to norskfødte foreldre), 1+1 (én norskfødt og én utenlandsfødt forelder), 2. gen (norskfødte med to innvandrereforeldre), 1. gen (født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre).

8.2.4 Alle tjenester

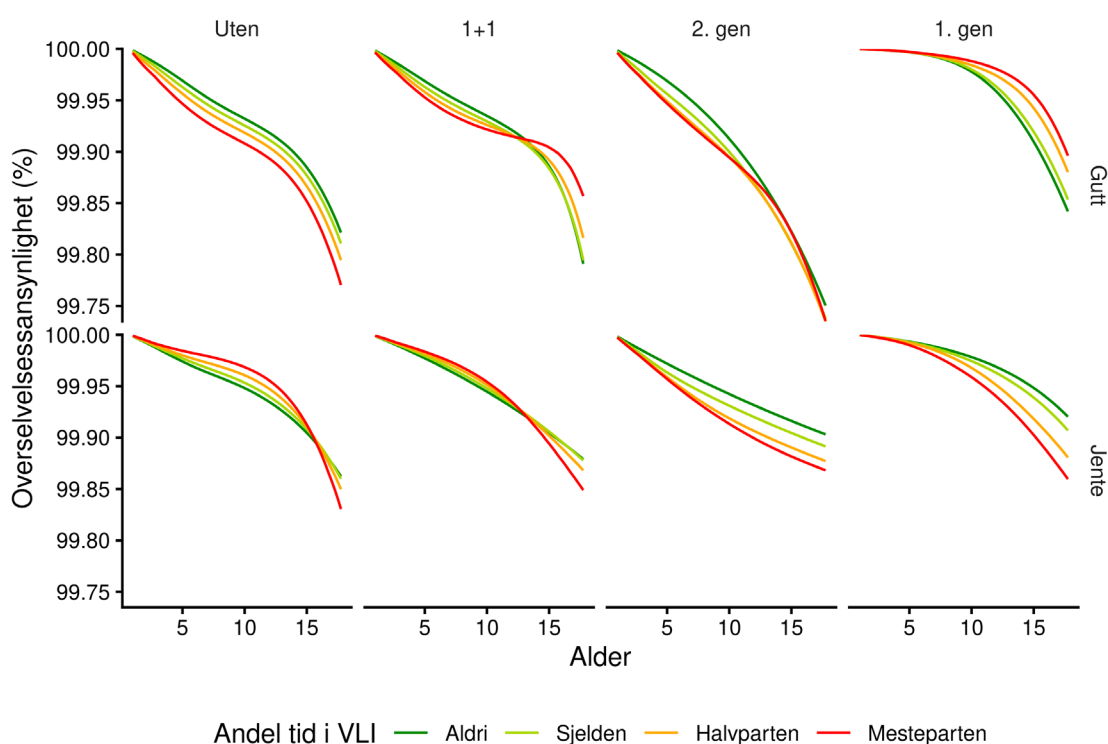
Figur 8.7 oppsummerer antall besøk på tvers av tjenestene. Som figuren viser, finner vi svært små forskjeller i bruk av helsetjenester relatert til fysiske helseplager på tvers av inntekt. Der det er forskjeller, er bruken gjennomgående lik eller lavere for barn som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt sammenlignet med barn i øvrige husholdninger. Forskjellene er langt mer markante etter alder, og dernest kjønn. Fysiske helseplager synes dermed ikke å være mer utbredt blant barn i familier med vedvarende lavinntekt i Norge.



Figur 8.7: Gjennomsnittlig antall besøk i alle sektorer etter vedvarende lavinntekt og alder.

8.3 Dødelighet

For å estimere sammenhengen mellom barnefattigdom og dødelighet bruker vi overlevelsesanalyse med årlige data om vedvarende lavinntekt. *Tabell 8.1* viser at det er svært små forskjeller i overlevelse etter inntekt blant barn og unge i Norge (den relative risikoen (RR) er 1, som betyr at det ikke er forskjell). Estimaten kan tyde på at dødeligheten er minimalt forhøyet blant barn i familier med lavinntekt, men *Figur 8.8* viser at dette mønsteret ikke er konsistent mellom barn av forskjellig kjønn eller med ulik grad av migrasjonsbakgrunn. De røde strekene viser barna som har levd mesteparten av livet sitt i fattigdom, mens den grønne streken viser de som aldri har opplevd dette. Som det fremgår av figuren, synes barnefattigdom å være assosiert med redusert overlevelse særlig for første- og andregenerasjonsinnvandrere, samt for norske gutter, mens mønsteret synes å være motsatt for førstegenerasjonsinnvandrergutter. Vi vil imidlertid understreke at antallet dødsfall i migrasjonsgruppene er svært lavt, så dette kan skyldes tilfeldigheter og bør undersøkes nærmere før det trekkes bastante konklusjoner.



Figur 8.8: Sannsynlighet for å overleve etter alder og andel tid i vedvarende lavinntekt (VLI) gruppert etter migrasjonsbakgrunn og kjønn. De fargede linjene viser andelen år i VLI: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). Migrasjonsbakgrunn er kategorisert som følgende: Uten (barn med to norskfødte foreldre), 1+1 (én norskfødt og én utenlandsfødt forelder), 2. gen (norskfødte med to innvandrereforeldre), 1. gen (født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre).

Tabell 8.1: Overlevelsessannsynlighet ved 5, 12 og 18 år, etter andelen år i vedvarende lavinntekt.

Tid i vedv. lavinnt.	Alder		
	5	12	18
Aldri	99,97	99,93	99,84
Sjelden	99,97	99,93	99,84
Halvparten	99,97	99,93	99,83
Mesteparten	99,97	99,92	99,81
RD: Mesteparten–Aldri	-0,01	-0,00	-0,03
RR: Mesteparten/Aldri	1,00	1,00	1,00

Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). RD viser risikodifferansen, og RR viser risikoforholdet, brukt til å sammenligne de ulike inntektsgruppene.

8.4 Diagnoser i primær- og spesialisthelsetjenesten

Vi har gjort analyser på diagnoser relatert til magesykdommer, luftveissykdommer, andre infeksjoner, fedme, pre- og perinatale sykdommer samt skader og ulykker. Valgene av diagnosegrupper er dels begrenset av manglende detaljer i utleverte diagnosedata, men også dels av hyppighet. For å undersøke sammenhenger mellom barnefattigdom og ulike diagnoser, er vi avhengig av et tilstrekkelig antall barn i familier med lavinntekt med disse diagnosene. Siden de ulike undergruppene (etter alder, kjønn og migrasjonsbakgrunn) varierer betydelig i størrelse og dette har implikasjoner for tolkninger av funnene overordnet sett, viser vi resultatene for barn med ulike kjennetegn langs disse dimensjonene separat.

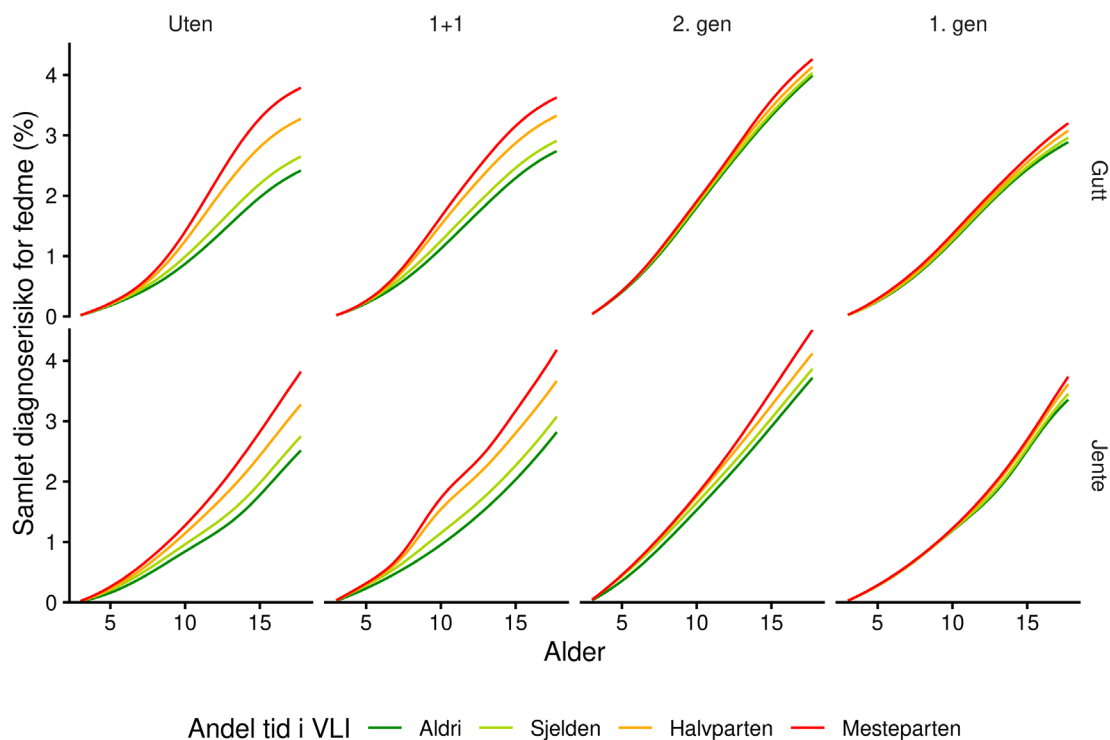
For fysisk helse var det generelt små forskjeller etter foreldres inntekt, og alle resultater fra disse analysene bortsatt fra fedme håndtert i spesialisthelsetjenesten er derfor kun vist i vedleggskapitlet. Kort oppsummert registreres nesten alle barn med minst én fysisk helsediagnose i primærhelsetjenesten innen de fyller 18 år, og forskjeller etter tid i vedvarende lavinntekt er fraværende eller svært små. Vi finner det tilsvarende mønsteret med små forskjeller etter tid i vedvarende lavinntekt, dog med noe lavere prosentandeler, for registreringer av fysiske helsediagnoser i spesialisthelsetjenesten. Nivået stiger fra om lag 58 prosent ved alder 5 år til rundt 92 prosent ved 18 år – når vi benytter data over en 14-års periode. Dette er et svært høyt tall, og innebærer at nær alle (9 av 10) barn i Norge har vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten i barndommen. Dette understøttes av Helseatlas for barn (SKDE 2025), som viser at hele 32 prosent av barn 0-18 år er i kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste årlig. I denne rapporten har vi ikke skilt mellom behandling av offentlig finansierte spesialister (som for eksempel øye- leger eller øre-, nese- og halsleger) eller behandling på sykehus (enten poliklinisk eller inneliggende), men tall fra atlasen viser at bare rundt 10 prosent av kontaktene innebærer innleggelse i sykehus (ibid). Dette betyr at de resterende 90 prosentene er polikliniske kontakter, enten i eller utenfor sykehus.

8.4.1 Fedme i spesialisthelsetjenesten

Gruppen omfatter fedmediagnoser registrert i spesialisthelsetjenesten.¹⁵ Den samlede risikoen for minst én fedmediagnose i spesialisthelsetjenesten øker med alder, og er høyere jo mer tid barn har tilbragt i vedvarende lavinntekt. Ved 18 år er nivået på 2,6 prosent blant unge som aldri var i lavinntekt, og 3,8 prosent blant de som var i lavinntekt mesteparten av tiden. Verdiene er gjennomsnitt på tvers av

¹⁵ Diagnoser fra ICD-10 kapittel E (Endokrine, ernærings- og metabolske sykdommer)

migrasjonsbakgrunn (se *Tabell 8.2*). Ved 18 år ligger nivåene høyere blant andregenerasjonsinnvandrere enn blant barn med to norskfødte foreldre, mens barn med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder ligger mellom disse nivåene (se *Figur 8.9*). Som figuren viser, er forskjellene etter barnefattigdom tydeligst for barn med to norskfødte foreldre og for barn med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder, og svakest for førstegenerasjonsinnvandrerne (linjene ligger tettest, $RR = 1,1-1,2$). Kjønnsmonsteret er likt: gutter og jenter ligger på omtrent samme nivå i hver migrasjonsgruppe, og inntektsforskjellene følger samme mønster som over. Den relative risikoen mellom mesteparten av tiden og aldri samlet sett er moderat ved alle aldre ($RR = 1,4-1,6$).



Figur 8.9: Risiko for å ha fått en fedmediagnose etter alder og andel tid i vedvarende lavinntekt (VLI) gruppert etter migrasjonsbakgrunn og kjønn. De fargede linjene viser andelen år i VLI: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). Migrasjonsbakgrunn er kategorisert som følgende: Uten (barn med to norskfødte foreldre), 1+1 (én norskfødt og én utenlandsfødt forelder), 2. gen (norskfødte med to innvandrerforeldre), 1. gen (født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre).

Tabell 8.2: Risiko for å ha fått en fedmediagnose ved 5, 12 og 18 år, etter andelen år i vedvarende lavinntekt.

Tid i vedv. lavinnt.	Alder		
	5	12	18
Aldri	0,2	1,4	2,6
Sjelden	0,2	1,5	2,9
Halvparten	0,3	1,9	3,4
Mesteparten	0,3	2,1	3,8
RD: Mesteparten–Aldri	0,1	0,7	1,2
RR: Mesteparten/Aldri	1,4	1,6	1,5

Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). RD viser risikodifferansen, og RR viser risikoforholdet, brukt til å sammenligne de ulike inntektsgruppene.

8.5 Oppsummering og diskusjon

I denne rapporten fokuserer vi på barnefattigdom, og barnefattigdom er nært forbundet med blant annet foreldresituasjon, utdanningsnivå, migrasjonsbakgrunn og foreldres helsesituasjon. Enkeltvis har få av disse bakgrunnsfaktorene stor betydning, men dersom flere risikofaktorer opptrer samtidig, kan det gjøre disse barna spesielt sårbare (Oh mfl. 2018). Utfordringene hos barn i familier med lavinntekt er derfor ofte sammensatte og kan inkludere både fysiske helseproblemer, som astma, gjentatte infeksjoner, kroppslige plager og søvnproblemer, og/eller psykiske helseproblemer. Som vist i forrige kapittel, er sistnevnte klart best dokumentert og mest omfattende.

Fra politisk hold vises det til at det finnes lite spesifikk statistikk som direkte sammenligner helsetjenestebruk mellom barn i ulike inntektsgrupper, men at det er dokumentert at barn i familier med lavinntekt oftere har dårligere helse, og at foreldrenes utdanning og inntekt påvirker barns tilgang til og bruk av helsetjenester (Barne- og familiedepartementet 2025). Likeledes fremheves det at det trengs mer forskning og bedre datagrunnlag for å si noe sikkert om faktisk bruksmønster. Våre funn tyder på at sammenhengen mellom helsetjenestebruk for fysiske helseproblemer og tid i vedvarende lavinntekt gjennomgående er svak. Dette gjelder både for primær- og spesialisthelsetjenestebruk. Våre funn står dermed i kontrast til funn om økt utvikling kroniske luftveissykdommer (som astma) blant barn i familier med lavinntekt i Canada og Australia (Béatrice mfl. 2012; Kozyrskyj mfl. 2010), men er i tråd med en studie på sykehusinnleggelses fra New Zealand som viser ingen eller en svært svak sammenheng med barnefattigdom (Shackleton mfl. 2021). Generelt fant vi større forskjeller etter alder, migrasjonsbakgrunn og kjønn enn etter lavinntekt, som dels står i motsetning til studiene som er vist til innledningsvis.

Én mulig forklaring på den svake sammenhengen mellom tid i vedvarende lavinntekt og registrerte fysiske helseutfall er at barn i familier med lav inntekt i mindre grad får tilgang til helsetjenester. At nær alle barn i Norge har hatt kontakt med primærhelsetjenesten kan tyde på at de tidligere nevnte barrierene knyttet til tilgjengelighet, lav helsekompetanse eller tillit i møtet med helsevesenet (Barne- og familiedepartementet 2025) ikke er like fremtredende når det gjelder fysiske helseproblemer som psykiske helseproblemer. Barn uten migrasjonsbakgrunn i familier med vedvarende lavinntekt har flere kontakter med spesialisthelsetjenesten enn øvrige barn etter skolealder. Dette tyder på at de gjennomgående små forskjellene i registrert forekomst av fysiske helseproblemer i denne gruppen

neppe kan forklares med manglende tilgang til helsetjenester. Samtidig kan en høyere konsultasjonsfrekvens også tenkes å gjenspeile mer alvorlige eller mer sammensatte helseproblemer, men dette kan ikke fastslås på grunnlag av våre analyser alene. For barn med migrasjonsbakgrunn ser bildet annerledes ut. Her finner vi noe lavere bruk av spesialisthelsetjenester blant barn i familier med vedvarende lavinntekt, og vi kan derfor ikke utelukke at svakere sammenhenger mellom vedvarende lavinntekt og registrert forekomst av fysiske helseproblemer i denne gruppen delvis henger sammen med lavere tilgang til eller bruk av tjenester.

Samlet sett er sammenhengen mellom spesialisthelsetjenestebruk for fysiske helseproblemer og tid i vedvarende lavinntekt svak, og dette gjelder på tvers av barns alder, kjønn og migrasjonsbakgrunn. Barn i lavinntekt synes imidlertid å være spesielt utsatt for fedme. Her er våre funn i tråd med andres (Chung mfl. 2016; Lai mfl. 2019). De er også i tråd med en norsk nabolagsstudie (Coutinho mfl. 2023). Andre norske studier har stort sett undersøkt betydningen av mors utdanning og samlivsstatus (som er assosiert med inntekt), men understøtter også våre funn om økt forekomst av fedme blant barn i lavere sosiale lag (Biehl mfl. 2013, 2014). For spesialisthelsetjenester har primærhelsetjenesten en klar portvokterrolle, som gjør at bruk av slike tjenester i mindre grad drives av forskjeller i helsetjenesteadferd. Oppsummert tyder våre resultater på at sammenhengen mellom vedvarende lavinntekt og fysisk helse i barndommen er klart svakere enn sammenhengen mellom vedvarende lavinntekt og psykisk helse, og at dette i liten grad kan forklares med ulikheter i helsetjenesteadferd etter inntekt.

9 Skole- og utdanning

9.1 Hva litteraturen viser

Sammenhengen mellom barnefattigdom og svake skoleresultater er godt dokumentert, og flere studier viser en årsakssammenheng (Duncan mfl. 2010; Ekspertgruppen om barn i fattige familier 2024; Yoshikawa mfl. 2012). Amerikanske studier viser blant annet at barn som vokser opp med fattigdom tidlig i livet (fra fødsel til femårsalder) i snitt har to år kortere utdanning og færre arbeidstimer som voksne enn barn som ikke vokser opp i fattigdom (Duncan mfl. 2010). Studier viser samtidig at strukturelle faktorer som inntektsøkninger og sosial mobilitet (dvs., flytting til mer resurssterke nabolag) kan ha en positiv innvirkning på både skoleresultater og lengde på utdanningsløpet til barn i familier med lavinntekt. For eksempel viste en studie av Akee med flere (2010) at barn i familier med lavinntekt som fikk en årlig inntektsøkning på om lag 4000 dollar i snitt hadde ett ekstra utdanningsår i ungdomsårene. En studie av Chetty med flere (2016) fant at barn i familier som flytter til områder med lavere fattigdom før barna fyller 13 år, har betydelig høyere sannsynlighet for å starte på høyere utdanning enn barn som ikke flytter eller som flytter på et senere tidspunkt i oppveksten. Disse mønstrene støttes imidlertid ikke av kvasi-eksperimentelle studier som finner at barn i familier med lavinntekt som fikk økte inntektsoverføringer hverken oppnådde bedre skoleresultater eller hadde høyere sannsynlighet for å fullføre videregående skole (Jacob mfl. 2014; Ekspertgruppen om barn i fattige familier 2024; Yoshikawa mfl. 2012).

Norske studier av søsken viser en tydelig ikke-lineær sammenheng mellom nabolagets inntektsnivå og barnas skolekarakterer. Barn i områder med middels inntekt oppnår ofte bedre resultater enn barn i områder med de høyeste eller laveste inntektene (Markussen og Røed, 2018). Lavere sosioøkonomisk status i familien er også assosiert med svakere ordforråd og selvkontroll hos barn i barnehagealder (Rege mfl. 2023). Siden slike grunnleggende ferdigheter er sterkt korrelert med senere skoleprestasjoner, kan sosiale forskjeller i ferdigheter vedvare eller øke gjennom utdanningsløpet (Rege mfl. 2023; Sandsør mfl. 2023).

Studier av tvillinger og adopterte tyder på at både seleksjon og genetiske faktorer forklarer deler av samvariasjonen mellom foreldrenes bakgrunn og barnas prestasjoner (Holmlund mfl. 2011; Björklund mfl. 2006). Valg av analysemetode er derfor helt avgjørende for hvilke årsakssammenhenger som

Boks 9.1. En kort beskrivelse av data og analyser

I dette kapittel analyserer vi skoleresultater og utdanningsutfall. Utvalget for Skole resultater består av 836 128 barn med skoledata fra 2009 til 2022, der hvert barn i snitt har bidratt med resultater fra 2,9 trinn. Som mål på skoleprestasjoner bruker vi nasjonale prøver på 5., 8. og 9. trinn og grunnskolepoeng på 10. trinn. For å kunne sammenligne resultater på tvers av år og trinn er alle skårer standardisert slik at gjennomsnittet er 50 og standardavviket 10, og for trinn med nasjonale prøver beregnes én samlet skåre per barn per år.

I analysene plasseres barna hvert år i en av to inntektsgrupper, avhengig av om de lever i en husholdning med vedvarende lavinntekt eller ikke i samme år som testresultatet. Vi beskriver først skoleprestasjonene generelt, og deretter hvordan vedvarende lavinntekt henger sammen med resultatene samlet og innenfor grupper etter kjønn, foreldres utdanning og migrasjonsbakgrunn.

Vi undersøker utdanningsnivå ved henholdsvis 19 og 22 år, som representerer en alder der mange kan ha fullført videregående opplæring og bachelorgrad. Utvalget for denne analysen omfatter 247 295 19-åringer og 62 844 22-åringer, med data fra 2019 til 2022. Siden særlig studenter kan falle i lavinntektsgruppen uavhengig av familiens økonomi, bruker analysen inntektsstatus i alderen 15–17 år. I de videre analysene regnes alle som hadde lav inntekt i minst ett av disse årene i lavinntektsgruppen.

avdekkes mellom familieøkonomi og barns utvikling. Mens tidligere studier ofte rapporterte at familieinntekt hadde begrenset effekt på kognitiv utvikling, viser ikke-lineære modeller at høyere inntekt har en betydelig positiv betydning for utdanning blant barn som vokser opp i familier med lav inntekt (Løken mfl. 2012). For eksempel førte økt disponibel inntekt gjennom subsidiert barnepass til bedre karakterer på ungdomsskolen (Black mfl. 2014). Betydningen av familiebakgrunn for skoleprestasjoner har økt for årskullene født mellom 1986 og 2005. Barn som vokser opp i familier med lav inntekt, har i denne perioden i økende grad falt bak sine jevnaldrende (Markussen og Røed 2023).

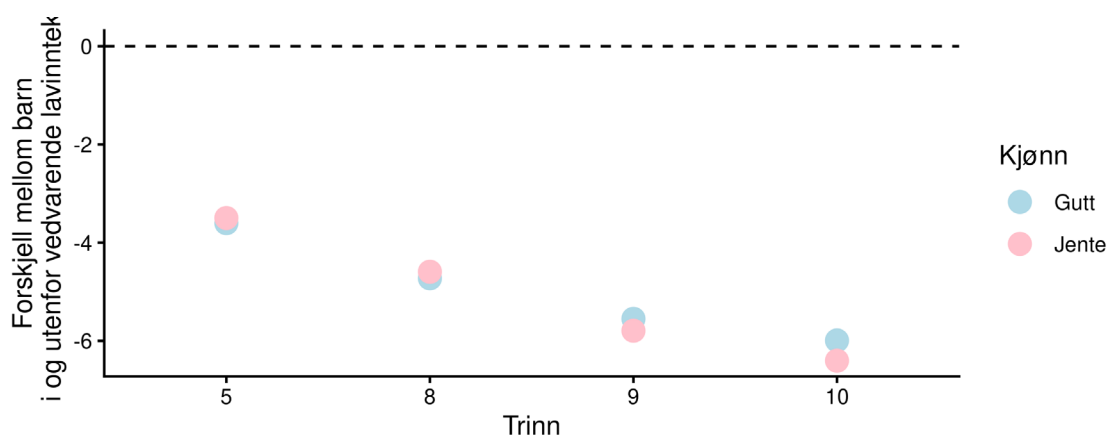
9.2 Resultater: Nasjonale prøver og grunnskolepoeng

Tabell 9.1 viser at barn i vedvarende lavinntekt gjennomgående har svakere skoleresultater enn øvrige barn på alle trinnene som er undersøkt. Forskjellene målt ved nasjonale prøver holder seg relativt stabil fra 5. til 9. trinn. Ser vi på grunnskolepoeng målt i 10. trinn, er forskjellene imidlertid større, der guttene i lavinntektsgruppen ligger på 42 poeng mot 48 poeng blant gutter i øvrige familier. Jentene viser et tilsvarende mønster, med 47 poeng i lavinntektsgruppen sammenlignet med 53 poeng blant øvrige jenter.

Tabell 9.1: Skole resultater etter vedvarende lavinntekt (VLI), kjønn og trinn

kjønn	Vedvarende lavinntekt	Trinn			
		5	8	9	10
Gutt	VLI	46,8	45,6	44,6	42,0
Gutt	ikke VLI	50,4	50,3	50,2	48,0
Jente	VLI	46,5	45,8	45,0	47,0
Jente	ikke VLI	50,0	50,4	50,8	53,4

Verdiene er standardiserte poeng, slik at for hvert år, trinn og test er gjennomsnittet er 50 og standardavvik 10. VLI = vedvarende lavinntekt.



Figur 9.1: Forskjeller i skoleresultater mellom barn som lever i vedvarende lavinntekt og barn som ikke gjør det, etter trinn og kjønn, hvor større avstand mellom prikkene og den stiplede linjen indikerer større forskjeller i skoleresultater mellom de to inntektsgruppene.

Kjønnsforskjellene endrer seg tydelig fra 9. til 10. trinn. På 9. trinn ligger gutter og jenter nær hverandre i begge inntektsgrupper, mens jentene har klart flere grunnskolepoeng enn guttene på 10. trinn. Endringen i kjønnsforskjellene er betydelige i begge inntektsgrupper, men dataene må tolkes med varsomhet fordi resultatet på 9. trinn bygger på et gjennomsnitt av to standardiserte prøver i norsk og

matematikk, mens resultatet for 10. trinn bygger på grunnskolepoeng og dermed inkluderer samtlige fag.

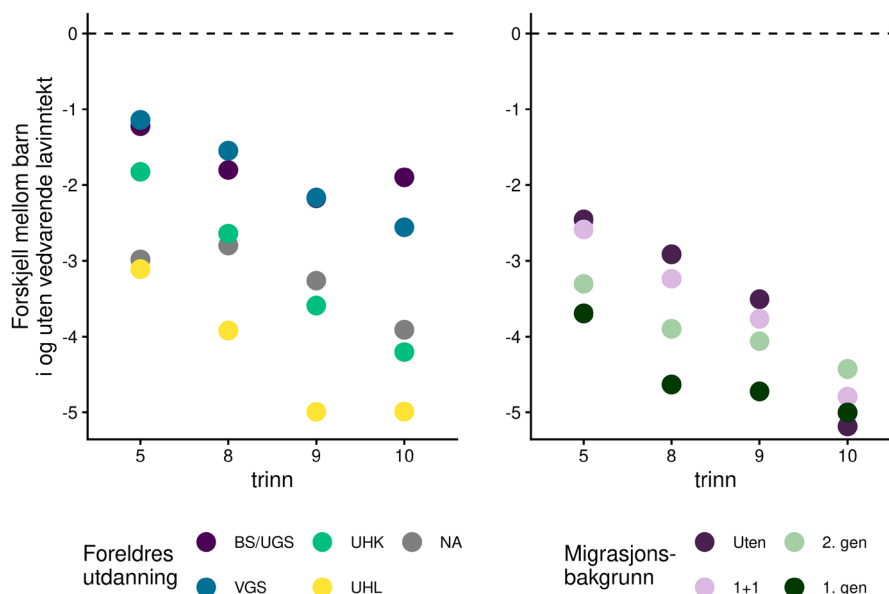
Figur 9.1 viser tydelige forskjeller mellom barn i vedvarende lavinntekt og øvrige barn på tvers av alle trinn, hvor man ser et gap som ligger mellom 3,5 og 6,5 poeng, noe som tilsvarer små til moderate forskjeller. Dette gapet øker gradvis fra 5. til 10. trinn, der forskjellen når rundt 6 poeng. Mønsteret indikerer en stabil, og gradvis tydeligere, negativ utvikling for barn i vedvarende lavinntekt gjennom grunnskolen.

Kjønnsforskjellene i disse gapene mellom barn i vedvarende lavinntekt og øvrige barn er små. Resultater for gutter og jenter ligger nesten likt på 5. og 8. trinn, med et avvik på 0,1 poeng. På 9. og 10. trinn er forskjellene noe større, men fortsatt beskjedne. Jenter har et litt større gap i grunnskolepoeng på 10. trinn mens gutter har et litt større gap på 9. trinn. Disse avvikene ligger godt innenfor det som kan regnes som ubetydelig. Det overordnede bildet er derfor at nivåforskjellen mellom inntektsgruppene er markant, mens variasjonen mellom kjønn innen hver inntektsgruppe er mindre.

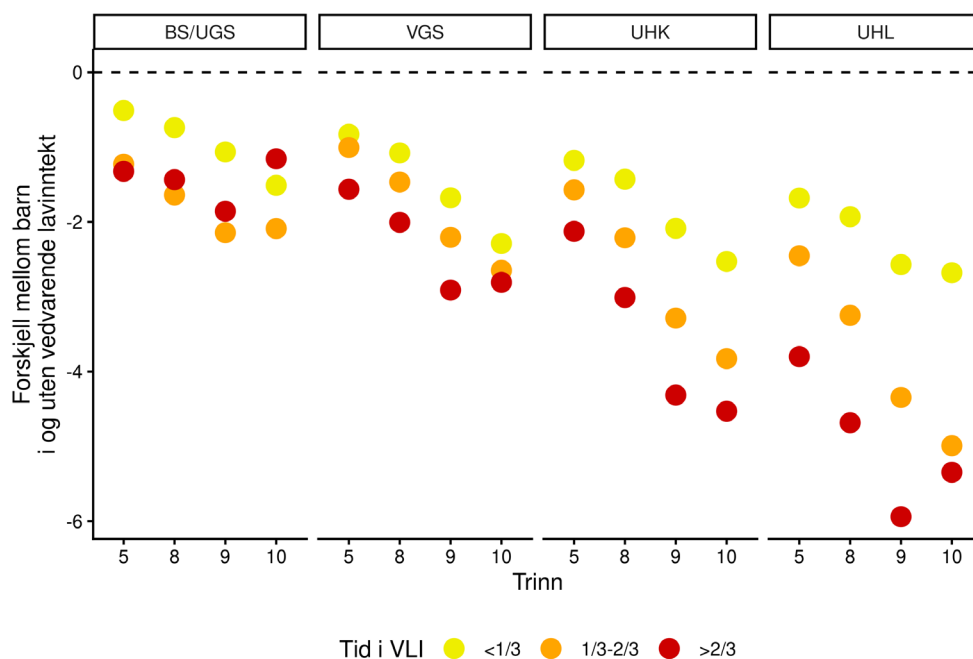
9.2.1 *Inntektsforskjeller i skolerestater etter foreldres utdanning og migrasjonsbakgrunn*

Resultatene i *figur 9.2 A* viser at det er forskjeller i skoleprestasjoner mellom barn i vedvarende lavinntekt og øvrige barn, uavhengig av foreldres utdanningsnivå. De tydeligste forskjellene fant vi for de med foreldre med høy utdanning. Her var forskjellene på mellom 3,2 og 5,0 poeng. De minste forskjellene i skoleprestasjoner mellom barn i vedvarende lavinntekt og øvrige barn var blant de med foreldre som kun hadde fullført grunnskolen eller videregående skole. Her varierte forskjellene mellom 1,2 og 2,6 poeng. Blant barn uten informasjon om foreldrenes utdanning, var forskjellene i skolepoeng mellom barn i og utenfor vedvarende lavinntekt mellom 2,8 og 3,9 poeng. Disse resultatene viser dermed at det finnes inntektsforskjeller i barnas skolerestater, uavhengig av foreldrenes utdanning, men at forskjellene varierer fra å være små til moderate. Noe overraskende var inntektsforskjellene i barnas skolerestater sterkest blant barn med foreldre med høy utdanning. Denne store forskjellen drives i hovedsak av førstegenerasjons- og andregenerasjonsinnvandrerbarn, som utgjør en betydelig andel av barna i lavinntektsgruppen. Høy inntekt blant foreldre med migrasjonsbakgrunn kan henge sammen med bedre integrering og sterkere norskferdigheter, noe som igjen kan ha betydning for barnas skoleprestasjoner. Samtidig begrenser lave inntekter familiens mulighet til å velge bosted, og særlig i Oslo, der mange barn med migrasjonsbakgrunn bor, er det en tydelig sammenheng mellom bokostnader og gjennomsnittlige skolerestater i ulike deler av byen.

Resultatene i *figur 9.2 B* viser et tilsvarende mønster mellom lavinntekt og skolerestater på tvers av migrasjonsbakgrunn. Vi finner små til moderate forskjeller i skolerestater mellom de med og uten vedvarende lavinntekt blant barn uten eller med blandet migrasjonsbakgrunn; mellom 2,5 og 4,8 poeng. Førstegenerasjonsinnvandrere har de største utslagene, hvor forskjellene ligger mellom 4,2 og 5,0 poeng, noe som indikerer et moderat nivå. Andregenerasjonsinnvandrere ligger noe lavere, fra 3,3 til 4,4 poeng. Forskjellene i skolerestater mellom barn i og utenfor vedvarende lavinntekt gjenfinnes dermed i alle migrasjonsgrupper, men sammenhengen mellom lavinntekt og svakere skoleprestasjoner øker gradvis med økende migrasjonstilknytning, og forskjellene er tydeligst blant barn som selv har innvandret. I tilleggsanalyser (ikke vist her), ser vi en mulig kontrast mellom barn av foreldre som har innvandret fra mer industrialiserte land og barn av foreldre som har innvandret fra lavinntektsland eller kriseområder, hvor sistnevnte gjør det noe dårligere på skolen. Dette er noe det kan være verdt å se nærmere på ved en senere anledning.



Figur 9.2: Forskjeller i skolerestater mellom barn som lever i vedvarende lavinntekt og barn som ikke gjør det, etter trinn og foreldres utdanning eller migrasjonsbakgrunn, hvor større avstand mellom prikkene og den stiplede linjen indikerer større forskjeller mellom barn i og utenfor vedvarende lavinntekt. Utdanningskategorier: BS/US = Barne- eller ungdoms-skole, VGS = videregående skole, UHK/UHL = Universitets- og høgsolenivå, kort/lang.

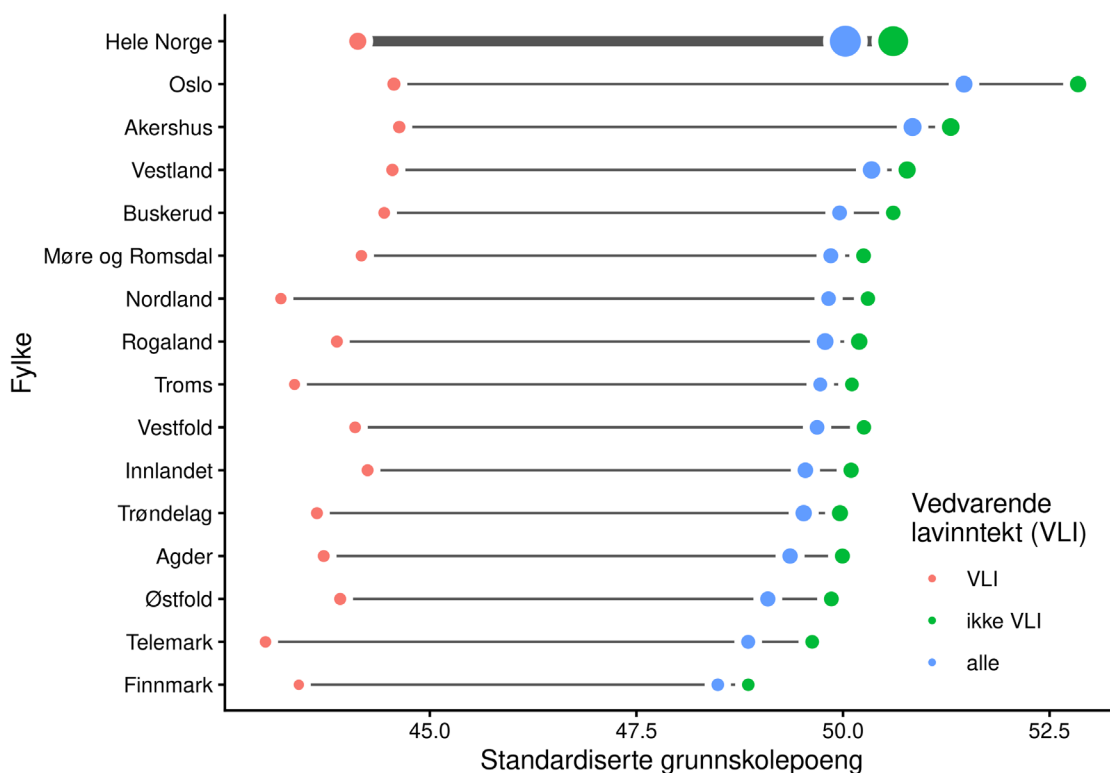


Figur 9.3: Forskjeller i skolerestater mellom barn som lever i vedvarende lavinntekt og barn som ikke gjør det, etter trinn, foreldres utdanning og tid i vedvarende lavinntekt. Større avstand mellom prikkene og den stiplede linjen indikerer større forskjeller mellom barn i og utenfor vedvarende lavinntekt. VLI = vedvarende lavinntekt. Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). Foreldres utdanningskategorier: BS/US = Barne- eller ungdoms-skole, VGS = videregående skole, UHK/UHL = Universitets- og høgsolenivå, kort/lang.

Figur 9.3 viser at forskjellene i skoleprestasjoner mellom de som har og ikke har levd i vedvarende lavinntekt er størst for de som har levd store deler av barndommen i vedvarende lavinntekt, uavhengig av foreldrenes utdanningsnivå. Med noen mindre unntak (særlig i gruppen med foreldre med lavest utdanning), henger økt tid i vedvarende lavinntekt sammen med et større gap i skolerestater sammenlignet med barn som aldri har vært i vedvarende lavinntekt.

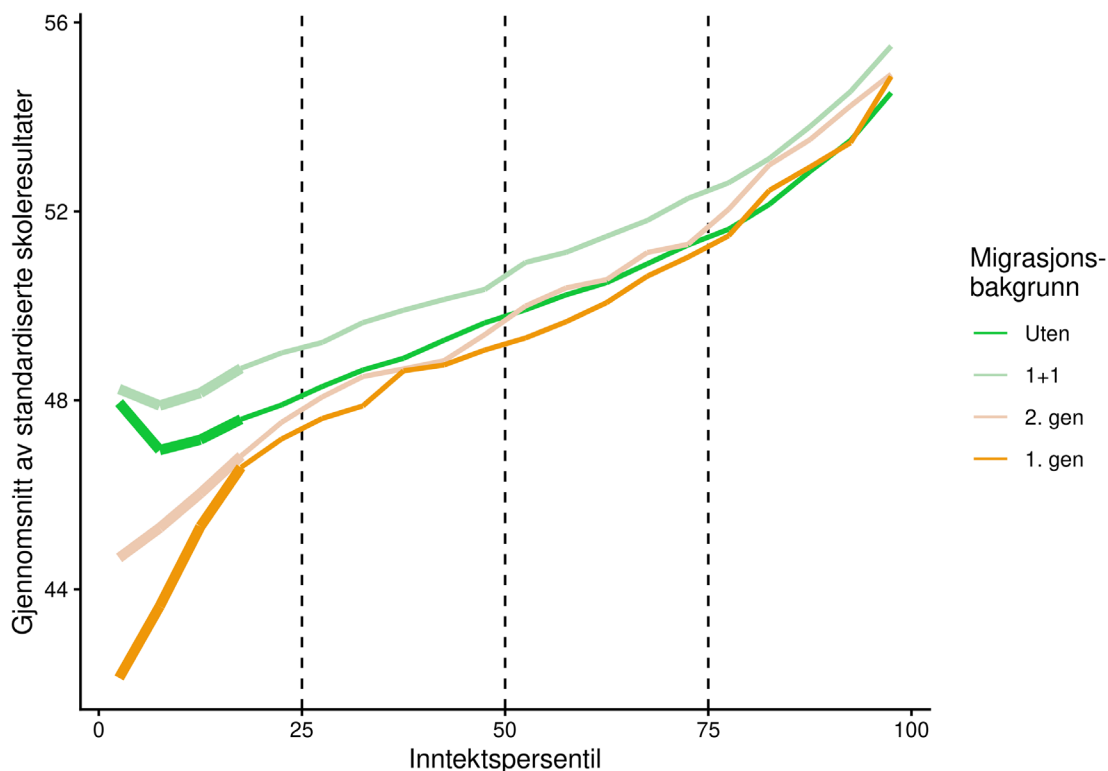
9.2.2 Inntektsforskjeller i skolerestater etter fylke

Det er tydelige forskjeller i utdannings- og skolerestater mellom norske fylker. Både når det gjelder gjennomføring av videregående opplæring og elevenes prestasjoner i grunnskolen, dokumenterer offentlige analyser at det er systematiske forskjeller mellom fylker, også når det tas hensyn til elevenes bakgrunn og tidligere resultater (Utdanningsdirektoratet 2022; Utdanningsdirektoratet 2024). Basert på disse forskjellene i skolerestater mellom fylker, kan man tenke seg at forskjellene mellom inntektsgruppene delvis gjenspeiler slike fylkesforskjeller. Figur 9.4 viser likevel at selv om gapet mellom inntektsgruppene er størst i Oslo, finnes det store forskjeller mellom inntektsgruppene i alle fylker, og at variasjonen mellom fylker er mindre enn forskjellene mellom inntektsgruppene.

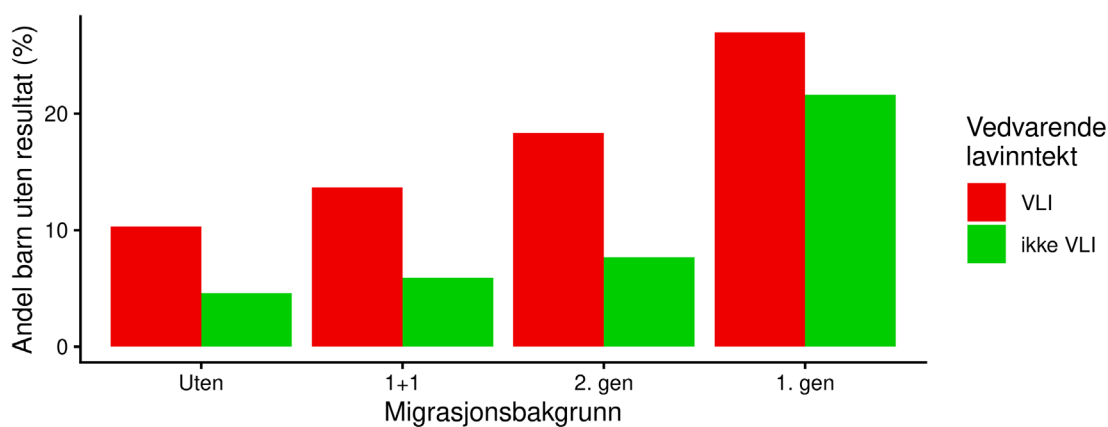


Figur 9.4: Forskjeller i skolerestater mellom barn som lever i vedvarende lavinntekt og barn som ikke gjør det etter fylke.

Figur 9.5 viser at barn med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder har de beste skolerestaterne uavhengig av husholdningens plassering i inntektsfordelingen. Videre fremgår det at første- og andregenerasjonsinnvandrere har svakere skolerestater enn barn uten migrasjonsbakgrunn i den nedre halvdel av inntektsfordelingen, mens de i den øverste inntektskvartilen presterer likt eller noe bedre enn barn uten migrasjonsbakgrunn. Sammenhengen mellom inntektskvartil og skolerestater er stabil for de fleste gruppene i de tre høyeste inntektskvartilene, med stigningstall som ligger mellom 0,05 og 0,15. I laveste kvartil er stigningstallene høyere for andre- (0,15) og førstegenerasjonsinnvandrere (0,26). Sistnevnte gruppe består av mange barn som nylig har kommet til Norge (og som dermed kanskje ikke har rukket å tilegne seg tilstrekkelige norskkferdigheter). For denne gruppen ligger foreldrenes inntekt ofte lavt samtidig som barna (enda) ikke gjør det så godt på skolen.



Figur 9.5: Sammenheng mellom husholdningens inntektspersentil og skoleresultater, stratifisert etter migrasjonsbakgrunn.



Figur 9.6: Andel barn uten skoleresultater etter migrasjonsbakgrunn. Figuren viser gjennomsnitt og andel uten resultater i nasjonale prøver på 5., 8., 9. trinn og uten grunnskolepoeng på 10. trinn.

Våre resultater knyttet til skoleprestasjoner undervurderer trolig de reelle forskjellene mellom barn i vedvarende lavinntekt og andre barn, siden barn i familier med lavinntekt oftere mangler resultater på nasjonale prøver eller grunnskolepoeng.¹⁶ Figur 9.6 viser at rundt 10 prosent av barn uten migrasjonsbakgrunn som er i vedvarende lavinntekt mangler slike resultater, mot om lag 5 prosent av øvrige barn. Blant førstegenerasjonsinnvandrere er tilsvarende andeler 27,3 blant barn i vedvarende lavinntekt og 20,6 prosent blant øvrige barn. Mønsteret er likt i alle grupper, med høyere andeler uten resultater for barn i vedvarende lavinntekt. Det er verdt å merke seg at denne sammenhengen tydelig er

¹⁶ Elever kan mangle grunnskolepoeng hvis man ikke har fullført ungdomsskolen eller ikke har fått karakterer i alle fag som normalt inngår i beregningen. Dette kan skje dersom en elev har ikke bestått eller ikke vurdert i flere fag, en elev ikke har deltatt på eksamen eller har fritak fra vurdering. Eller en elev ikke har fullført norsk grunnskole (for eksempel ved flytting fra utlandet uten karaktergrunnlag).

knyttet til lavinntekt, ettersom andelen manglende resultater er lav gjennom det meste av inntektsfordelingen, men øker kraftig blant barn fra familier i de 10–15 prosent laveste inntektsgruppene. Fordi fritak fra prøver i stor grad gis til barn som strever faglig, og elever uten karakterer ofte står uten grunnskolepoeng, antyder dette at forskjellen i skoleprestasjoner mellom barn i og utenfor lavinntekt er noe større enn det våre tall viser.

Samlet sett har barn i vedvarende lavinntekt svakere skolerresultater enn øvrige barn på alle trinn, og forskjellene øker frem mot 10. trinn. Gapet finnes for både gutter og jenter og i alle utdannings- og migrasjonsgrupper, men styrken varierer og er tydeligst blant barn med foreldre med lang høyere utdanning og blant førstegenerasjonsinnvandrere. Resultatene viser også at nivåforskjellene mellom migrasjonsgruppene er størst i laveste inntektskvartil, særlig for barn som nylig har kommet til Norge. Fordi barn i lavinntekt oftere mangler prøveresultater, er det sannsynlig at de reelle forskjellene er større enn de vi har vist her.

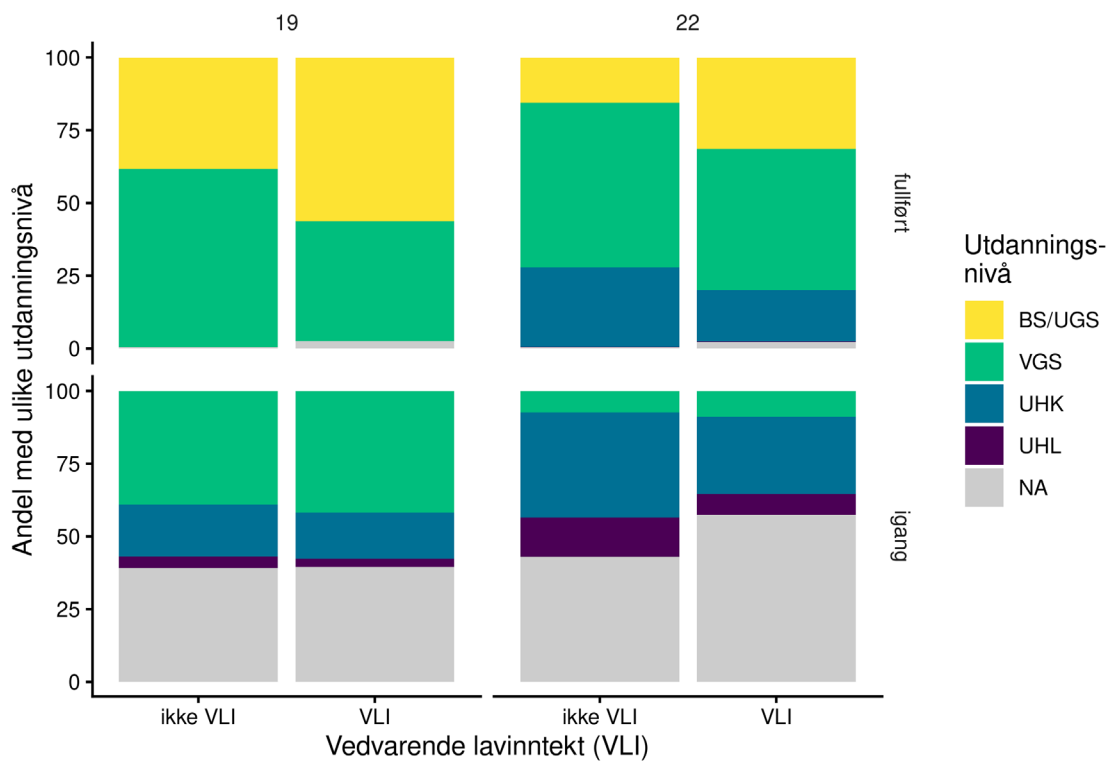
9.3 Utdanningsløp i tidlig voksenalder

Ved 19 år har barn i lavinntekt langt oftere enn øvrige barn kun fullført grunnskole (barneskole/ungdomsskole), med andeler på 56,2 mot 38,3 prosent. Risikoen for å befinne seg i denne kategorien er dermed rundt 1,5 ganger høyere for barn i vedvarende lavinntekt. Det er også en klart mindre andel av barna i vedvarende lavinntekt som har fullført videregående opplæring, der forskjellen går fra 41,2 prosent blant barn i familier med vedvarende lavinntekt til 61,2 prosent blant øvrige barn. Sjansen for å ha fullført videregående opplæring er derfor lavere i lavinnteksgruppen (relativ risiko på 0,7). Andelen uten registrert utdanning er også høyere i denne gruppen (relativ risiko på 5,7).

Ved 22-årsalder er forskjellene mellom barn i vedvarende lavinntekt og øvrige barn fortsatt tydelige. Andelen med fullført bachelorgrad er 17,6 prosent i lavinnteksgruppen og 27,3 prosent blant øvrige barn, noe som gir en relativ risiko på 0,6. Barn i familier med vedvarende lavinntekt har samtidig dobbelt så høy sannsynlighet for å ha fullført *kun* grunnskole (31,5 % mot 15,6 %). Forskjellen i manglende registrert utdanning består også her, med en relativ risiko på 4,7. Dette viser at utdanningsnivået ved begynnelsen av 20-årene fortsatt ligger lavere for unge som opplevde vedvarende lavinntekt i tenårene sammenlignet med øvrige barn og unge.

Når det gjelder andelen unge som fortsatt er under utdanning, går en tilnærmet like stor andel ved 19 år i videregående opplæring i begge grupper: 41,8 prosent av barn i vedvarende lavinntekt og 38,9 prosent av øvrige barn (RR = 1,1). Disse tallene kan både være påvirket av at barn fra familier med lavinntekt oftere bruker lengre tid på å fullføre videregående opplæring, og av at fullføring på normert tid kan skje enten ved 18 eller 19 års alder, avhengig av fødselsmåned. Andelen som tar høyere utdanning på bachelornivå er noe lavere i lavinnteksgruppen, med 15,8 prosent mot 18 prosent i sammenligningsgruppen. Som resultatene for fullført utdanning viser, kan de lavere tallene blant unge i lavinnteksgruppen skyldes at de fortsatt er under videregående utdanning eller har fullført et lavere utdanningsnivå enn en bachelorgrad. Det er små forskjeller i andelen som verken er i utdanning eller som er registrert i en annen kategori.

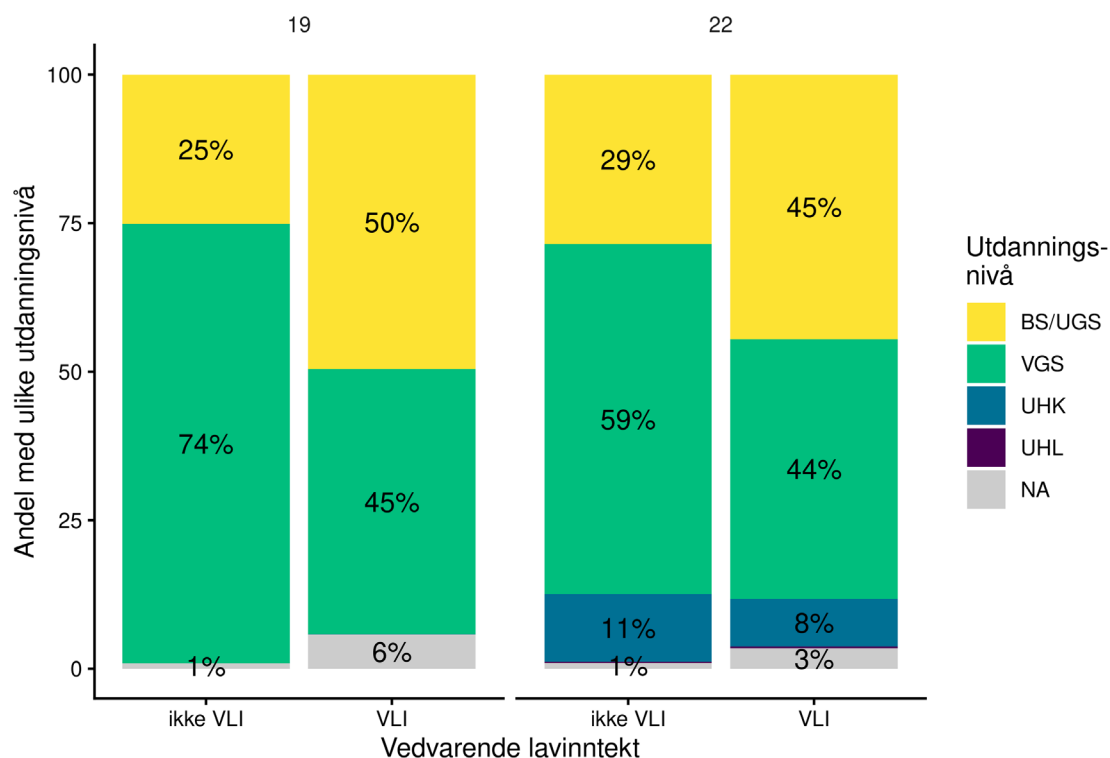
Ved 22 år er kontrastene tydeligere. En større andel i lavinnteksgruppen er ikke under utdanning (57,4 % mot 43 % blant øvrige barn, relativ risiko 1,3). Deltakelsen på bachelornivå er også lavere blant unge i lavinnteksgruppen ved 22-årsalder, med 26,4 prosent mot 36,1 prosent, og overgangen til lengre høyere utdanning er omtrent halvparten så vanlig blant unge i lavinnteksgrupper sett opp mot øvrige unge (7,2 % mot 13,5 %, relativ risiko 0,5). Andelen som fortsatt er i videregående opplæring er noe høyere i lavinnteksgruppen, men ligger på et lavt nivå i begge grupper.



Figur 9.7: Utdanningsløp ved 19 og 22 år etter vedvarende lavinntekt.

Nederste panel i [figur 9.7](#) viser at en stor andel unge ikke lenger er i utdanning ved 19 år, og at denne andelen er enda høyere ved 22 år. Dette reiser spørsmålet om hvilket utdanningsnivå disse ungdommene faktisk har oppnådd. [Figur 9.8](#) viser at mange ungdommer fra familier med lavinntekt som ikke lenger er i utdanning ved 19 år, kun har fullført grunnskole (49,6 %), mens 44,6 prosent har fullført videregående. Blant øvrige ungdommer har flertallet fullført videregående opplæring (74 %), mens bare 25,1 prosent står med kun grunnskole.

Dette mønsteret består også ved 22 år. I lavinntektsgruppen har 44,5 prosent kun grunnskole, mens 43,7 prosent har fullført videregående. Andelen med bachelorgrad er lav (8 %). Blant øvrige ungdommer har 58,9 prosent fullført videregående og 28,5 prosent kun grunnskole, mens 11,4 prosent har oppnådd en bachelorgrad. Dette viser at utdanningsnivået blant de som ikke lenger er under utdanning ligger betydelig lavere for gruppen som har opplevd vedvarende lavinntekt.



Figur 9.8: Utdanningsnivå blant personer uten registrert pågående utdanning.

I sum viser tallene at unge som har opplevd vedvarende lavinntekt langt oftere står med kun grunnskole og sjeldnere har fullført videregående skole eller fått en bachelorgrad. En større andel er heller ikke under pågående utdanning, særlig ved 22 år. Blant de som ikke lenger er i utdanning, er utdanningsnivået tydelig lavere i lavinntektsgruppen enn blant andre ungdommer.

9.4 Oppsummering og diskusjon

Resultatene viser at barn og unge i vedvarende lavinntekt har svakere skoleresultater og oppnår et lavere utdanningsnivå enn andre barn, og at forskjellene er tydelige på alle trinn. Gapet mellom inntektsgrupper i skoleresultater ligger jevnt mellom små og moderate nivåer, uten særlige kjønnsforskjeller, og mønsteret går igjen i alle undergrupper basert på migrasjonsbakgrunn og foreldres utdanningsnivå. Forskjeller mellom inntektsgruppene er sterkest i familier hvor foreldrene har lang høyere utdanning og blant førstegenerasjonsinnvandrere, mens forskjellene er mindre i grupper med lavere utdanningsnivå og blant barn uten migrasjonsbakgrunn eller med blandet migrasjonsbakgrunn. Foreldrenes utdanningsnivå kan likevel virke kompensierende; barn av høyt utdannede foreldre med lavinntekt presterer fortsatt relativt godt i skolen, men de når ikke de samme toppresultatene som barn i familier der høy utdanning kombineres med høy inntekt.

Som vi har vist, mangler barn som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt oftere prøve- og/eller skoleresultater enn andre barn. Dette tyder på at de målte forskjellene undervurderer den reelle avstanden mellom barn i familier med vedvarende lavinntekt og øvrige barn¹⁷.

Utdanningsforskjellene ved 19 og 22 år er store, og en langt større andel i lavinntektsgruppen står kun

¹⁷ For å illustrere betydningen av manglende data kan vi beregne gjennomsnittsskåren for en gruppe med en skår på 45, under forutsetning av at enten 10 eller 20 prosent av resultatene manglet, og at de med manglende data ville ha prestert to standardavvik under gjennomsnittet. I et slikt scenario ville gjennomsnittsskåren falt til henholdsvis 43,5 og 42. Dette er ikke svært store, men likevel relevante forskjeller.

med grunnskole, færre har fullført videregående utdanning, og deltakelsen i høyere utdanning er lavere sett opp mot øvrige unge. Dette viser at ulikhetene som oppstår i grunnskolen i stor grad kan følge unge videre inn i voksenlivet.

Våre resultater viser en tydelig og stabil sammenheng mellom oppvekst i vedvarende lavinntekt og svakere skoleprestasjoner, slik internasjonal forskning også har dokumentert (Ekspertgruppen om barn i fattige familier 2024). Studier fra USA finner at fattigdom i tidlig barndom henger sammen med lavere sannsynlighet for å fullføre utdanning (Duncan mfl. 2010), og vi finner et tilsvarende mønster: Ungdom som vokser opp i familier med lavinntekt fullfører sjeldnere videregående opplæring og tar sjeldnere høyere utdanning. Våre resultater viser også at ferdighetsgapet mellom barn i lavinntekt og andre barn øker gjennom grunnskolen. Dette er i tråd med nyere norske studier som viser at sosiale forskjeller i grunnleggende ferdigheter forsterkes over tid (Løken mfl. 2024). Selv om funnene våre er deskriptive, samsvarer de med kausale studier som viser at høyere familieinntekt og oppvekst i mer ressurssterke nabolag forbedrer skoleutfall (Chetty mfl. 2016; Jacob mfl. 2014).

Våre analyser bidrar samtidig med ny kunnskap og nyanser i forskningen om betydningen av migrasjonsbakgrunn og utdanning. For eksempel finner vi det samme inntektsgapet i skoleprestasjoner i alle migrasjonsgrupper, men sammenhengen er tydeligst for førstegenerasjonsinnvandrere. Våre funn supplerer dermed tidligere nordiske studier som viser at sen ankomst til Norge gir svakere utdanningsresultater (Hermansen 2017; Instebø mfl. 2021). Én mulig forklaring på det store inntektsgapet blant førstegenerasjonsinnvandrere er at gruppen inkluderer en (relativt mindre) andel barn med foreldre fra vestlige industriland som i gjennomsnitt har høyere utdanning og inntekt, og en (relativt større) gruppe fra Vest-Asia eller Afrika sør for Sahara med i gjennomsnitt lavere utdanning og inntekt.

Videre antyder analysene våre at de reelle ferdighetsgapene kan være større enn det som er lagt til grunn i tidligere studier som ikke tok hensyn til at barn som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt, oftere mangler resultater fra nasjonale prøver eller grunnskolepoeng, blant annet som følge av fritak eller manglende vurderingsgrunnlag. Tidligere forskning har dokumentert kjønnsforskjeller i skoleprestasjoner i favør av jenter (Stoltenberg mfl. 2019). Våre resultater supplerer disse funnene ved å vise at inntektsgapet i skoleprestasjoner er markant for begge kjønn. Lavinntekt fremstår dermed som en tydelig ulempe for både gutter og jenter, og disse forskjellene i utdanningsutfall etter inntektsforskjeller ser ut til å vedvare inn i ung voksen alder.

10 Overordnet diskusjon

En diskusjon av rapportens empiriske resultater i lys av tidligere forskning presenteres avslutningsvis i hvert empiriske kapittel. I dette kapitlet trekker vi frem de mest overordnende og sentrale resultatene i rapporten og diskuterer implikasjonene av disse som kan være relevante for utvikling av tiltak rettet mot barn som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt.

10.1 Opphopning av levekårsutfordringer i familier med lavinntekt

Overordnet sett viser de empiriske funnene i denne rapporten at økonomisk sårbarhet sjelden opptrer isolert, men inngår i et bredere mønster som innebærer en opphopning av flere levekårsutfordringer. Barn som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt, opplever blant annet betydelig oftere belastninger knyttet til familiestruktur enn andre barn. For eksempel er andelen enslige forsørgere markant høyere blant husholdninger med vedvarende lavinntekt, med 38 prosent mot kun 15 prosent i øvrige familier. Barn i familier med vedvarende lavinntekt bor også oftere i hushold med flere barn enn andre barn, et mønster som er tydeligst blant innvandregruppene og svakest blant barn med to norskfødte foreldre. Foreldre i husholdninger med vedvarende lavinntekt har også lavere utdanning (2,2 år mindre) og lavere yrkesdeltakelse enn foreldre i befolkningen generelt.

Disse beskrivende funnene, som utdypes i kapittel 6 om familieegenskaper, samsvarer med funnene i litteraturgjennomgangen i kapittel 4, spesielt når det gjelder bakenforliggende årsaker til fattigdom. Sett i lys av nordisk forskning som viser at høyere utdanning er en primær årsaksfaktor for foreldres inntekt, hovedsakelig gjennom effekten på sysselsetting (Bhuller mfl. 2017), så er det ikke hensiktsmessig at politiske tiltak utelukkende bruker inntektsoverføringer som virkemiddel. Snarere tilsier funnene i denne rapporten at det er behov for en mer helhetlig innsats rettet mot familier med sammensatte vansker. Dette innebærer at den støtten som gis både adresserer utfordringer knyttet til lav utdanning og svak sysselsetting, men også inkluderer hjelp og støtte knyttet til foreldrenes helseutfordringer. Dette er i tråd med forskning som viser at psykiske helseplager er en sterk risikofaktor for både lav sysselsetting og vedvarende lavinntekt (Hakulinen mfl. 2019; Ridley mfl. 2020).

10.2 Negative konsekvenser av barnefattigdom akkumuleres over tid

Et annet sentralt funn i rapporten er at *varigheten* av vedvarende lavinntekt har en klar sammenheng med både psykisk uhelse hos barn og unge og svakere skolerresultater. For eksempel ser vi at risikoen for å motta en psykiatrisk diagnose øker over tid og i takt med antall år barna har tilbragt i fattigdom. Ved 18 år er blant annet risikoen for en ADHD-diagnose 10,7 prosent for barn som har tilbragt store deler av oppveksten i fattigdom, sammenlignet med 7,6 prosent for barn som aldri har opplevd fattigdom. Vi ser også at risikoen for svakere skoleprestasjoner øker jo lengre tid barnas oppvekst har vært preget av fattigdom, og at dette særlig synes å gå utover skolerresultatene i ungdomsårene til gutter i familier med vedvarende lavinntekt.

Disse funnene, som utdypes i kapittel 7 om psykisk helse hos barn og kapittel 9 om barns skole- og utdanningsresultater, er i tråd med tidligere funn i forskningslitteraturen som understreker betydningen av varigheten på eksponering til fattigdom for barn og unges psykiske helse og skoleprestasjoner (Béatrice mfl. 2012; Vaalavuo mfl. 2022). I lys av at de negative effektene av barnefattigdom akkumuleres over tid og dermed får store konsekvenser på flere viktige områder i barn og unges liv (Evensen mfl. 2021; Duncan mfl. 2010; Yoshikawa mfl. 2012), bør hjelpetiltak i hovedsak prioritere å rette innsatsen mot å bryte mønstre med vedvarende lavinntekt på et tidlig stadium i oppveksten. Denne innsatsen vil være ytterst viktig både med tanke på å forebygge utenforskap, men også med henblikk på å styrke barnas utviklingsmuligheter gjennom barne- og ungdomsårene samt deres livssjanser senere i livet.

10.3 Ulike fattigdomsprofiler

Rapporten identifiserer distinkte fattigdomsprofiler basert på migrasjonsbakgrunn, noe som antyder at det kan være lite hensiktsmessig å sette inn like tiltak for familier med ulike behov. Barn med migrasjonsbakgrunn er sterkt overrepresentert og utgjør 67 prosent av barna i 10 årsalderen i gruppen med vedvarende lavinntekt. For disse familiene henger lavinntekt ofte sammen med strukturelle forhold som lavere utdanning, svakere arbeidsmarkedstilknytning og større barneflokker (Eika og Langørgen, 2025). Det er imidlertid viktig å presisere at økningen i fattigdom over tid ikke skyldes svekket arbeidsmarkedstilknytning, da yrkesdeltakelsen faktisk har økt, men snarere høy innvandring av utsatte grupper samt at offentlige stønader har hatt en svakere utvikling enn lønnsveksten (Eika og Langørgen, 2025).

For barn uten migrasjonsbakgrunn fremstår fattigdom i større grad knyttet til helseutfordringer. Sammenhengen mellom lavinntekt og psykiske diagnoser er tydeligst i familier uten migrasjonsbakgrunn; for eksempel er forskjellen i forekomst av psykiske diagnoser mellom inntektsgruppene størst blant mødre med norsk bakgrunn, med en differanse på 8 prosentpoeng. Dette speiler forskning som viser at psykisk uhelse og alvorlige lidelser er en sterk risikofaktor for lavinntekt og redusert arbeidsdeltakelse (Hakulinen mfl., 2019; Ridley mfl., 2020). Funnene våre tyder på at hjelp og støtte ved psykiske helseproblemer hos foreldre kan være særlig relevant i familier med vedvarende lavinntekt, spesielt blant familier uten migrasjonsbakgrunn, der den registrerte forekomsten er høyere. Samtidig bør slik støtte være tilgjengelig for alle familier med behov for hjelp. For familier med migrasjonsbakgrunn kan lavere registrert forekomst også henge sammen med barrierer i møte med tjenestene. Dette peker på at bedre tilgang til og bruk av psykiske helsetjenester kan være særlig viktig for denne gruppen.

10.4 Paradokset rundt sammenhengen mellom psykisk helse, lavinntekt og migrasjonsbakgrunn

Funnene i kapittel 7 avdekker et interessant paradoks knyttet til sammenhengen mellom lavinntekt, psykiske diagnoser og migrasjonsbakgrunn. Mens en oppvekst i lavinntekt på generelt grunnlag var assosiert med høyere forekomst av psykiske lidelser, var denne sammenhengen ikke til stede og i visse tilfeller til og med motsatt for barn med migrasjonsbakgrunn. For barn som selv hadde innvandret, sank forekomsten av diagnoser på psykiske vansker i spesialisthelsetjeneste ved 18 år med økende varighet i fattigdom gjennom oppveksten, fra 23,8 prosent for de som aldri var i vedvarende fattigdom til 20,4 prosent for de som vokste opp i fattigdom mesteparten av tiden.

Dette mønsteret reflekterer sannsynligvis barrierer for tilgang til helsetjenester for barn med migrasjonsbakgrunn snarere enn at disse barna har bedre psykisk helse enn barn uten migrasjonsbakgrunn. Som påpekt i metodekapitlet (kapittel 3) og i diskusjonen i kapittel 7, fanger registerdata opp bruk av tjenester og forekomst av diagnoser, men ikke nødvendigvis den reelle sykdomsbyrden blant ulike befolkningsgrupper. Lave diagnosetall blant barn med migrasjonsbakgrunn og i familier med lavinntekt kan derfor også signalisere at det er udekkede medisinske behov blant denne gruppen av barn. Helsemyndigheter bør derfor ha høy bevissthet rundt at faktorer som kulturelle normer, lav tillit til offentlige tjenester eller språklige barrierer kan hindre familier med migrasjonsbakgrunn i å oppsøke hjelp. Dette fordrer i sin tur at tiltak rettet mot barn i familier med migrasjonsbakgrunn og lavinntekt i større grad krever oppsøkende virksomhet enn tiltak som rettes mot barn i familier med lavinntekt, men uten migrasjonsbakgrunn.

I hvilken grad dette også gjelder for barns fysiske helse er mer uklart, siden vi gjennomgående fant svake sammenhenger mellom helsetjenestebruk for fysiske helseproblemer og tid i vedvarende lavinntekt. Dette gjaldt både for primær- og spesialisthelsetjenestebruk, men med noen forskjeller etter migrasjonsbakgrunn. Det eneste unntaket på fysisk helse er helseutfordringer knyttet til fedme, som

noe oftere diagnostiseres i spesialisthelsetjenesten hos barn som tilbringer størstedelen av livet sitt i fattigdom. Her er våre funn i tråd med andres (Chung mfl. 2016; Lai mfl. 2019). De er også i tråd med en norsk nabolagsstudie (Coutinho mfl. 2023). Andre norske studier har stort sett undersøkt betydningen av mors utdanning og samlivsstatus (som er assosiert med inntekt), men understøtter også våre funn om økt forekomst i lavere sosiale lag (Biehl mfl. 2013, 2014).

Den svake sammenhengen ellers mellom inntekt og helsetjenestebruk for fysiske helseproblemer står i kontrast til funn som rapporteres i en oversiktsartikkel fra Storbritannia som inkluderer resultater fra både registre og surveys, hvor bruken av helsetjenester synes å være gjennomgående høyere for barn som vokser opp i fattigdom (Lee mfl. 2023). Siden tallene våre viser at nær alle barn i Norge har besøkt fastlegen i løpet av barndommen, kan dette tyde på at de tidligere nevnte barrierene knyttet til tilgjengelighet, lav helsekompetanse eller tillit i møtet med helsevesenet (Barne- og familiedepartementet 2025) spiller en mindre rolle for fysiske enn for psykiske helseproblemer. Samtidig vet vi ikke med sikkerhet om omfanget av fysiske helseplager blant barn i familier med lavinntekt er større enn hva våre data evner å fange opp, da helseplager også kan innebære levekårsrelaterte symptomer og plager som foreldre kan ha en høyere terskel for å oppsøke helsetjenestene for og som derfor ikke nødvendigvis fanges opp i helseregistrene. Disse plagene kan inkludere stress, uro, psykosomatiske smerter (magevondt, muskel og skjelettplager), lavere livskvalitet og dårligere søvnkvalitet, som i sin tur kan bidra til at barna er mye borte fra skolen og dermed kan påvirke deres læringsutbytte og skoleprestasjoner.

10.5 Geografisk lagdeling og «Oslo-effekten»

Empiriske funn i kapittel 5 om nærmiljø og geografisk konsentrasjon av fattigdom belyser videre at levekårsutfordringer er geografisk skjevt fordelt i landet. Spesielt Oslo skiller seg ut som et særtilfelle der lav familieinntekt forsterkes av flere levekårsutfordringer i nærmiljøet. I Oslo er det en betydelig segregeringseffekt hvor barn i familier med vedvarende lavinntekt i snitt går på skoler der gjennomsnittsinntekten er over 85 000 kroner lavere og trangboddheten er 11 prosentpoeng høyere enn for andre barn. I andre fylker deler imidlertid barn i lavinntektsfamilier oftere samme nærmiljø som andre barn. Samtidig er det viktig å understreke at både andre byer og tettsteder i Norge også kan ha betydelige levekårsutfordringer som krever spesiell oppmerksomhet. På grunn av grove geografiske inndelinger i datagrunnlaget fanges ikke nødvendigvis slike lokale variasjoner og konsentrasjoner opp i vår analyse, selv om de i praksis kan ligne utfordringene vi ser i Oslo.

Den doble belastningen av lav familieinntekt og oppvekst i levekårsutsatte nabolag i Oslo er i tråd med tidligere forskning som viser at geografisk sortering til fattige nabolag både kan hindre sosial mobilitet og utviklingsmuligheter samt forsterke sosial ulikhet (Chetty og Hendren 2018; Markussen og Røed 2018; Sampson 2008). Tiltak som retter seg mot bolig- og byutviklingspolitikk, både i Oslo og i andre områder med geografisk konsentrasjon av levekårsutfordringer, kan derfor være sentrale innsatsområder i arbeidet med å motvirke lavinntekt og utjevne sosiale forskjeller i barns oppvekstvilkår. Dette er nødvendig for å hindre at dagens bostedsmønstre sementerer en økende sosial ulikhet.

10.6 Konkluderende bemerkninger og veien videre

Barnefattigdom i Norge handler om mer enn økonomi. Det representerer et komplekst og flerdimensjonalt fenomen, som reflekterer forskjeller i familieforhold, kvalitet på nærmiljø samt helse, skole- og læringsforløp, hvor belastninger kan hope seg opp og forsterke hverandre og sosial ulikhet over tid. En viktig implikasjon av de beskrivende funnene som er presentert i denne rapporten er at de understreker behovet for tiltak som ser hele barnets situasjon, og som retter seg både mot familiens ressurser og de strukturelle rammene barna vokser opp i, med et særlig fokus på barn som opplever

langvarig barnefattigdom. Det er imidlertid et stort behov for mer kunnskap om hvilke tiltak som er effektive for å utjevne sosial ulikhet blant barn i Norge som vokser opp med ulike forutsetninger. Virkninger av tiltak for å redusere og forebygge fattigdom vil belyses nærmere i en senere rapport i dette prosjektet.

Referanser

- Akee, Randall K. Q., William E. Copeland, Gordon Keeler, Adrian Angold, og E. Jane Costello. 2010. «Parents' incomes and children's outcomes: a quasi-experiment using transfer payments from casino profits». *American Economic Journal: Applied Economics* 2 (1): 86–115. <https://doi.org/10.1257/app.2.1.86>.
- Alm, Andreas og Andreas Fjellborg. 2020. «Leaving poor neighbourhoods: the role of income and housing tenure». *Housing Studies* 36 (7): 1122–42. <https://doi.org/10.1080/02673037.2020.1748177>.
- Andersen, Hans. 2016. «Selective moving behaviour in ethnic neighbourhoods: white flight, white avoidance, ethnic attraction or ethnic retention?» *Housing Studies* 32 (3): 296–318. <https://doi.org/10.1080/02673037.2016.1208161>.
- Andersen, Maria Lyster, Lasse Bang, Guido Biele, Knut Jørgen Bjuland, Hanne Nissen Bjørnsen, Marit Müller de Bortoli, Alexandra Havdahl, mfl. 2025. «Temautgave av Folkehelse rapporten 2025: Barn og unges psykiske helse». Folkehelseinstituttet.
- Agenda Kaupang og Asplan Viak. (2025, 19. desember). *Sluttevaluering av Områdesatsingene i Oslo 2017–2026* (Rapport nr. R1023103). Oslo kommune, Byrådsavdeling for byutvikling. <https://kudos.dfo.no/documents/479756/files/49750.pdf>
- Béatrice, Nikiéma Lise Gauvin, Maria Victoria Zunzunegui, og Louise S'eguvin. 2012. «Longitudinal patterns of poverty and health in early childhood: exploring the influence of concurrent, previous, and cumulative poverty on child health outcomes». *BMC Pediatrics* 12: 141. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-12-141>.
- Barne- og familiedepartementet, Regjeringen /. 2025. «Tro på framtida – uansett bakgrunn: Meld. St. 28 (2024–2025)». Stortingsmelding 28 (2024–2025). <https://www.regjeringen.no/contentassets/9586a180c27d41ddb85836f38900b772/no/pdfs/stm202420250028000dddpdfs.pdf>.
- Bayer, Patrick, Robert McMillan, og Kim Rueben. 2004. «An equilibrium model of sorting in an urban housing market». NBER Working Paper. National Bureau of Economic Research.
- Befus, Eva-Grethe, Eirin Mølland, Sølvi Helseth, Thomas Westergren, Eirik Abildsnes, Milada Hagen, Sandra Nolte, og Kristin Haraldstad. 2025. «Health-related quality of life and its association with socioeconomic status and mental health in 5- to 7-year-old children: a cross-sectional study». *Quality of Life Research* 34: 549–61. <https://doi.org/10.1007/s11136-024-03834-6>.
- Bentdal, Yngvild Emblem, Jacob Dag Berild, Marianne Riise Bergsaker, Tone Bruun, Evy Dvergsdal, André Einhaug, Berit Feiring, mfl. 2025. «Barnevaksinasjonsprogrammet i Norge. Rapport for 2024». Folkehelseinstituttet. https://www.fhi.no/contentassets/553098060f47435196470e83b285985b/barnevaksinasjonsprogramm-et-i-norge_rapport-2024-rev.pdf.
- Bergman, Peter, Raj Chetty, Stefanie Deluca, Nathaniel Hendren, Lawrence Katz, og Christopher Palmer. 2024. «Creating moves to opportunity: experimental evidence on barriers to neighborhood choice». *American Economic Review* 114 (5): 1281–1337. <https://doi.org/10.1257/aer.20200407>.
- Berntsson, L., K. C. Ringsberg, B. Eriksson, og L. Köhler. 2016. «Health, economy and social capital in Nordic children aged 13-17 years and their families: changes between 1984, 1996 and 2011». *International Journal of Healthcare* 2 (1). <https://doi.org/10.5430/ijh.v2n1p51>.
- Bhuller, Manudeep, Magne Mogstad, og Kjell G. Salvanes. 2017. «Life-cycle earnings, education premiums, and internal rates of return». *Journal of Labor Economics* 35 (4): 993–1030.
- Biehl, A., R. Hovengen, E. K. Groholt, J. Hjelvesaeth, B. H. Strand, og H. E. Meyer. 2013. «Adiposity among children in Norway by urbanity and maternal education: a nationally representative study». *BMC Public Health* 13: 842. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-842>.
- Biehl, A., R. Hovengen, E. K. Grøholt, J. Hjelvesaeth, B. H. Strand, og H. E. Meyer. 2014. «Parental marital status and childhood overweight and obesity in Norway: a nationally representative cross-sectional study». *BMJ Open* 4 (6): e004502. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004502>.
- Black, S. E., Devereux, P. J., Løken, K. V., og Salvanes, K. G. (2014). Care or cash? The effect of child care subsidies on student performance. *The Review of Economics and Statistics*, 96(5), 824–837. https://doi.org/10.1162/REST_a_00439
- Brattbakk, I. og Andersen, B. (2017). *Oppvekststedets betydning for barn og unge: Nabolaget som ressurs og utfordring* (AFI Rapport 02:2017).

- Bronfenbrenner, U. (2000). *Ecological systems theory*. American Psychological Association.
- Bünnings, Christian, Lucas Hafner, Simon Reif, og Harald Tauchmann. 2021. «In sickness and in health? Health shocks and relationship breakdown: Empirical evidence from Germany». *Journal of Economic Behavior & Organization* 190 (august): 164–90. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2021.07.029>.
- Bøe, Tormod, Helene Angelica Ostojic, Kristin Haraldstad, Eirik Abildsnes, Philip Wilson, Kristine Vigsnes, og Eirin Mølland. 2023. «Self-reported and parent-reported mental health in children from low-income families in Agder, Norway: results from baseline measurements of New Patterns project participants». *BMJ Open* 13: e076400. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-076400>.
- Bøe, Tormod, Anna Sofia Serlachius, Børge Sivertsen, Keith J. Petrie, og Mari Hysing. 2018. «Cumulative effects of negative life events and family stress on children's mental health: the Bergen Child Study». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 53: 1–9. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1451-4>.
- Bøe, Tormod, Jens Christoffer Skogen, Børge Sivertsen, Mari Hysing, Keith J Petrie, Eric Dearing, og Henrik Daae Zachrisson. 2017. «Economic volatility in childhood and subsequent adolescent mental health problems: a longitudinal population-based study of adolescents». *BMJ Open* 7 (e017030). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017030>.
- Chetty, Raj og Nathaniel Hendren. 2018. «The impacts of neighborhoods on intergenerational mobility II: county-level estimates*». *The Quarterly Journal of Economics* 133 (3): 1163–1228. <https://doi.org/10.1093/qje/qjy006>.
- Chetty, Raj, Nathaniel Hendren, og Lawrence Katz. 2016. «The effects of exposure to better neighborhoods on children: New evidence from the Moving to Opportunity experiment». *American Economic Review* 106 (4): 855–902. <https://doi.org/10.1257/aer.20150572>.
- Chung, A., Backholer, K., Wong, E., Palermo, C., Keating, C., Peeters, A.. 2016. «Trends in child and adolescent obesity prevalence in economically advanced countries according to socioeconomic position: a systematic review». *Obesity Review* 17 (3): 276–95. <https://doi.org/10.1111/obr.12360>.
- Comeau, JINETTE, og Michael H. Boyle. 2018. «Patterns of poverty exposure and children's trajectories of externalizing and internalizing behaviors». *SSM - Population Health* 4: 86–94.
- Corell, Maria, Peter Friberg, Max Petzold, og Petra Löfstedt. 2024. «Socioeconomic inequalities in adolescent mental health in the Nordic countries in the 2000s - A study using cross-sectional data from the Health Behaviour in School-aged Children study». *Archives of Public Health* 82 (20). <https://doi.org/10.1186/s13690-024-01240-5>.
- Costello, E. J., Compton, S. N., Keeler, G., og Angold, A. (2003). Relationships between poverty and psychopathology: a natural experiment. *JAMA*, 290(15), 2023–2029. <https://doi.org/10.1001/jama.290.15.2023>
- Coutinho, S. R., O. K. Andersen, N. Lien, og M. K. Gebremariam. 2023. «Neighborhood deprivation, built environment, and overweight in adolescents in the city of Oslo». *BMC Public Health* 23 (1): 812. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15261-2>.
- Dahlgren, G. og Whitehead, M. 1991. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.
- Deluca, Stefanie, Holly Wood, og Peter Rosenblatt. 2019. «Why poor families move (and where they go): reactive mobility and residential decisions». *City & Community* 18 (2): 556–93. <https://doi.org/10.1111/cico.12386>.
- Dobewall, Henrik, Outi Sirniö, og Maria Vaalavuo. 2023. «Does social disadvantage persist over generations due to an uneven distribution of mental health diagnoses? A longitudinal investigation of Finnish register data». *Social Science & Medicine* 330: 116037. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116037>.
- Duncan, Greg J., Katherine Magnuson, og Elizabeth Votruba-Drzal. 2017. «Moving beyond correlations in assessing the consequences of poverty». *Annual Review of Psychology* 68 (Volume 68, 2017): 413–34. <https://doi.org/https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010416-044224>.
- Duncan, Greg J., Kathleen M. Ziol-Guest, og Ariel Kalil. 2010. «Early-childhood poverty and adult attainment, behavior, and health». *Child Development* 81 (1): 306–25.
- Dustmann, Christian, Rasmus Landersø, og Lars Andersen. 2024. «Refugee benefit cuts». *American Economic Journal: Economic Policy* 16 (2): 406–41. <https://doi.org/10.1257/pol.20220062>.

- Eika, Lasse, og Audun Langørgen. 2025. «Driverer bak utviklingen i fattigdom blant barn». Rapporter 2025/7. Statistisk sentralbyrå.
- Karlsson, L.E., A. Balkfors, H. Gunnarsdottir, L. Povlsen, S. Regber, S. Buch Mejsner, A. Leena Ikonen, og E. Fosse. 2022. «Are universal measures sufficient in reducing child poverty in the Nordic countries? An analysis of policies and political commitments». *Scand J Public Health* 50 (7): 892–902. <https://doi.org/10.1177/14034948221109694>.
- Ekspertgruppen om barn i fattige familier. (2024). *En barndom for livet: Økt tilhørighet, mestring og læring for barn i fattige familier* (Revidert utg.). Barne- og familiedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/en-ny-barndom-for-livet/id3000835/>
- Elstad, Jon Ivar, og Axel West Pedersen. 2012. «The impact of relative poverty on Norwegian adolescents' subjective health: a causal analysis with propensity score matching». *International Journal of Environmental Research in Public Health* 9 (12): 4715–31. <https://doi.org/10.3390/ijerph9124715>.
- Evensen, Miriam, Sara Cools, og Are Skeie Hermansen. 2024. «Adolescent health inequality across immigrant generations». *Journal of Adolescent Health* 75 (5): 792–800. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2024.05.017>.
- Evensen, M., S. T. Klitkou, M. C. Tollanes, S. Overland, T. H. Lyngstad, S. E. Vollset, og J. M. Kinge. 2021. «Parental income gradients in adult health: a national cohort study». *BMC Medicine* 19 (1): 152. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1186/s12916-021-02022-4>.
- Fenelon, Andrew, Natalie Slopen, og Sandra Newman. 2022. «The effects of rental assistance programs on neighborhood outcomes for U.S. children: nationwide evidence by program and race/ethnicity». *Urban Affairs Review* 59 (3): 832–65. <https://doi.org/10.1177/10780874221098376>.
- Hakulinen, Christian, M Elovainio, M Arffman, S Lumme, S Pirkola, I Keskimäki, K Manderbacka, og P Böckerman. 2019. «Mental disorders and long-term labour market outcomes: nationwide cohort study of 2 055 720 individuals». *Acta Psychiatrica Scandinavica* 140 (4): 371–81. <https://doi.org/10.1111/acps.13067>.
- Hansen, T. M., Qureshi S , Gele A , Hauge Lj , Biele G, Surén P, Kjøllesdal M. 2020. Developmental disorders among Norwegian-born children with immigrant parents. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 17(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00547-x>
- Helsedirektoratet. 2025. «Psyriske plager, ungdom mellom 2016-2024». <https://m365.cloud.microsoft/chat/?fromcode=cmm9bk6cm9a&redirectid=978661AA9DE24679A6D968915ABBD19B&auth=2>.
- Hermansen, Are. 2017. «Age at arrival and life chances among childhood immigrants». *Demography* 54 (1): 201–29. <https://doi.org/10.1007/s13524-016-0535-1>.
- Hesketh, K. R., C. Law, Bedford, H., Hope, S. 2016. «Co-occurrence of health conditions during childhood: longitudinal findings from the UK Millennium Cohort Study (MCS)». *PLoS One* 11 (6): e0156868. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156868>.
- Holmboe, O., B. van Roy, J. Helgeland, J. Clench-Aas, og K. A. Dahle. 2006. «Sosiale ulikheter i helse og bruk av helsetjenester blant barn i Akershus. Rapport 5–2006». Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport_0605_sosulikh_barn.pdf.
- Hyggen, Christer, Ingar Brattbakk, og Elling Borgeraas. 2018. «Muligheter og hindringer for barn i lavinntektsfamilier: En kunnskapsoppsummering». NOVA Rapport 11/18. Oslo: NOVA. <https://www.nhri.no/wp-content/uploads/2019/01/Rapport-fra-NOVA-Muligheter-og-hindringer-for-barn-i-lavinntektsfamilier-2018.pdf>.
- Hynek, Kamila Angelika, Dawit Shawel Abebe, Anna-Clara Hollander, Aart C. Liefbroer, Lars Johan Hauge, og Melanie Lindsay Straiton. 2022. «The association between persistent low parental income during preschool age and mental disorder in adolescence and early adulthood: a Norwegian register-based study of migrants and non-migrants». *BMC Psychiatry* 22: 206. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03859-6>.
- Instebø, Daniel, Emmie Stolpe Foss, og Nawid Fazli. 2021. «Innvandrere – hvordan går det med dem i utdanningsløpet?» Rapport 2021/37. Statistisk sentralbyrå.
- Ivert, Anna-Karin, Juan Merlo, Robert Svensson, og Marie Torstensson Levander. 2013. «How are immigrant background and gender associated with the utilisation of psychiatric care among adolescents?» *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 48: 693–99. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0589-3>.

- Jacob, Brian, Max Kapustin, og Jens Ludwig. 2014. «The impact of housing assistance on child outcomes: evidence from a randomized housing lottery». *The Quarterly Journal of Economics* 130 (1): 465–506. <https://doi.org/10.1093/qje/qju030>.
- Johnson, Sarah E., David Lawrence, Fran-cisco Perales, Janeen Baxter, og Stephen R. Zubrick. 2019. «Poverty, parental mental health and child/adolescent mental disorders: findings from a national Australian survey». *Child Indicators Research* 12: 963–88. <https://doi.org/10.1007/s12187-018-9564-1>.
- Johnston, Andrew C., Maggie R. Jones, og Nolan G. Pope. 2025. «Divorce, Family arrangements, and children's adult outcomes». National Bureau of Economic Research; NBER Working Paper No. 33776.
- Johnston, David W., Carol Propper, Stephen E. Pudney, og Michael A. Shields. 2014. «The income gradient in childhood mental health: all in the eye of the beholder?» *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)* 177 (4): 807–27.
- Kinge, Jonas Minet, Simon Øverland, Martin Flatø, Joseph Dieleman, Ole Røgeberg, Maria Christine Magnus, Miriam Evensen, mfl. 2021. «Parental income and mental disorders in children and adolescents: prospective register-based study». *International Journal of Epidemiology* 50 (5): 1615–27. <https://doi.org/10.1093/ije/dyab066>.
- Kjøllesdal, Marte, Naima S. Sheikh, Ylva Helland, Thor Indseth, og Angela S. Labberton. 2025a. «Risk of somatic diagnoses in specialist health care among Norwegian-born youth and young adults with immigrant parents». *Journal of Immigration and Minority Health* 27 (4): 586–94. <https://doi.org/10.1007/s10903-025-01689-8>.
- Kjøllesdal, Marte, Ylva Helland, og Thor Indseth. 2025b. «Diagnoses given in specialist health care to Norwegian-born children with one immigrant parent. A register-based study». *Scand J Public Health*, 14034948251344527. <https://doi.org/10.1177/14034948251344527>.
- Kjøllesdal, Marte, Sara Shah, Angela S. Labberton, Ingunn. H. Bergh, Samera Qureshi, og Pål Surén. 2024. «Obesity diagnoses in children and adolescents in Norway by immigrant background». *Scand J Public Health* 52 (4): 450–60. <https://doi.org/10.1177/14034948231157951>.
- Kjøllesdal, Marte, Angela S. Labberton, Anne Reneflot, Lars J. Hauge, Samera Qureshi, og Pål Surén. 2023. «Variation in disease in children according to immigrant background». *Scand J Public Health* 51 (3): 355–62. <https://doi.org/10.1177/14034948211039397>.
- Kling, Jeffrey R., Jeffrey B. Liebman, og Lawrence F. Katz. 2007. «Experimental analysis of neighborhood effects». *Econometrica* 75 (1): 83–119.
- Kozyrskyj, A. L., G. E. Kendall, P. Jacoby, P. D. Sly, og S. R. Zubrick. 2010. «Association between socioeconomic status and the development of asthma: analyses of income trajectories». *American Journal of Public Health* 100 (3): 540–46. <https://doi.org/10.2105/ajph.2008.150771>.
- Lai, E. T. C., S. Wickham, C. Law, M. Whitehead, B. Barr, og D. Taylor-Robinson. 2019. «Poverty dynamics and health in late childhood in the UK: evidence from the Millennium Cohort Study». *Archives of Disease in Childhood* 104 (11): 1049–55. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-316702>.
- Lee, A. R., C. C. Kingdon, M. Davie, D. Hawcutt, og I. P. Sinha. 2023. «Child poverty and health inequalities in the UK: a guide for paediatricians». *Archives of Disease in Childhood* 108 (2): 94–101. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2021-323671>.
- Lemmermann, Dominique og Regina Riphahn. 2018. «The causal effect of age at migration on youth educational attainment». *Economics of Education Review* 63 (april): 78–99. <https://doi.org/10.1016/j.econedurev.2017.11.001>.
- Lesner, Rune V. 2025. «Effects of falling into poverty on child mental and physical health». *Journal of Human Resources*, 1122–12637R3. <https://doi.org/10.3368/jhr.1122-12637R3>.
- Levesque, A. R., S. MacDonald, S. A. Berg, og R. Reka. 2021. «Assessing the impact of changes in household socioeconomic status on the health of children and adolescents: a systematic review». *Adolescent Research Review* 6 (2): 91–123. <https://doi.org/10.1007/s40894-021-00151-8>.
- Loi, Silvia, Joonas Pitkänen, Heta Moustgaard, Mikko Myrskylä, og Pekka Martikainen. 2021. «Health of immigrant children: The role of immigrant generation, exogamous family setting, and family material and social resources». *Demography* 58 (5): 1655–85. <https://doi.org/10.1215/00703370-9411326>.
- Løken, Katrine Vellesen, Astrid Marie Jorde Sandsør, May Britt Drugli, Håkon Leiulfsrud, Manudeep Bhuller, Ingunn Størksen, og Fartein Ask Torvik. 2024. «Et jevnere utdanningsløp: Barnehage og skole/SFO som innsats mot ulikhet blant barn». Kunnskapsdepartementet.

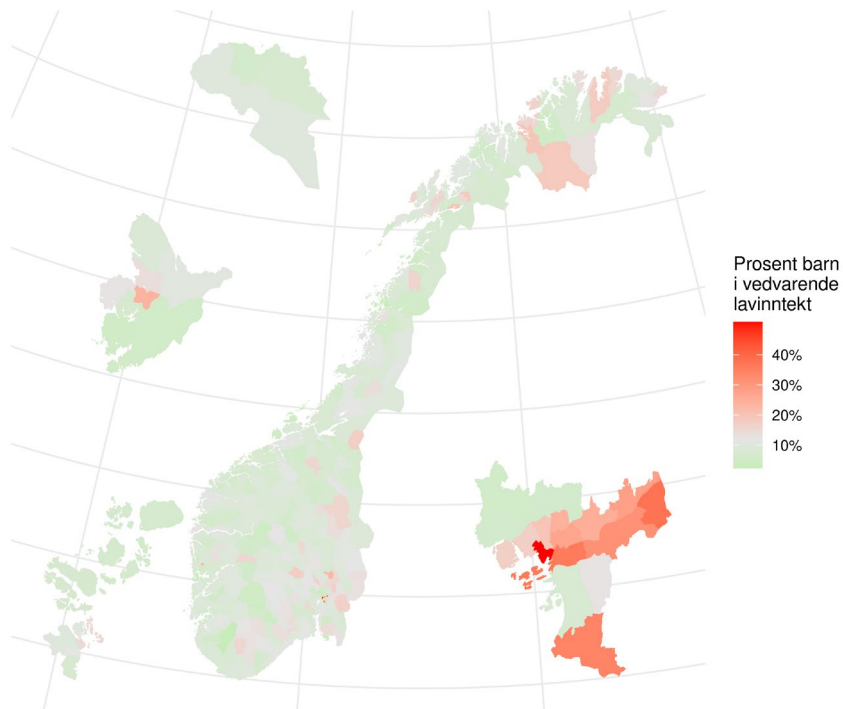
- Løken, K. V., Mogstad, M., & Wiswall, M. (2012). What Linear Estimators Miss: The Effects of Family Income on Child Outcomes. *American Economic Journal: Applied Economics*, 4(2), 1–35. <https://doi.org/10.1257/app.4.2.1>
- Markussen, Simen, og Knut Røed. 2018. «The golden middle class neighborhood: trends in residential segregation and consequences for offspring outcomes». IZA Institute of Labor Economics.
- . 2022. «Are richer neighborhoods always better for the kids?» *Journal of Economic Geography* 00: 1–23. <https://doi.org/10.1093/jeg/lbac031>.
- . 2023. «The rising influence of family background on early school performance». *Economics of Education Review* 97 (desember): 102491. <https://doi.org/10.1016/j.econedurev.2023.102491>.
- Mattelin, E., K. Paidar, N. Söderlind, F. Fröberg, og L. Korhonen. 2024. «A systematic review of studies on resilience and risk and protective factors for health among refugee children in Nordic countries». *European Child & Adolescent Psychiatry* 33 (3): 667–700. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01975-y>.
- McConnell, Margaret, Sumita Agarwal, Erika Hanson, Erin McCrady, Margaret G. Parker, og Kira Bona. 2024. «Prescription for cash? Cash support to low-income families in maternal and pediatric health care settings». *The Milbank Quarterly* 102 (1): 64–82. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12679>.
- McLaughlin, Katie A., Joshua Breslau, Jennifer Greif Green, Matthew D. Lakoma, Nancy A. Sampson, Alan M. Zaslavsky, og Ronald C. Kessler. 2011. «Childhood socio-economic status and the onset, persistence, and severity of DSM-IV mental disorders in a US national sample». *Social Science & Medicine* 73: 1088–96.
- Milewski, Nadja og Hill Kulu. 2014. «Mixed marriages in Germany: A high risk of divorce for immigrant-native couples». *European Journal of Population* 30 (1): 89–113. <https://doi.org/10.1007/s10680-013-9298-1>.
- Milligan, K. og Stabile, M. (2011). Do child tax benefits affect the well-being of children? Evidence from Canadian child benefit expansions. *American Economic Journal: Economic Policy*, 3(3), 175–205. <https://doi.org/10.1257/pol.3.3.175>
- Mock-Muñoz De Luna, Claire, Kathrine Vitus, Mette Torslev, Allan Krasnik, og Signe Jervelund. 2018. «Ethnic inequalities in child and adolescent health in the Scandinavian welfare states: The role of parental socioeconomic status – a systematic review». *Scandinavian Journal of Public Health* 47 (7): 679–89. <https://doi.org/10.1177/1403494818779853>.
- Myhr, Arnhild, Kirsti S. Anthun, Monica Lillefjell, og Erik R. Sund. 2020. «Trends in socioeconomic inequalities in Norwegian adolescents' mental health from 2014 to 2018: a repeated cross-sectional study». *Frontiers in Psychology* 11: 1472. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01472>.
- Myhre, Andreas S. 2021. «Intensive and extensive margin labor supply responses to kinks in disability insurance programs». University of Oslo, Department of Economics.
- Najman, Jake M., Mohammad R. Hayatbakhsh, Alexandra Clavarino, William Bor, Michael J. O'Callaghan og Gail M. Williams. 2010. «Family poverty over the early life course and recurrent adolescent and young adult anxiety and depression: a longitudinal study». *American Journal of Public Health* 100 (9): 1719–23. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.180943>.
- Oh, D. L., Jerman, P., Silvério Marques, S., Koita, K., Purewal Boparai, S. K., Burke Harris, N., & Bucci, M. (2018). Systematic review of pediatric health outcomes associated with childhood adversity. *BMC Pediatrics*, 18(1), 83. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1037-7>
- Pollack, Craig, Beth Griffin, og Julia Lynch. 2010. «Housing affordability and health among homeowners and renters». *American Journal of Preventive Medicine* 39 (6): 515–21. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.08.002>.
- Pryor, Laura, Katrine Strandberg-Larsen, Anne-Marie Nybo Andersen, Naja Hulvej Rod, og Maria Melchior. 2019. «Trajectories of family poverty and children's mental health: results from the Danish National Birth Cohort». *Social Science & Medicine* 220: 371–78. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.023>.
- Rege, M., M. W. P. Thijssen, og H. D. Zachrisson. 2023. «The Social Gradient in Social and Emotional Skills». Working Paper.
- Reiss, Franziska. 2013. «Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review». *Social Science & Medicine* 90: 24–31. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.026>.
- Ridley, Matthew, Gautam Rao, Frank Schilbach, og Vikram Patel. 2020. «Poverty, depression, and anxiety: causal evidence and mechanisms». *Science* 370 (6522). <https://doi.org/10.1126/science.aay0214>.

- Ringbäck Weitoft, G., Hjern, A., Batljan, I., & Vinnerljung, B. (2008). Health and social outcomes among children in low-income families and families receiving social assistance—A Swedish national cohort study. *Social Science & Medicine*, 66(1), 14–30. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.07.031>
- Sampson, Robert J. 2008. «Moving to inequality: neighborhood effects and experiments meet social structure». *American Journal of Sociology* 114 (1): 189–231.
- Shaller, Jessamyn og Mariane Zerpa. 2015. Short-run effects of parental job loss on child health. *American Journal of Health Economics*, 1(2), 190–225. https://doi.org/10.1162/ajhe_a_00106
- Sandsør, A. M. J., Zachrisson, H. D., Karoly, L. A., Dearing, E. 2023. «Achievement gaps by parental income and education using population-level data from Norway». *Educational Researcher* 52 (4): 195–205.
- Shackleton, Nichola, Eileen Li, Sheree Gibb, Amanda Kvalsvig, Michael Baker, Andrew Sporle, Rebecca Bentley, og Barry J. Milne. 2021. «The relationship between income poverty and child hospitalisations in New Zealand: evidence from longitudinal household panel data and census data». *PLoS One* 16 (1): e0243920. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243920>.
- Sharkey, Patrick. 2016. «Neighborhoods, Cities, and Economic Mobility». *RSF: The Russell Sage Foundation Journal of the Social Sciences*, 160–77.
- Sheikh, Naima Said, Melanie Lindsay Straiton, Guido Philipp Emmanuel Biele, og Marte Karoline Råberg Kjøllestad. 2025. «Diagnoses of mental health disorders among Norwegian-born youth and young adults with immigrant parents—a register-based study». *Journal of Immigrant and Minority Health* 27: 667–76. <https://doi.org/10.1007/s10903-025-01726-6>.
- SKDE – Senter for kunnskap og e-helse. (2025). «Helseatlas for barn 2025». <https://apps.skde.no/helseatlas/v2/barn2025/>
- Spencer, N. J., C. M. Blackburn, og J. M. Read. 2010. «Prevalence and social patterning of limiting long-term illness/disability in children and young people under the age of 20 years in 2001: UK census-based cross-sectional study». *Child: Care, Health and Development* 36 (4): 566–73. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.01053.x>.
- Spencer, N., T. M. Thanh, og S. Louise. 2013. «Low income/socio-economic status in early childhood and physical health in later childhood/adolescence: a systematic review». *Maternal and Child Health Journal* 17 (3): 424–31. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1010-2>.
- Statistisk sentralbyrå. 2026. *Flere barn med vedvarende lavinntekt i 2024*. <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/artikler/flere-barn-med-vedvarende-lavinntekt-i-2024>.
- Stoltenberg, Camilla, Hanan M. Abdelrahman, Rahman Akhtar Chaudhry, Ingrid Fylling, Rune Hausstätter, Mats A. Kirkebirkeland, Arne Lervåg, mfl. 2019. «Nye sjanser – bedre læring: Kjønnsforskjeller i skoleprestasjoner og utdanningsløp». Norges offentlige utredninger 2019:3. Kunnskapsdepartementet; Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.
- Storo, Marthe L. 2024. «The effects of Norwegian housing allowance on the economic well-being of households with children: Estimating the effects of increased housing allowance following the 2020 municipality mergers on parents' total income and labour supply». University of Oslo, Department of Economics; Master Thesis.
- Strohschein, Lisa. 2005. «Household income histories and child mental health trajectories». *Journal of Health and Social Behavior* 46 (desember): 359–75.
- Størksen, I., Ellingsen, I. T., Wanless, S. B., McClelland, M. M. 2015. «The influence of parental socioeconomic background and gender on self-regulation among 5-year-old children in Norway». *Early Education and Development* 26 (5–6): 663–84.
- Syse, Astri, Else Karin Grøholt, Christian Madsen, Leif Edvard Aarø, Bjørn Heine Strand, og Øyvind Næss. 2022. «Sosiale helseforskjeller». Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>.
- Syse, Astri, Torkild Lyngstad, og Øystein Kravdal. 2012. «Is mortality after childhood cancer dependent on social or economic resources of parents? A population-based study». *International Journal of Cancer* 130 (8): 1870–78. <https://doi.org/10.1002/ijc.26186>.
- Tegunimataka, Anna. 2023. «The health of immigrant youth in Denmark: examining immigrant generations and origin. *International Migration & Integration* 24, 659–694 (2023). <https://doi.org/10.1007/s12134-022-00971-0>.
- Tibajev, Andrey, og Carina Hellgren. 2019. «The effects of recognition of foreign education for newly arrived immigrants». *European Sociological Review* 35 (4): 506–21. <https://doi.org/10.1093/esr/jcz011>.

- Torsheim, Torbjørn, Jens M. Nygren, Maria Rasmussen, mfl. 2018. «Social inequalities in self-rated health: A comparative cross-national study among 32,560 Nordic adolescents». *Scandinavian Journal of Public Health* 46 (1): 150–56. <https://doi.org/10.1177/1403494817734733>.
- UNICEF. 2023. «Child poverty in in the Midst of Wealth: Innocenti Report Card 18. UNICEF Office of Research» Innocenti Research Centre. <https://www.unicef.no/om/organisasjonen/publikasjoner>.
- Utdanningsdirektoratet. 2022. *Utdanningsspeilet 2022*. Oslo: Utdanningsdirektoratet. <https://www.udir.no/tall-og-forskning/publikasjoner/utdanningspeilet/utdanningspeilet-2022/>
- Utdanningsdirektoratet. 2024. *Gjennomføring av videregående opplæring*. Oslo: Utdanningsdirektoratet. <https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-videregaende-skole/analyser/2024/gjennomforing-av-videregaende-opplaring/>
- Vaalavuo, Maria, Ripsa Niemi, og Jaana Suvisaari. 2022. «Growing up unequal? Socioeconomic disparities in mental disorders throughout childhood in Finland». *SSM - Population Health* 20: 101277. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101277>.
- Wickham, Sophie, Margaret Whitehead, David Taylor-Robinson, og Ben Barr. 2017. «The effect of a transition into poverty on child and maternal mental health: a longitudinal analysis of the UK Millennium Cohort Study». *Lancet Public Health* 2: e141–48.
- Yang, Murong, Claire Carson, Cathy Creswell, og Mara Violato. 2023. «Child mental health and income gradient from early childhood to adolescence: Evidence from the UK». *SSM - Population Health* 24: 101534. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101534>.
- Yang-Huang, J., J. J. McGrath, L. Gauvin, B. Niki'ema, N. J. Spencer, Y. A. Awad, S. Clifford, mfl. 2024. «Early family socioeconomic status and asthma-related outcomes in school-aged children: results from seven birth cohort studies». *Journal of Epidemiology & Community Health* 79 (1): 1–11. <https://doi.org/10.1136/jech-2023-220726>.
- Yoshikawa, Hirokazu, J Aber, og William Beardslee. 2012. «The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth: Implications for prevention». *American Psychologist* 67 (4): 272–84. <https://doi.org/10.1037/a0028015>.
- Yu, J., R. A. Patel, D. L. Haynie, P. Vidal-Ribas, T. Govender, R. Sundaram, og S. E. Gilman. 2022. «Adverse childhood experiences and premature mortality through mid-adulthood: A five-decade prospective study». *Lancet Regional Health Am* 15. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100349>.
- Zaneva, Mirela, Carolina Guzman-Holst, Aaron Reeves, og Lucy Bowes. 2022. «The impact of monetary poverty alleviation programs on children's and adolescents' mental health: a systematic review and meta-analysis across low-, middle-, and high-income countries». *Journal of Adolescent Health* 71: 147–56. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.02.011>.

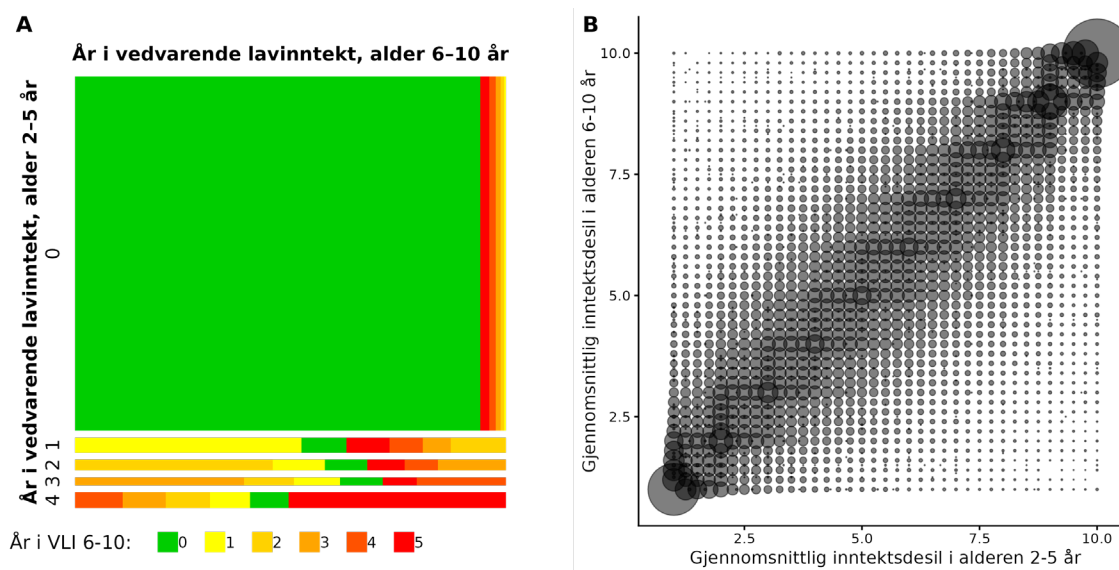
11 Vedlegg

11.1 Tillegg til kapittel 2



Figur V2.1: Prosent barn i vedvarende lavinntekt basert på fylkesspesifikke terskler (2018-2022). Bydeler i Oslo (til høyre), Stavanger (nederst til venstre), Bergen (midt til venstre) og Trondheim (øverst til venstre).

Figur V2.2 A viser sammenhengen mellom antall år i vedvarende lavinntekt (barnefattigdom) i aldersintervallene 2–5 og 6–10 år. Figuren viser at jo lenger tid et barn tilbringer i fattigdom tidlig i livet (2- til 5-årsalder), desto større er sannsynligheten for at barnet også er i en familie med vedvarende lavinntekt i 6- til 10-årsalderen. Dette indikerer en betydelig stabilitet i barnefattigdom i Norge.



Figur V2.2: A) Antall år i vedvarende lavinntekt (VLI) for aldersgruppene 2–5 og 6–10 år. Størrelsen på hvert rektangel viser andelen av gruppen i befolkningen. Hver rad representerer en gruppe med 0–4 år i fattigdom i alderen 2–5 år. Fargene viser, for hver rad, hvor mange år barna som også levde i fattigdom i alderen 6–10 år. De nederste radene – som viser barn som har levd i barnefattigdom i hele perioden de var 2–5 år – har også en høy andel barn som fortsatte å leve i barnefattigdom når de ble 6–10 år. B) Sammenheng mellom inntektsdesil i alderen 2–5 og 6–10 år. Størrelsen på prikkene representerer andelen i befolkningen. De fleste prikkene ligger tett langs diagonalen, noe som illustrerer at inntekt i alderen 2–5 år henger tett sammen med inntekt i alderen 6–10 år.

Ettersom todelingen (dikotomiseringen) av inntektsvariabelen kan gjøre det vanskelig å undersøke sammenhenger over tid blant barn som ligger svært tett på fattigdomsgrensen og som av og til er over og av til rett under, viser *figur V2.2 B* gjennomsnittlige inntektsdesiler i familier når barna er henholdsvis 2–5 og 6–10 år. Figuren viser en svært sterk sammenheng, med en korrelasjonskoeffisient på hele 0,84. Denne høye korrelasjonen peker på at selv om en del barn beveger seg inn eller ut av barnefattigdom, skyldes dette ofte mindre inntektsendringer rundt fattigdomsterskelen, snarere enn store forbedringer eller forverringer i familiens økonomi.

11.2 Tillegg til kapittel 3

11.2.1 Håndtering av manglende data i utvalget

Manglende data er gjennomgående et svært lite problem i dette datamaterialet, fordi analysene bygger på registerdata. Med noen få unntak er det derfor tilnærmet ingen manglende verdier i variablene som inngår i analysene. For enkelte variabler, særlig foreldres utdanning, forekommer manglende verdier noe oftere. Dette gjelder først og fremst foreldre med migrasjonsbakgrunn som har fullført utdanning utenfor Norge, der opplysninger om utdanningsnivå ikke alltid er registrert i norske registre. Dette har

likevel begrenset betydning, fordi disse variablene bare inngår i et mindre antall analyser. Som hovedregel er analysene derfor gjennomført på komplette observasjoner. Når omfanget av manglende verdier er så lavt, er det heller ikke grunn til å forvente at denne framgangsmåten gir systematiske skjevheter i resultatene. Nedenfor beskriver vi kort hvordan manglende data er håndtert i de tilfellene der dette kan ha betydning for analysene eller tolkningen av dem.

- **Utdanningsdata:** For foreldre med migrasjonsbakgrunn kan informasjon om utdanning fra utlandet i enkelte tilfeller mangle. Dette er generelt ikke relevant for de fleste analysene i rapporten hvor foreldres utdanning ikke benyttes som variabel. Unntaket er enkelte analyser i kapitlet om barnas skole- og utdanningsløp, der det er benyttet en egen kategori for manglende data for å unngå skjevheter i utvalget. (Ved barnets 10-årsalder mangler opplysninger om utdanning for 2 prosent av mødrene og 4,5 prosent av fedrene. Det er imidlertid bare 0,5 prosent av barna som mangler utdanningsopplysninger for begge foreldre.)
- **Skoleresultater:** Manglende verdier for skoleprestasjoner (som nasjonale prøver eller grunnskolepoeng) behandles særskilt. I de aktuelle kapitlene analyseres og diskuteres betydningen av disse manglende observasjonene eksplisitt. (Andel uten testresultater eller grunnskolepoeng beskrives i kapittel.)
- **Måling av lavinntekt fra fødsel:** Ettersom definisjonen av vedvarende lavinntekt krever tre års observasjonstid, er variabelen som hovedregel tilgjengelig fra barnet er to år gammelt. Der det er mulig, har vi inkludert data for barnets første leveår dersom informasjon om vedvarende lavinntekt var tilgjengelig for samme husholdning gjennom eldre søsken.
- **Helsesdata og botid:** I helseanalysene kan «manglende data» oppstå som følge av sensurering (vi kun har tilgang til diagnoser til og med 2022) eller at barn med migrasjonsbakgrunn har innvandret sent i oppveksten. Dette håndteres metodisk ved bruk av forløpsanalyser (overlevelsesanalyser), som tar høyde for at barna observeres i ulike tidsrom.

11.2.2 Litteratursøk og utvelgelse

Rapporten benytter litteratur på to ulike måter for å sikre en faglig fundert analyse av barnefattigdom.

For det første ble det gjennomført en målrettet gjennomgang av kausal forskning for å identifisere hvilke variabler og mekanismer som har en dokumentert årsakssammenheng med barns livssituasjon. Hensikten med dette steget var å bygge den teoretiske modellen (DAG) som definerer hvilke variabler vi bør undersøke empirisk i norske registerdata. Søket etter denne litteraturen ble utført ved hjelp av spesialiserte verktøy som Elicit og ChatGPT-Scholar, samt supplerende søk i Google Scholar og PubMed. Fokus var her strengt rettet mot studier med klar kausal identifikasjon, primært kvasi-eksperimentelle design.

For det andre innledes hvert av de empiriske analysekapitlene med en kortfattet gjennomgang av kontekstualiserende litteratur. Mens det teoretiske rammeverket i kapittel 4 identifiserte årsakskjedene, har disse innledende avsnittene i analysekapitlene som mål å vise hva som allerede er kjent om de spesifikke variablene i en norsk og nordisk kontekst. For denne typen litteratur ble nøyaktig samme søkeprosedyre og verktøy benyttet som i det første steget, men uten kravet om kausal identifikasjon. Ved å også inkludere beskrivende forskning og assosiasjonsstudier her, kan vi sette våre egne deskriptive funn inn i en ramme som gjør det lettere å tolke resultatene opp mot eksisterende kunnskap og nasjonale trender. Siden målet var å identifisere relevante variabler og sette funnene i kontekst, snarere enn å utføre en uttømmende systematisk oversikt, ble hele søkeprosessen gjennomført iterativt uten forhåndsregistrerte søkestrenger.

11.2.3 Bruk av KI i utarbeidelsen av rapporten

I utarbeidelsen av denne rapporten er verktøy for kunstig intelligens (KI) benyttet for å effektivisere litteratursøk, støtte litteraturgjennomgangen og bistå i utformingen av tekstutkast basert på statistiske tabeller og figurer. Bruken har vært begrenset til spesifikke faser av prosessen, og alt innhold frembragt ved hjelp av KI er grundig kontrollert og kvalitetssikret av rapportens forfattere. Forfatterne har dermed hatt det fulle ansvaret for det endelige innholdet, faktasjekk og koding som ligger til grunn for analysene.

Litteratursøk og kvalitetssikring Som et supplement til tradisjonelle søkeverktøy som Google Scholar og PubMed, er verktøyene Elicit, ChatGPT og Gemini benyttet til litteratursøk. Disse verktøyene har vært særlig nyttige for å avgrense søket med hensyn til spesifikke temaer og metodiske tilnærminger, da de muliggjør semantiske søk som identifiserer relevante artikler basert på tematisk mening. For å håndtere risikoen for hallusinerer (generering av fiktive referanser), er utelukkende kilder som forfatterne manuelt har verifisert og lastet ned, inkludert i rapporten. Verktøyet NotebookLM ble benyttet for å verifisere siteringer ved at utvalgte artikler ble lastet opp i et lukket arbeidsområde, slik at modellen kun forholdt seg til det faktiske kildematerialet.

Dataanalyse og koding KI er benyttet som støtte for å utvikle enklere funksjoner til datahåndtering og statistisk analyse i programmeringsspråket R. Dette omfatter bistand til feilsøking i kode og automatisering av repeterende operasjoner. All kode frembragt med KI-støtte er testet og validert av forskerne for å sikre teknisk korrekthet i analysene.

Tekstutforming og sikkerhet For utforming av førsteutkast til beskrivelser av resultater er det benyttet API-tilgang til en lukket, sikker instans av ChatGPT (Azure OpenAI), som Folkehelseinstituttet tilgjengeliggjør for sine forskere på forespørsel. Denne løsningen sikrer at ingen data deles med kommersielle aktører. Det understrekes at ingen rådata er behandlet ved bruk av KI; verktøyet har utelukkende blitt matet med aggregerte resultatstabeller av samme type som presenteres i rapportens empiriske kapitler. Samtlige KI-genererte utkast har blitt kritisk gjennomgått, faktasjekket og manuelt omarbeidet av forskerne for å sikre presisjon og faglig nyanse i den endelige teksten.

11.3 Tillegg til kapittel 5

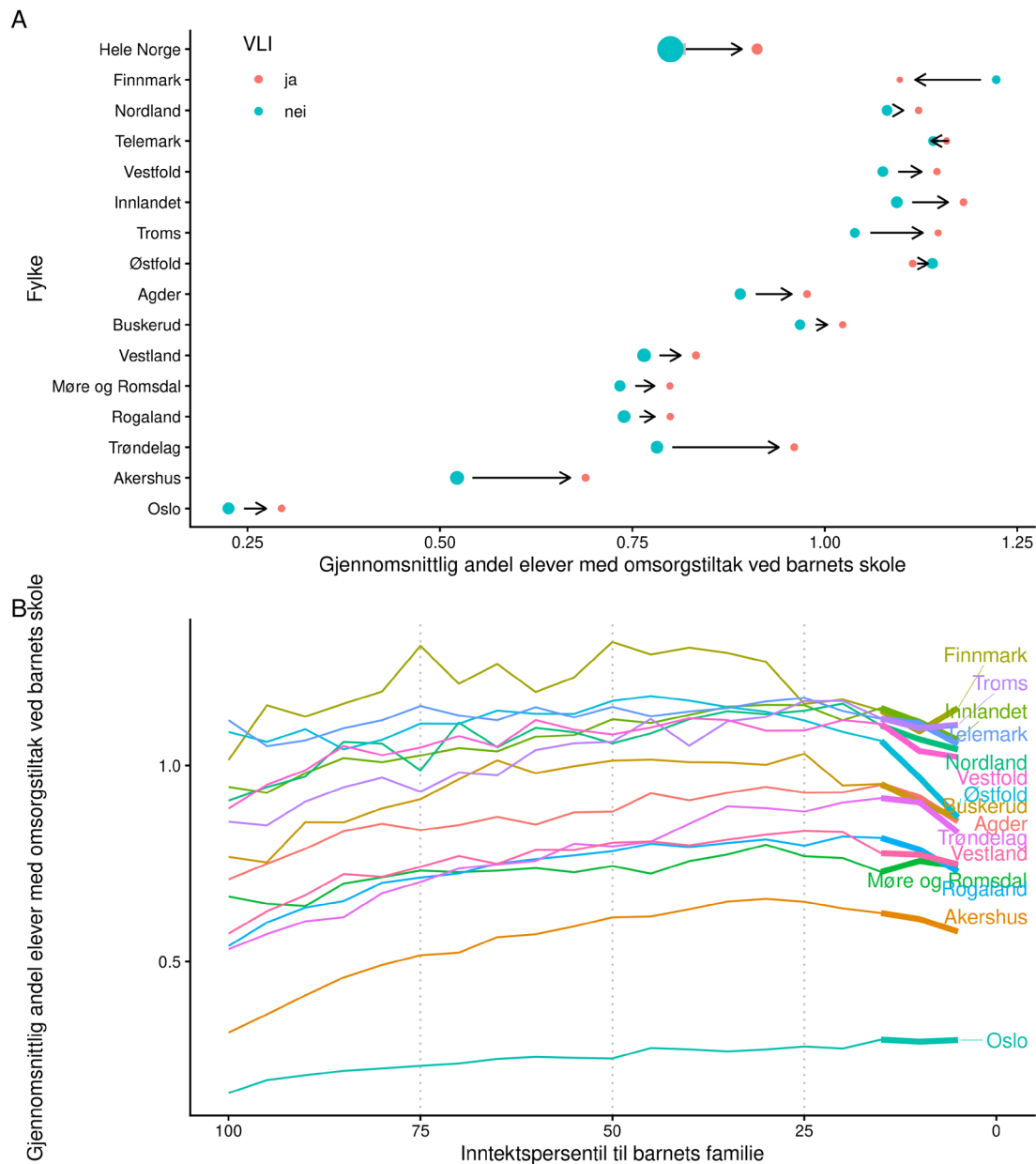
11.3.1 Andel elever med omsorgstiltak fra barnevernet

Barn i familier med lavinntekt gikk på skoler med noe høyere andel elever med omsorgstiltak fra barnevernet enn andre barn (0,91 % mot 0,80 %; se [figur V5.1 A](#)). Landsgjennomsnittet for alle elever er lavt (0,81 %). Forskjellen mellom gruppene er 0,113 og liten sammenlignet med variasjonen mellom skoler (standardisert differanse 0,108).

Nivået er høyest i Finnmark (1,22 %) og Telemark (1,14 %) og lavest i Oslo (0,23 %) og Akershus (0,53 %). De største forskjellene mellom barn i familier med vedvarende lavinntekt og øvrige barn finnes i Trøndelag (0,178) og Akershus (0,17), mens Troms har en tydelig, men mindre forskjell (0,11). Finnmark skiller seg ut med en omvendt forskjell der barn i familier med vedvarende lavinntekt har lavere nivå enn øvrige barn (-0,13), og Østfold har også en svak negativ forskjell (-0,03). Alle disse forskjellene er små relativt til variasjonen mellom skoler.

Analysen av inntektsgradienten (se [figur V5.1 B](#)) viser at høyere inntekt ofte henger sammen med lavere andel omsorgstiltak i øverste kvartil (75–100), mens sammenhengen ofte er positiv i nederste kvartil. Østfold og Buskerud har de sterkeste positive helningene i nederste kvartil (0,247 og 0,163), mens Finnmark og Akershus har de sterkeste negative helningene i øverste kvartil (-0,175 og -0,172). Oslo har negative helninger i alle kvartiler (fra -0,016 til -0,063), og Telemark avviker med en liten positiv helning i midtre kvartil (0,029).

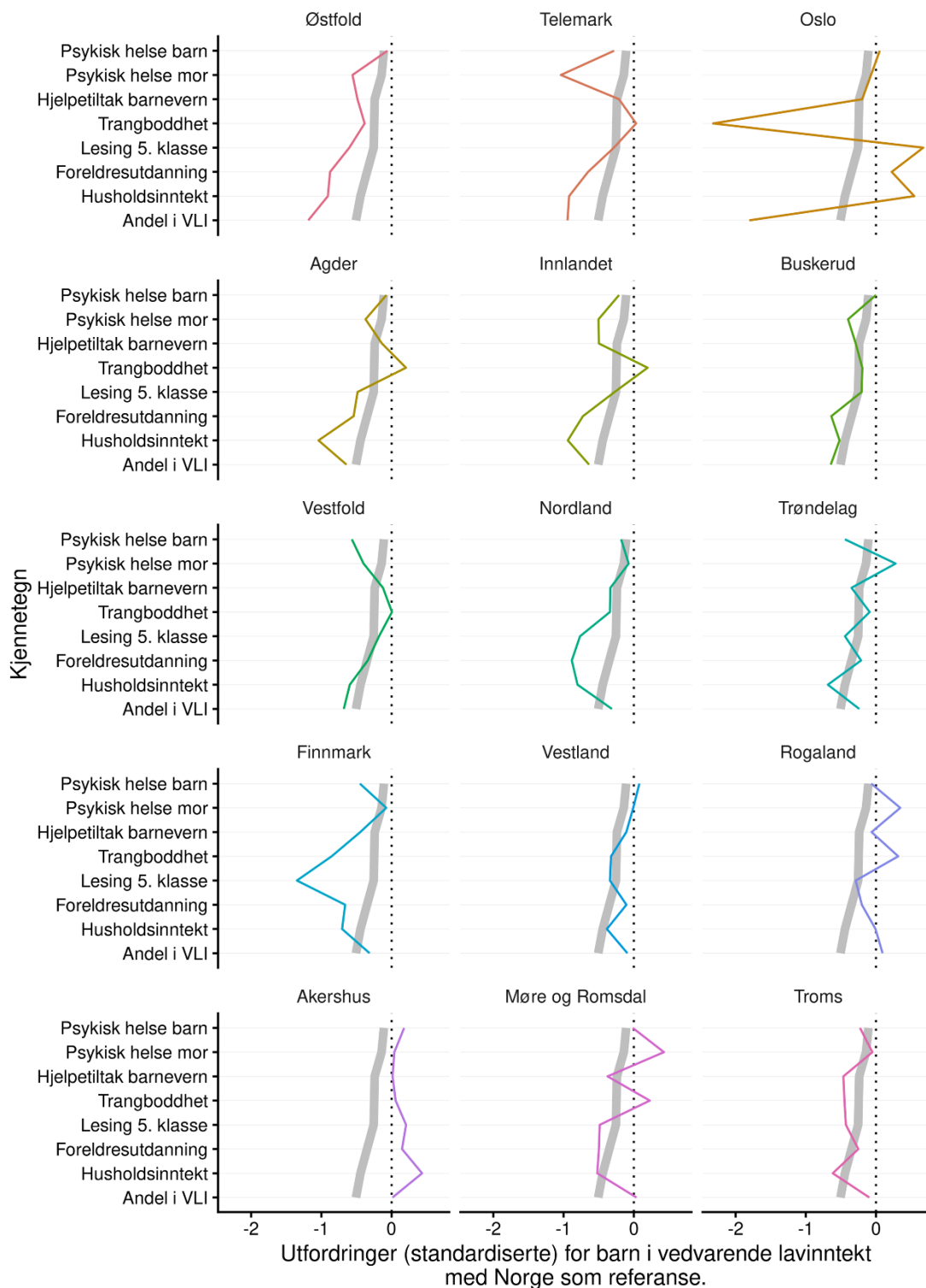
Oppsummert indikerer resultatene en liten forskjell mellom barn i familier med vedvarende lavinntekt og øvrige barn når det gjelder andel elever med omsorgstiltak fra barnevernet, samt en kontinuerlig inntektsgradient som er tydeligst i øverste og laveste kvartil, og med enkelte regionale avvik som i Finnmark.



Figur V5.1: Gjennomsnittlig andel elever med omsorgstiltak ved barnets skole. Panel A viser verdien fordelt på ulike inntektsgrupper og etter fylke. Pilen markerer forskjellen i andel elever med omsorgstiltak på skolenivå, der gjennomsnittet er beregnet separat for elever i ulike inntektsgrupper. VLI = vedvarende lavinntekt. Størrelsen på punktene angir størrelsen på de ulike inntektsgruppene. Den tynne grå linjen viser hvor mye nærmiljøer, målt som skolekretser, samlet sett varierer. Panel B viser sammenhengen med gjennomsnittlig inntektspersentil for en skole som et kontinuerlig mål på inntekt. Den uthevede delen av linjen indikerer hvilke inntektspersentiler som sannsynligvis ligger under fattigdomsgrensen.

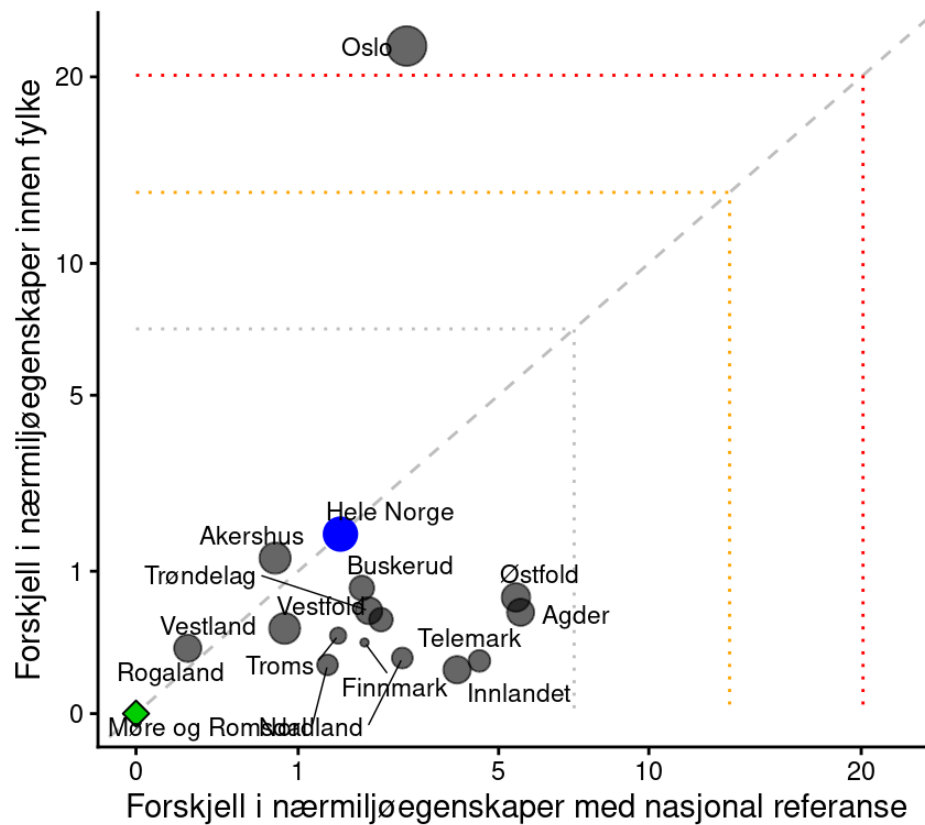
11.3.2 Standardisert forskjell i egenskaper ved nærmiljøet for barn i vedvarende fattigdom – med nasjonal referanse.

Flere fylker skiller seg ut med tydelige forskjeller i levekår for barn i familier med vedvarende lavinntekt sammenlignet med landsgjennomsnittet for øvrige barn (se [figur V5.2](#)). Oslo, Østfold og Telemark har klart flere negative kjennetegn på flere indikatorer, mens Vestland, Rogaland, Akershus og Møre og Romsdal viser små eller svakt positive forskjeller. Dette betyr at barn i familier med vedvarende lavinntekt i disse fylkene på enkelte områder har noe bedre levekår enn øvrige barn, målt ved landsgjennomsnittet. Når det gjelder økonomiske og sosiale ressurser ved skolene, målt ved husholdsinntekt og foreldres utdanning, er ulempene for barn i familier med vedvarende lavinntekt moderate og stabile i de fleste fylker, med unntak av Oslo og Akershus. I disse fylkene går også barn i familier med lavinntekt i gjennomsnitt på skoler der foreldrenes inntekt og elevenes skoleresultater, som nasjonale prøver, ligger over gjennomsnittet for alle skoler i landet. For skoleresultater varierer mønsteret mer, med positive forskjeller i Oslo og tydelige negative forskjeller i Finnmark og Nordland. Bolig- og helseindikatorne viser små eller positive forskjeller i flere fylker, i kontrast til Oslo som har et markant negativt avvik i trangboddhet. Oslo skiller seg dermed mest ut ved at barn i familier med vedvarende lavinntekt har enkelte fordeler på noen områder og samtidig store ulemper på andre områder, mens en ser tydeligere ulemper på tvers av alle indikatorene i Østfold, Telemark og Finnmark.



Figur V5.2: Standardisert forskjell i egenskaper ved nærmiljøet for barn i vedvarende fattigdom – med nasjonal referanse. X-aksen viser den standardiserte forskjellen mellom nærmiljøene til barn som vokser opp i vedvarende fattigdom og nærmiljøene til barn som ikke gjør det. Forskjellene er beregnet på fylkesnivå, men i motsetning til den forrige figuren er referanseverdien for barn som ikke lever i vedvarende fattigdom basert på hele landet. Langs y-aksen vises ulike kjennetegn ved nærmiljøet. Den tykke grå linjen angir den gjennomsnittlige forskjellen i kvaliteten på nærmiljøet mellom barn som vokser opp i fattigdom og barn som ikke gjør det, for hele Norge. Negative verdier indikerer større utfordringer knyttet til et kjennetegn. Dersom den fargede linjen for et fylke ligger til høyre for den tykke grå linjen, er utfordringen knyttet til variabelen mindre i fylket enn i hele Norge, og omvendt.

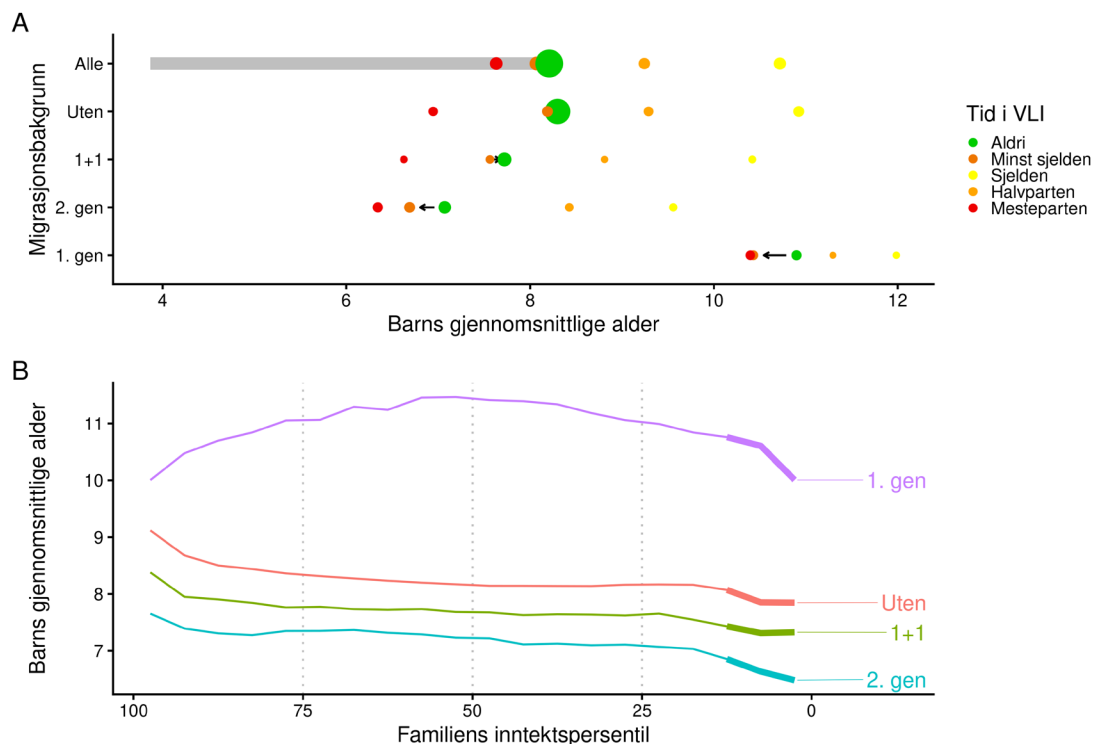
11.3.3 Total forskjell i nærmiljøegenskaper



Figur V5.3: Total forskjell i nærmiljøegenskaper mellom barn som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt og øvrige barn. Den grønne prikken viser den gjennomsnittlige posisjonen til barn som **ikke** vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt, mens den blå prikken viser den gjennomsnittlige forskjellen for barn som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt. X-aksen viser forskjellen på nasjonalt nivå, mens y-aksen viser forskjellen sammenlignet internt i norske fylker.

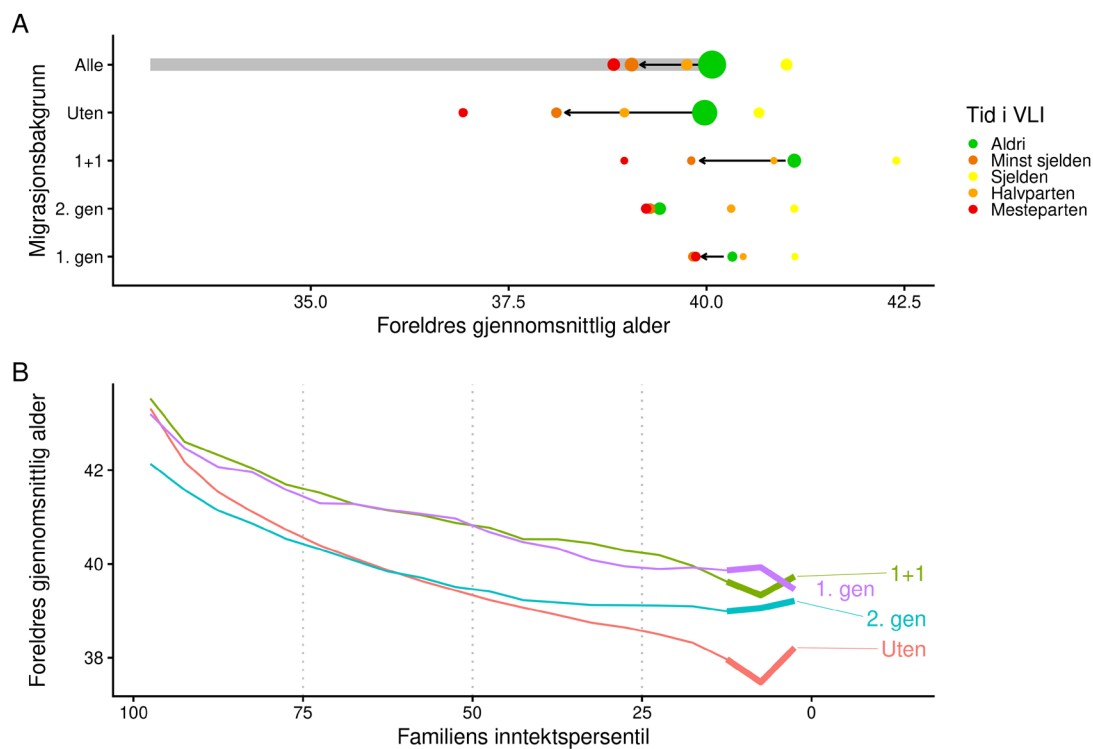
11.4 Tillegg til kapittel 6

11.4.1 Barns og foreldres alder



Figur V6.1: Barns gjennomsnittlige alder. Panel A viser verdien fordelt på ulike inntektsgrupper og etter migrasjonsbakgrunn. Pilen markerer forskjellen mellom barn som vokser opp i fattigdom og barn som ikke gjør det. Størrelsen på punktene angir størrelsen på de ulike inntektsgruppene. Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt (VLI): Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($> 2/3$). Den tykkere grå linjen viser hvor mye familiene samlet sett varierer. Panel B viser sammenhengen med inntektspersentilen som et kontinuerlig mål på inntekt. Den uthevede delen av linjen indikerer hvilke inntektspersentiler som sannsynligvis ligger under fattigdomsgrensen.

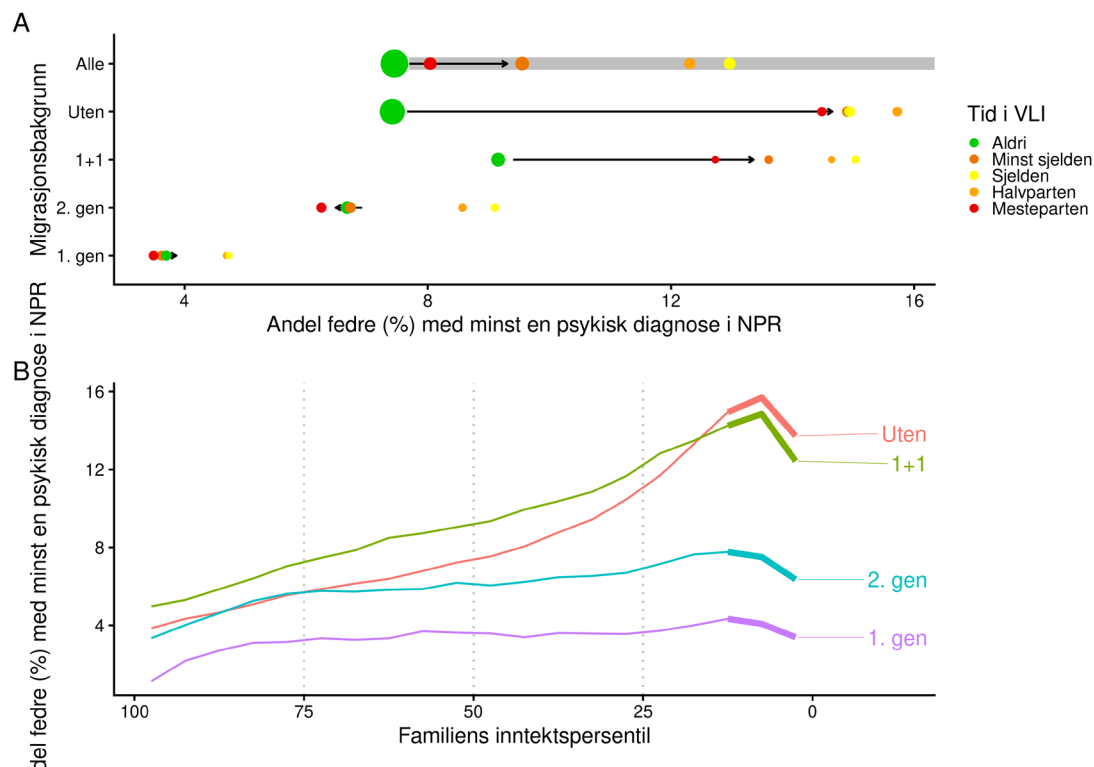
Figur V6.1 viser at barn i familier med vedvarende lavinntekt bare er marginalt yngre i snitt enn barn i øvrige familier. Gjennomsnittet nasjonalt er 8,2 år, med 8,1 blant barn i familier med vedvarende lavinntekt og 8,2 blant øvrige barn; forskjellen er $-0,14$ år og ubetydelig sammenlignet med variasjonen mellom familier. Blant barn i familier med vedvarende lavinntekt er alderen høyest hos førstegenerasjonsinnvandrere (10,7 år) og lavest hos andregenerasjonsinnvandrere (6,9 år). Forskjellen mellom inntektsgrupper er størst i førstegenerasjon innvandrerguppen ($-0,47$ år), mindre i andregenerasjons innvandrerguppen ($-0,38$ år) og ellers ubetydelig. Innen inntektskvartiler ses hovedsakelig en svak økning i alder med inntekt, tydeligst i øverste kvartil for barn med to norskfødte foreldre og barn med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder (0,75 og 0,62 år fra laveste til høyeste persentil). Førstegenerasjonsinnvandrere skiller seg ut med økning nederst (0,98 år) og nedgang øverst ($-1,05$ år). Andregenerasjonsinnvandrere har svakt positive endringer (0,30 år), noe som støtter en gradvis inntektsgradient fremfor et skarpt skille mellom barn i vedvarende lavinntekt og øvrige barn. Forskjellen i barns alder er dermed svært liten på tvers av migrasjonsgrupper, med noen små avvik for førstegenerasjonsinnvandrere.



Figur V6.2: Foreldres gjennomsnittlige alder. Panel A viser verdien fordelt på ulike inntektsgrupper og etter migrasjonsbakgrunn. Pilen markerer forskjellen mellom barn som vokser opp i fattigdom og barn som ikke gjør det. Størrelsen på punktene angir størrelsen på de ulike inntektsgruppene. Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt (VLI): Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). Den tykkere grå linjen viser hvor mye familiene samlet sett varierer. Panel B viser sammenhengen med inntektspersentilen som et kontinuerlig mål på inntekt. Den uthevede delen av linjen indikerer hvilke inntektspersentiler som sannsynligvis ligger under fattigdomsgrensen.

Foreldres alder er i snitt høyest for barn med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder (41,0 år) og lavest for andregenerasjonsinnvandrere (39,4 år). Forskjellen mellom inntektsgrupper er størst for barn med to norskfødte foreldre (-1,9 år) og ubetydelig for andregenerasjonsinnvandrere (-0,1 år). Merk at den gjennomsnittlige foreldrealderen for barn som sjelden har levd i fattigdom, er relativt høy. Dette kan henge sammen med at eldre foreldre ofte har kommet lengre i yrkeskarrieren og dermed har lavere risiko for å ha lave inntekter. Inntektsgradienten for foreldres alder er svak i de tre laveste inntektskvartilene, men tydelig i øverste inntektskvartil i alle grupper (omtrent 1,6–2,6 år fra laveste til høyeste prosentil, noe som understøtter at foreldres inntekt varierer gradvis med alder og at forskjellene mellom barn i familier med vedvarende lavinntekt og øvrige barn i hovedsak er små på tvers av migrasjonsbakgrunn.

11.4.2 Fars psykisk helse



Figur V6.3: Andel fedre (%) med minst én psykisk diagnose i NPR. Panel A viser verdien fordelt på ulike inntektsgrupper og etter migrasjonsbakgrunn. Pilen markerer forskjellen mellom barn som vokser opp i fattigdom og barn som ikke gjør det. Størrelsen på punktene angir størrelsen på de ulike inntektsgruppene. Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt (VLI): Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3 - 2/3$) og Mesteparten ($> 2/3$). Den tykkere grå linjen viser hvor mye familiene samlet sett varierer. Panel B viser sammenhengen med inntektspersentilen som et kontinuerlig mål på inntekt. Den uthevede delen av linjen indikerer hvilke inntektspersentiler som sannsynligvis ligger under fattigdomsgrensen.

11.5 Tillegg til kapittel 7

11.5.1 Diagnoser av psykiske vansker i primærhelsetjenesten.

11.5.1.1 Samlet forekomst av diagnoser innen psykiske vansker

Diagnosegruppen omfatter alle diagnoser på psykiske vansker (P70-99) som er registrert i primærhelsetjenesten.¹⁸ Tabell V7.1 viser hvor mange barn som har fått minst én diagnose for psykiske vansker ved 5, 12 og 18 år, fordelt etter hvor stor del av barndommen de har levd i vedvarende lavinntekt. Resultatene viser at risikoen øker både med alderen og med lengre tid i lavinntekt. Ved 18 år hadde barn som hadde vokst opp mesteparten av tiden i lavinntekt en forekomst på 27,1 prosent, mot 20,4 prosent blant dem som aldri hadde opplevd fattigdom. Tallene i tabellen representerer gjennomsnitt på tvers av migrasjonsbakgrunn. Blant barn uten migrasjonsbakgrunn økte forekomsten tydelig med mer lavinntekt, fra 21,0 til 29,7 prosent. For barn med migrasjonsbakgrunn var forekomsten lavere, og sammenhengen med lavinntekt var svak eller motsatt. Hos førstegenerasjonsinnvandrere sank forekomsten med mer lavinntekt (fra 17,0 til 12,7 prosent), noe som økte forskjellene

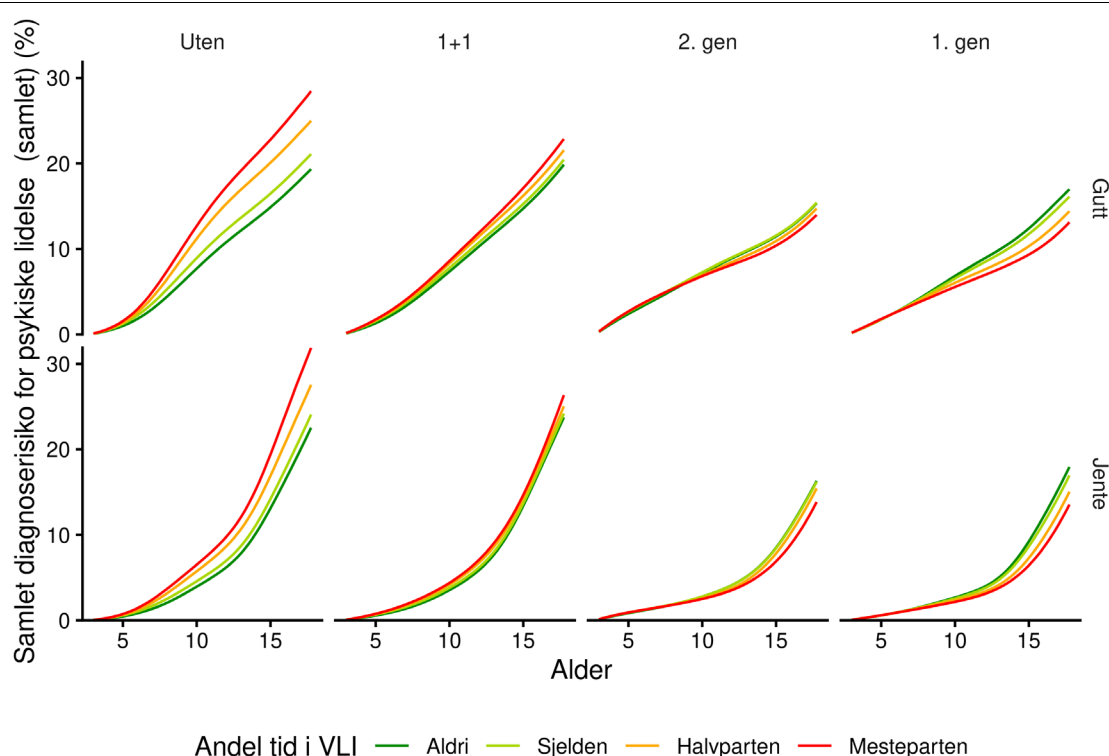
¹⁸ Diagnoser fra ICPC-2 kapittel P (Psykiske lidelser).

sammenlignet med barn uten migrasjonsbakgrunn. Dette kan gjenspeile ulik bruk av helsetjenester. Mønsteret var likt for gutter og jenter, men jenter hadde høyere forekomst (se [Figur V7.1](#)). Når vi ser på relativ risiko (RR) ved 18 år, var forskjellene samlet sett små til moderate (RR = 1,3) mellom dem som aldri hadde vært i lavinntekt og dem som hadde vært det mesteparten av tiden. Forskjellen var noe høyere blant barn uten migrasjonsbakgrunn (RR = 1,4), liten i gruppen med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder, og ubetydelig i innvandregruppene (RR = 0,7–0,9).

Tabell V7.1: Risiko for å ha fått minst én psykisk diagnose i primærhelsetjenesten ved 5, 12 og 18 år, etter andelen år i vedvarende lavinntekt.

Tid i vedv. lavinnt.	Alder		
	5	12	18
Aldri	0,9	8,1	20,4
Sjelden	1,1	9,0	21,6
Halvparten	1,2	10,7	24,2
Mesteparten	1,3	11,8	27,1
RD: Mesteparten–Aldri	0,4	3,7	6,7
RR: Mesteparten/Aldri	1,5	1,4	1,3

Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($> 2/3$). RD viser risikodifferansen, og RR viser risikoforholdet, brukt til å sammenligne de ulike inntektsgruppene.



Figur V7.1: Risiko for å ha fått minst én psykisk diagnose i primærhelsetjenesten, etter alder og andel tid i vedvarende lavinntekt (VLI) gruppert etter migrasjonsbakgrunn og kjønn. De fargede linjene viser andelen år i VLI: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten

(>2/3). Migrasjonsbakgrunn er kategorisert som følgende: Uten (barn med to norskfødte foreldre), 1+1 (én norskfødt og én utenlandsfødt forelder), 2. gen (norskfødte med to innvandrerforeldre), 1. gen (født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre)

11.5.1.2 Samlet forekomst av psykiske symptomer

Gruppen omfatter alle psykiske symptomer (P01-29) som er registrert i primærhelsetjenesten.¹⁹ I primærhelsetjenesten blir psykiske vansker hos barn og unge som regel registrert som symptomer, ikke som mer alvorlige psykiske diagnoser. Dette kapitlet ser derfor også på samlet forekomst av diagnoser som gjelder ulike psykiske symptomer.

Tabell V7.2 viser forekomsten ved 5, 12 og 18 år, fordelt etter hvor stor del av barndommen som har vært preget av vedvarende lavinntekt. Resultatene viser at risikoen for å få en diagnose for psykiske symptomer øker jevnt med alderen og med lengre tid i lavinntekt. Ved 18 år hadde barn som hadde vokst opp mesteparten av tiden i lavinntekt en forekomst på 43,8 prosent, mot 35,8 prosent blant dem som aldri hadde opplevd fattigdom. Tallene i tabellen representerer et gjennomsnitt på tvers av migrasjonsbakgrunn. Blant barn uten migrasjonsbakgrunn økte forekomsten tydelig med mer lavinntekt (fra 36,2 til 46,4 prosent). Økningen var mindre i gruppen med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder (fra 38,4 til 42,5 prosent). For andregenerasjonsinnvandrere gikk forekomsten svakt ned med mer lavinntekt (fra 32,3 til 30,7 prosent), og nedgangen var tydeligere blant førstegenerasjonsinnvandrere (fra 32,6 til 29,9 prosent). Dette betyr at sammenhengen mellom barnefattigdom og psykiske symptomer er sterkere for barn med minst én norskfødt forelder, mens den er svakere eller motsatt for innvandrergruppene.

Gutter og jenter fulgte samme mønster, selv om jenter hadde høyere forekomst. Gradientene var tydeligst for barn uten migrasjonsbakgrunn, svakere for dem med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder, og flat eller svakt fallende for innvandrergruppene (se [Figur V7.2](#)). For innvandrergruppene var forekomsten høyere blant dem som aldri hadde vært i lavinntekt enn blant dem som hadde vokst opp mesteparten av tiden i lavinntekt, noe som kan gjenspeile ulik bruk av helsetjenester.

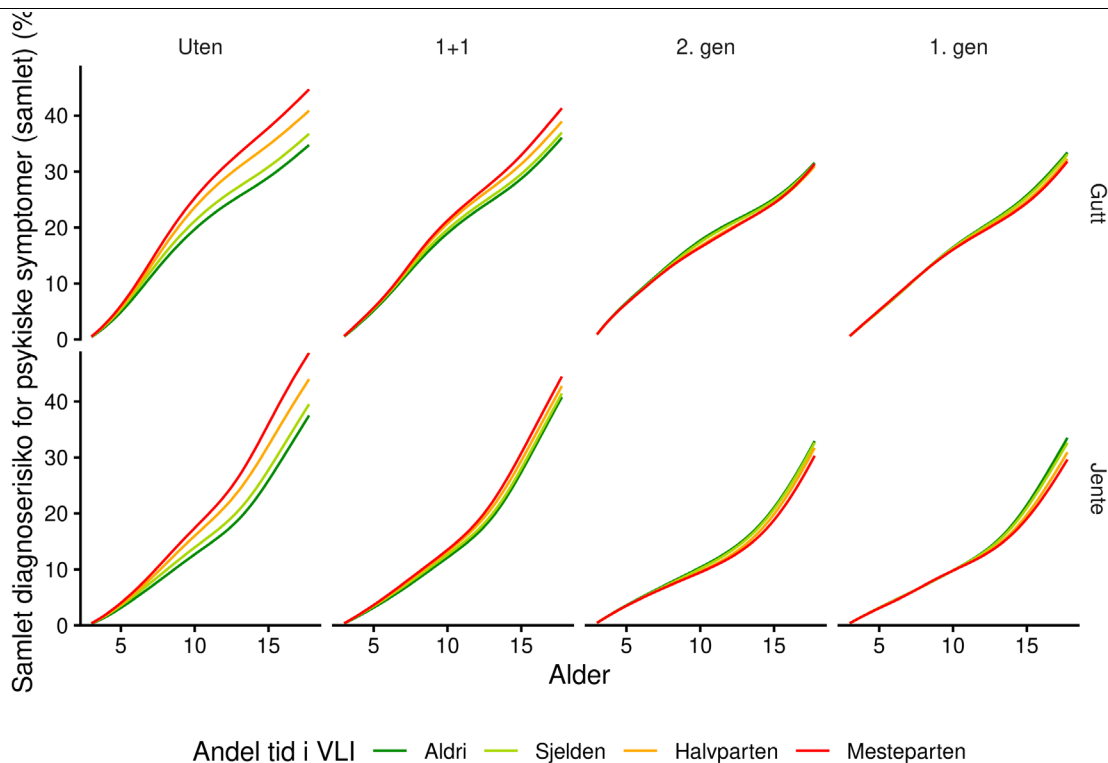
Når vi ser på relativ risiko (RR) ved 18 år, var forskjellene samlet sett små til moderate (RR = 1,2) mellom dem som aldri hadde opplevd fattigdom og dem som hadde vært i fattigdom mesteparten av tiden. Forskjellen var noe høyere blant barn uten migrasjonsbakgrunn (RR = 1,3), liten i gruppen med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder (RR = 1,1), og ubetydelig i innvandrergruppene (RR = 0,9–1,0).

Tabell V7.2: Risiko for å ha fått minst én diagnose på psykiske symptomer ved 5, 12 og 18 år, etter andelen år i vedvarende lavinntekt.

Tid i vedv. lavinnt.	Alder		
	5	12	18
Aldri	4,2	19,6	35,8
Sjelden	4,5	20,8	37,3
Halvparten	4,7	23,1	40,6
Mesteparten	4,9	24,7	43,8
RD: Mesteparten–Aldri	0,8	5,1	8,0
RR: Mesteparten/Aldri	1,2	1,3	1,2

¹⁹ Diagnoser fra ICPC-2 kapittel P (Psykiske lidelser). 'AP[0-2]'.

Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). RD viser risikodifferansen, og RR viser risikoforholdet, brukt til å sammenligne de ulike inntektsgruppene.



Figur V7.2: Risiko for å ha fått minst én diagnose på psykiske symptomer etter alder og andel tid i vedvarende lavinntekt (VLI) gruppert etter migrasjonsbakgrunn og kjønn. De fargede linjene viser andelen år i VLI: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$).

Migrasjonsbakgrunn er kategorisert som følgende: Uten (barn med to norskfødte foreldre), 1+1 (én norskfødt og én utenlandsfødt forelder), 2. gen (norskfødte med to innvandrerforeldre), 1. gen (født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre)

11.5.1.3 Internaliserende vansker

Diagnosegruppen omfatter internaliserende vansker som for eksempel angst eller depresjon registrert i primærhelsetjenesten.²⁰ Resultatene viser at risikoen for å få en diagnose for internaliserende vansker øker med alderen, og stiger også med lengre tid i vedvarende lavinntekt. Ved 18 år hadde unge som hadde levd mesteparten av barndommen i lavinntekt en forekomst på 13,9 prosent, sammenlignet med 11,3 prosent blant dem som aldri hadde vært i fattigdom. Verdiene i tabell V7.3 viser gjennomsnitt på tvers av migrasjonsbakgrunn. Blant barn uten migrasjonsbakgrunn økte forekomsten tydelig med mer lavinntekt fra 11,7 til 15,1 prosent. Økningen var liten i gruppen med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder, mens forekomsten var lavere og synkende med mer lavinntekt blant første- og andregenerasjonsinnvandrere. Mønsteret var likt for gutter og jenter, men forekomsten var høyere blant jenter (se Figur V7.3). For innvandrergruppene var forekomsten høyere blant dem som aldri hadde vært i lavinntekt enn blant dem som hadde vokst opp i lavinntekt mesteparten av tiden. Dette kan gjenspeile ulik bruk av helsetjenester. Når vi ser på relativ risiko (RR) ved 18 år, var forskjellene små til moderate blant barn uten migrasjonsbakgrunn mellom dem som aldri hadde vokst opp i fattigdom og

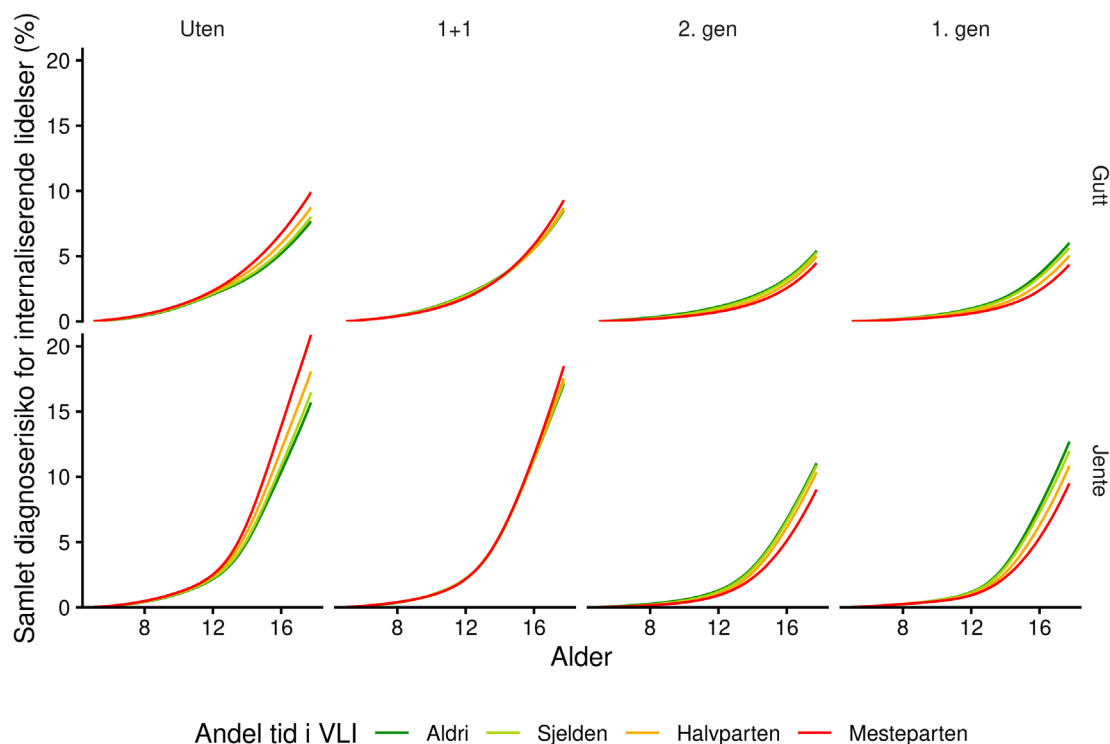
²⁰ Diagnoser fra ICPC-2 kapittel P (Psykiske lidelser). 'P7[3-8]|P79|P86'.

dem som hadde levd mesteparten av tiden i fattigdom. Effekten av lavinntekt var liten i gruppen med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder, og ubetydelig i innvandergruppene.

Tabell V7.3: Risiko for å ha fått en internaliserende lidelse diagnose ved 5, 12 og 18 år, etter andelen år i vedvarende barnefattigdom.

Tid i vedv. lavinnt.	Alder		
	5	12	18
Aldri	0,0	2,0	11,3
Sjelden	0,0	2,0	11,7
Halvparten	0,0	2,1	12,5
Mesteparten	0,0	2,1	13,9
RD: Mesteparten–Aldri	0,0	0,2	2,6
RR: Mesteparten/Aldri	1,2	1,1	1,2

VLI = vedvarende lavinntekt. Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). RD viser risikodifferansen, og RR viser risikoforholdet, brukt til å sammenligne de ulike inntektsgruppene.



Figur V7.3: Risiko for å ha fått en internaliserende lidelse diagnose etter alder og andel tid i vedvarende barnefattigdom og gruppert etter migrasjonsbakgrunn og kjønn. VLI = vedvarende lavinntekt. Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). Migrasjonsbakgrunn er kategorisert som følgende: Uten (barn med to norskfødte foreldre), 1+1 (én norskfødt og én utenlandsfødt forelder), 2. gen (norskfødte med to innvanderforeldre), 1. gen (født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre)

11.5.1.4 ADHD

Diagnosegruppen omfatter oppmerksomhets- og hyperaktivitetsforstyrrelse (ADHD) i primærhelsetjenesten.²¹ Resultatene viser at risikoen for å få en ADHD-diagnose øker tydelig med alderen, og forekomsten er høyere jo lengre tid barnet har levd i vedvarende lavinntekt. Ved 18 år hadde barn som hadde vokst opp i lavinntekt mesteparten av barndommen en forekomst på 11,8 prosent, sammenlignet med 8,0 prosent blant barn som aldri hadde levd i fattigdom. Verdiene er gjennomsnitt på tvers av migrasjonsbakgrunn, og vises i *tabell V7.4*. Ved 18-årsalderen økte forekomsten med mer lavinntekt blant barn uten migrasjonsbakgrunn, fra 8,9 til 13,8 prosent. Økningen var liten i gruppen med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder, mens forekomsten falt betydelig blant førstegenerasjons- og andregenerasjonsinnvandrere (se *figur V7.4*).

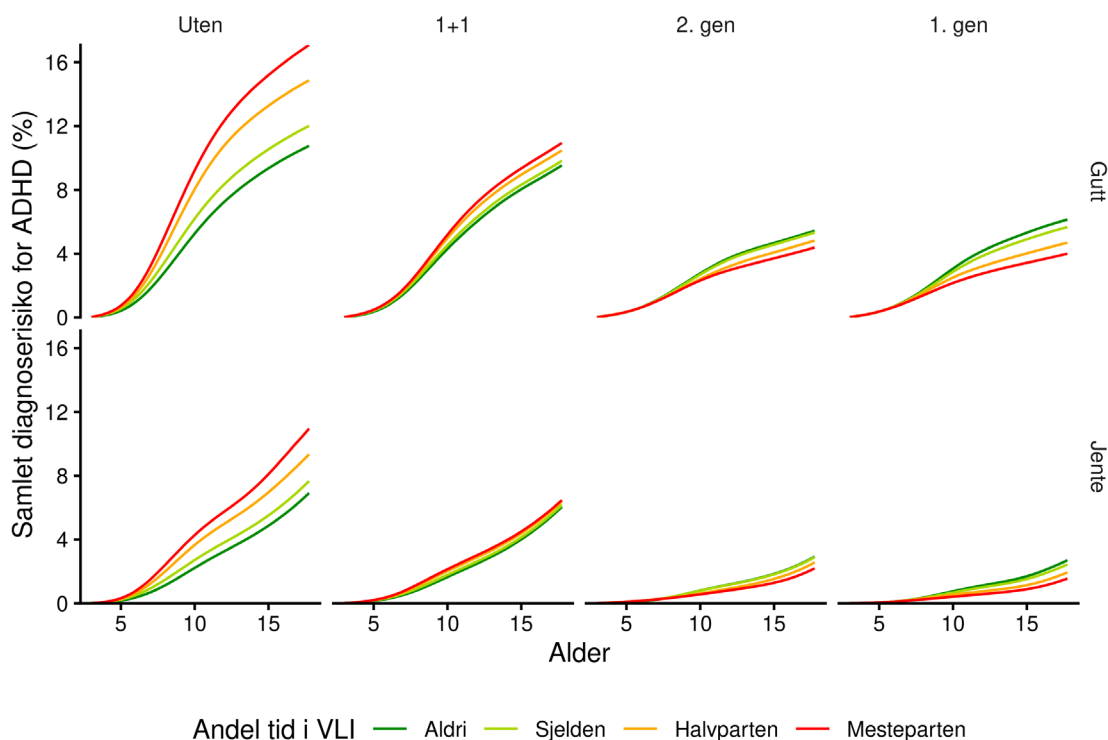
Selv om gutter hadde høyere forekomst enn jenter, var mønsteret likt for begge kjønn: gradienten med lavinntekt var tydeligst blant barn uten migrasjonsbakgrunn, svak i gruppen med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder, og flat eller fallende i innvandrergruppene. For første- og andregenerasjonsinnvandrere var forekomsten høyere blant dem som aldri hadde vært i lavinntekt enn blant dem som hadde vokst opp i lavinntekt mesteparten av tiden. Dette kan gjenspeile ulik bruk av helsetjenester. Når vi ser på relativ risiko (RR) ved 18 år, var forskjellene små til moderate samlet sett (RR = 1,4) mellom barn som aldri hadde opplevd fattigdom og barn som hadde vokst opp i fattigdom mesteparten av tiden. Forskjellen var noe høyere blant barn uten migrasjonsbakgrunn (RR = 1,6), liten i gruppen med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder (RR = 1,1), og ubetydelig i innvandrergruppene (RR = 0,6–0,8).

Tabell V7.4: Risiko for å ha fått en ADHD-diagnose ved 5, 12 og 18 år, etter andelen år i vedvarende lavinntekt.

Tid i vedv. lavinnt.	Alder		
	5	12	18
Aldri	0,3	4,7	8,0
Sjelden	0,4	5,3	8,8
Halvparten	0,4	6,6	10,4
Mesteparten	0,5	7,5	11,8
RD: Mesteparten–Aldri	0,2	2,8	3,8
RR: Mesteparten/Aldri	1,7	1,5	1,4

Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). RD viser risikodifferansen, og RR viser risikoforholdet, brukt til å sammenligne de ulike inntektsgruppene.

²¹ Diagnoser fra ICPC-2 kapittel P (Psykiske lidelser). 'P81'.



Figur V7.4: Risiko for å ha fått en ADHD-diagnose etter alder og andel tid i vedvarende lavinntekt (VLI) gruppert etter migrasjonsbakgrunn og kjønn. De fargede linjene viser andelen år i VLI: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). Migrasjonsbakgrunn er kategorisert som følgende: Uten (barn med to norskfødte foreldre), 1+1 (én norskfødt og én utenlandsfødt forelder), 2. gen (norskfødte med to innvanderforeldre), 1. gen (født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre)

11.5.1.5 Søvnproblemer

Diagnosegruppen omfatter søvnproblemer.²² Resultatene viser at risikoen for å få en diagnose for søvnproblemer i primærhelsetjenesten øker med alderen og med hvor lenge barnet har levd i vedvarende lavinntekt. Ved 18 år hadde barn som hadde vokst opp i lavinntekt mesteparten av barndommen en forekomst på 10,8 prosent, sammenlignet med 8,2 prosent blant barn som aldri hadde vært i lavinntekt. Verdiene vises i [tabell V7.5](#) og representerer gjennomsnitt på tvers av migrasjonsbakgrunn. Ved 18 år økte forekomsten med mer lavinntekt blant barn uten migrasjonsbakgrunn (fra 8,5 til 11,5 prosent). I gruppen med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder var økningen mindre, mens forekomsten var lavere og flatet ut eller sank svakt blant første- og andregenerasjons innvandrere. Forskjellene mellom barn uten migrasjonsbakgrunn og barn med migrasjonsbakgrunn ble dermed større med mer lavinntekt.

Selv om jenter hadde høyere forekomst enn gutter, var mønsteret likt for begge kjønn, med samme gradienter på tvers av migrasjonsbakgrunn (se [figur V7.5](#)). For første- og andregenerasjons innvandergrupper var forekomsten høyere blant dem som aldri hadde vært i lavinntekt enn blant dem som hadde vokst opp i lavinntekt mesteparten av tiden. Dette kan reflektere ulike bruk av helsetjenester mellom høy- og lavinntekts innvandergrupper.

Når vi ser på relativ risiko (RR) ved 18 år, var forskjellene små til moderate samlet sett (RR = 1,3) mellom barn som hadde vokst opp mesteparten av tiden i lavinntekt og barn som aldri hadde vært i lavinntekt.

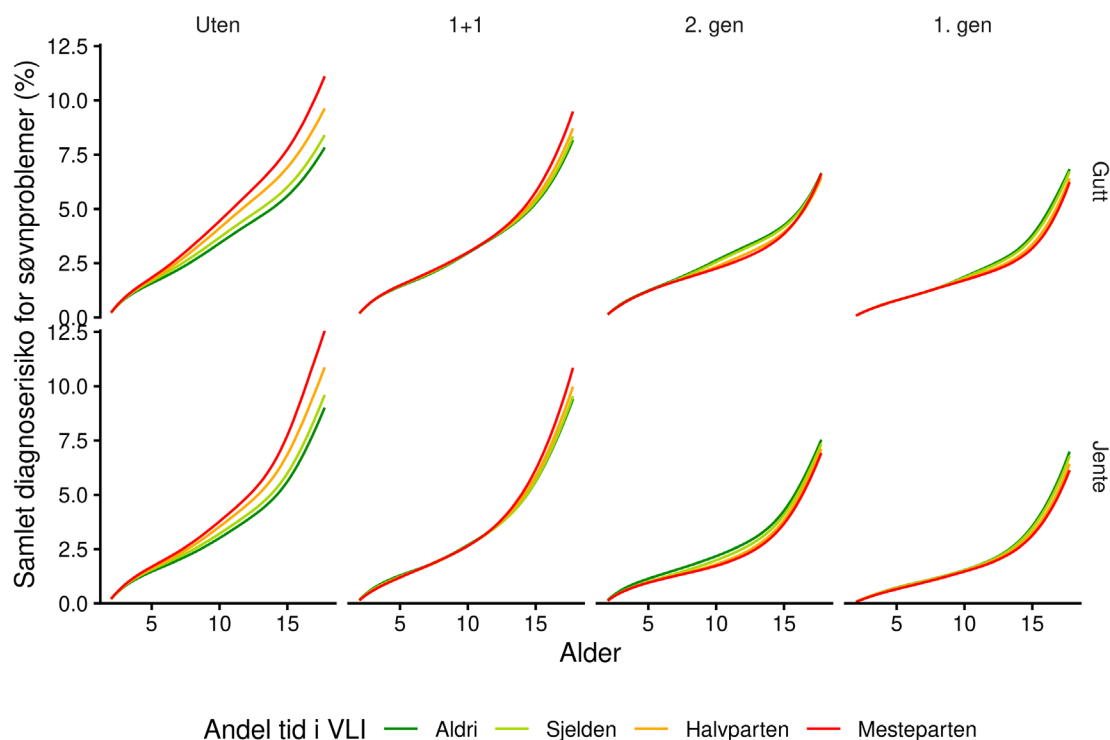
²² Diagnoser fra ICPC-2 kapittel P (Psykiske lidelser). 'P06'.

Forskjellen var noe høyere blant barn uten migrasjonsbakgrunn (RR = 1,4), liten i gruppen med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder (RR = 1,1), og ubetydelig i første- og andregenerasjons innvandregrupper (RR = 0,9).

Tabell V7.5: Risiko for å ha fått en søvndiagnose ved 5, 12 og 18 år, etter andelen år i vedvarende lavinntekt.

Tid i vedv. lavinnt.	Alder		
	5	12	18
Aldri	1,4	3,8	8,2
Sjelden	1,5	4,0	8,7
Halvparten	1,5	4,3	9,6
Mesteparten	1,6	4,6	10,8
RD: Mesteparten–Aldri	0,2	0,9	2,6
RR: Mesteparten/Aldri	1,1	1,2	1,3

Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($> 2/3$). RD viser risikodifferansen, og RR viser risikoforholdet, brukt til å sammenligne de ulike inntektsgruppene.



Figur V7.5: Risiko for å ha fått en søvndiagnose etter alder og andel tid i vedvarende lavinntekt (VLI) gruppert etter migrasjonsbakgrunn og kjønn. De fargede linjene viser andelen år i VLI: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($> 2/3$). Migrasjonsbakgrunn er kategorisert som følgende: Uten (barn med to norskfødte foreldre), 1+1 (én norskfødt og én utenlandsfødt forelder), 2. gen (norskfødte med to innvandreforeldre), 1. gen (født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre)

11.6 Tilegg til kapittel 8

11.6.1 Diagnoser i primærhelsetjenesten

Når det gjelder fysiske helse, er sykdomsbildet blant norske barn og ungdommer nokså typisk for et høyinntektsland. Vanlige sykdommer inkluderer infeksjoner, astma, allergi, atopisk eksem, mage- og tarmsykdommer, diabetes, epilepsi og enkelte autoimmune sykdommer. For de fleste av disse tilstandene er de lite kunnskap som kan bidra til forebygging. Medisinske fremskritt bidrar imidlertid til å redusere dødelighet og sykkelighet av alvorlig sykdom. De aller fleste barn og ungdommer som får kreft blir behandlet og overlever. Forekomsten av cerebral parese (CP), den vanligste årsaken til fysisk handikap hos barn og ungdom, har falt betydelig over tid, og det er særlig de alvorlige tilfellene det blir færre av. Dette knyttes til fremskritt i svangerskaps- og nyfødtsomsorgen de siste tiårene.

Barn og unge gjennomgår mange infeksjoner hvert år, spesielt luftveisinfeksjoner. Det er nødvendig for barn å gjennomgå infeksjoner for å bygge opp naturlig immunitet. Omgangssyke er også svært vanlig. De færreste tilfellene vil kreve spesialistbehandling, men barneavdelinger på sykehus har stor pågang, særlig i vintersesongen. Siden enkelte infeksjonssykdommer kan føre til sykehusinnleggelse og/eller kan gi en økt risiko for død eller varige skader, vaksineres lang de fleste barn i Norge for slike sykdommer, og på nasjonalt nivå er antall innleggelser med lungebetennelse, hjernehinnebetennelse og omgangssyke forårsaket av rotavirus blitt redusert etter at vaksiner mot disse sykdommene ble innført i barnevaksinasjonsprogrammet.

Vi har data på 1 331 400 barn i alderen 1–18 år med diagnoseinformasjon fra 2007 til 2023 (gjennomsnittlig observasjonstid 11 år) fra primærhelsetjenesten. Selv om ICPC-2-systemet i primærhelsetjenesten gir en detaljert inndeling av symptomer og plager, bygger vår analyse på en langt grovere gruppering. Vi har samlet fysiske diagnoser i skader, infeksjoner, medfødte tilstander og andre diagnoser (som magesykdommer). Skader omfatter hendelser der kroppen er utsatt for et fysisk traume, som kutt, brudd eller forstuing. Infeksjoner viser til tilstander der bakterier, virus eller andre mikroorganismer fører til sykdom. Medfødte tilstander dekker strukturelle eller funksjonelle avvik som er til stede fra fødselen. Andre diagnoser brukes om tilstander som beskriver sykdom eller funksjonssvikt uten ytre skade eller smitte som hovedårsak, og grupperingene er nærmere omtalt i enkeltanalysene under.

11.6.1.1 Samlet forekomst av fysiske helsediagnoser

Gruppen omfatter fysiske helseproblemer registrert som diagnoser i primærhelsetjenesten.²³ Våre data viser at nesten alle barn får minst én slik diagnose innen de fyller 18 år, og forskjeller etter tid i vedvarende lavinntekt er fraværende eller svært små. Ved 5 år ligger den kumulative risikoen på rundt 95–96 prosent i alle inntektsgrupper, ved 12 år på 99–100 prosent, og ved 18 år på 100 prosent. Dette betyr, i praksis, at de aller fleste barn har vært hos fastlegen i barne- eller ungdomsårene. Verdien er et gjennomsnitt på tvers av migrasjonsbakgrunn (se [tabell V8.1](#)). Ved 18 år er andelen 100 prosent i alle kombinasjoner av migrasjonsbakgrunn og barnefattigdom, med unntak av at den er 99 prosent for barn med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder i lavinntekt mesteparten av tiden (se [figur V8.1](#)). Det er heller ingen kjønnsforskjeller: Ved 18 år ligger både gutter og jenter på 100 prosent i alle inntektskategorier på tvers av migrasjonsbakgrunn. Oppsummert er det ubetydelige forskjeller etter

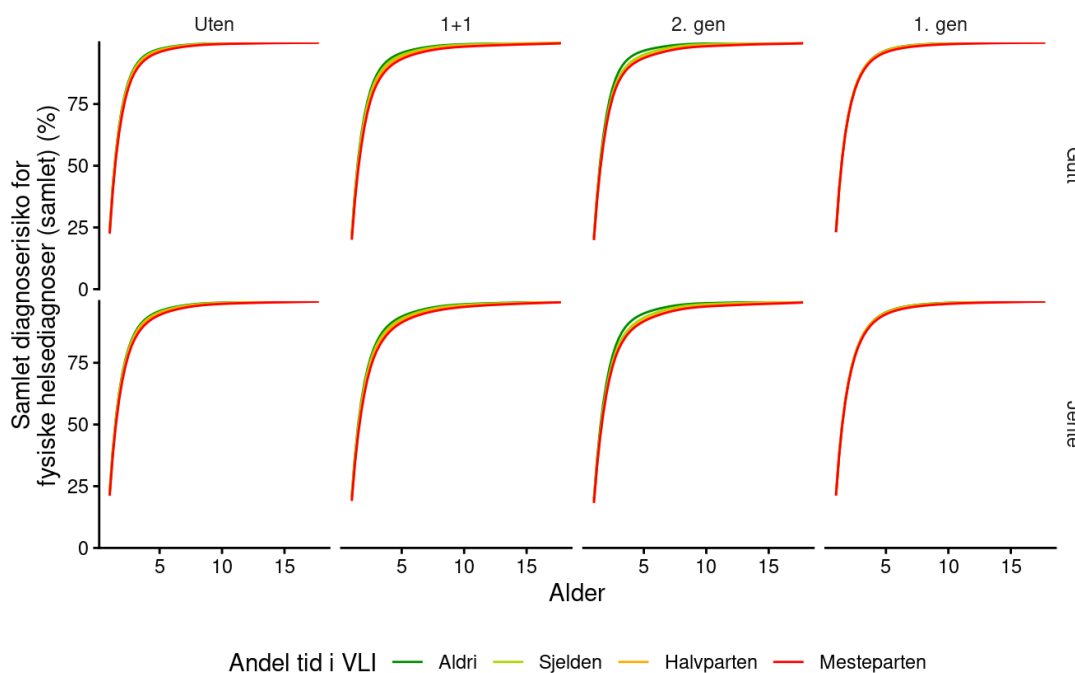
²³ Diagnosene fra ICPC-2 som inngår inkluderer kapittel A (Allmenn og uspesifisert), B (Blod, bloddannende organer og immunsystem), D (Fordøyelsessystemet), F (Øye), H (Øre), K (Hjerte- og karsystemet), L (Muskel- og skjelettsystemet), N (Nervesystemet), R (Luftveier), S (Hud), T (Endokrine, ernærings- og metabolske sykdommer), U (Urinveier), X (Kvinnelige kjønnsorganer), Y (Mannlige kjønnsorganer) og Z (Sosiale problemer).

inntekt: Den relative forskjellen mellom de som aldri versus mesteparten av tiden har levd i fattigdom (RD) er $< -1,7$ mens den relative risikoen (RR) er 1,0.

Tabell V8.1: Risiko for å ha fått minst én fysisk helsediagnose ved 5, 12 og 18 år, etter andelen år i vedvarende lavinntekt.

Tid i vedv. lavinnt.	Alder		
	5	12	18
Aldri	96,3	99,6	99,9
Sjelden	95,7	99,5	99,9
Halvparten	95,1	99,4	99,8
Mesteparten	94,5	99,2	99,8
RD: Mesteparten–Aldri	-1,7	-0,4	-0,1
RR: Mesteparten/Aldri	1,0	1,0	1,0

Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($> 2/3$). RD viser risikodifferansen, og RR viser risikoforholdet, brukt til å sammenligne de ulike inntektsgruppene.



Figur V8.1: Risiko for å ha fått en fysisk helsediagnose (samlet) etter alder og andel tid i vedvarende lavinntekt (VLI) gruppert etter migrasjonsbakgrunn og kjønn. De fargede linjene viser andelen år i VLI: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($> 2/3$). Migrasjonsbakgrunn er kategorisert som følgende: Uten (barn med to norskfødte foreldre), 1+1 (én norskfødt og én utenlandsfødt forelder), 2. gen (norskfødte med to innvandrereforeldre), 1. gen (født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre).

11.6.1.2 Magesykdommer

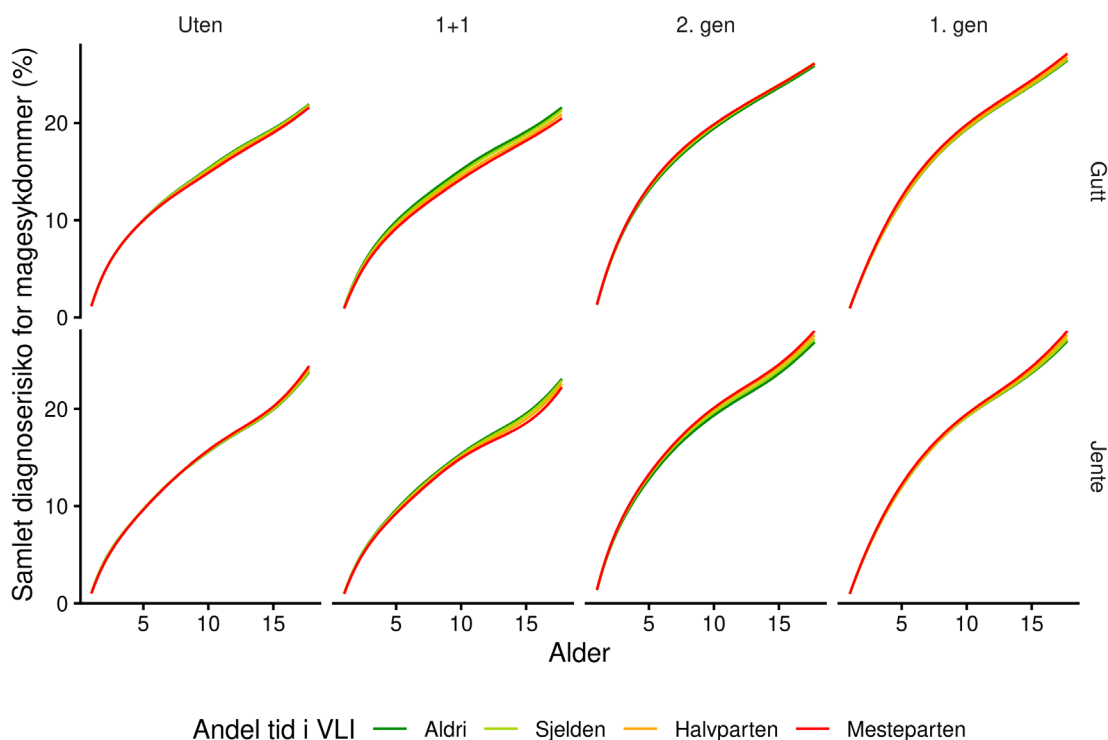
Gruppen omfatter mage- og tarmproblemer registrert som diagnoser i primærhelsetjenesten.²⁴ Andelen som får minst én mage- eller tarmsdiagnose i primærhelsetjenesten øker med alder, fra om lag 10 prosent ved 5 år til rundt 23 prosent ved 18 år, og forskjellene etter tid i vedvarende lavinntekt er ubetydelige. Verdierne er gjennomsnitt på tvers av migrasjonsbakgrunn (se *tabell V8.2*). Ved 18 år ligger nivåene høyere blant første- og andregenerasjonsinnvandrere enn blant barn med to norskfødte foreldre og barn med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder, mens variasjonen etter barnefattigdom innen hver gruppe er liten (se *figur V8.2*). Dette er i tråd med forskning som viser at risikoen for sykehusinnleggelse med gastroenteritt er betydelig økt for barn med utenlandsk opprinnelse (Kjøllestad mfl. 2023). Kjønnsdelte tall viser at jenter opplever dette noe mer enn gutter i alle migrasjonsgrupper, men forskjellene etter inntekt er små også her. Oppsummert er det ubetydelige forskjeller etter inntekt ved alle aldre (RD nær 0; RR = 1,0).

Tabell V8.2: Risiko for å ha fått en magesykdomdiagnose ved 5, 12 og 18 år, etter andelen år i vedvarende lavinntekt.

Tid i vedv. lavinnt.	Alder		
	5	12	18
Aldri	10,3	17,8	23,4
Sjelden	10,3	17,8	23,4
Halvparten	10,3	17,8	23,5
Mesteparten	10,3	17,7	23,5
RD: Mesteparten–Aldri	-0,0	-0,1	0,1
RR: Mesteparten/Aldri	1,0	1,0	1,0

Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($> 2/3$). RD viser risikodifferansen, og RR viser risikoforholdet, brukt til å sammenligne de ulike inntektsgruppene.

²⁴ Alle diagnoser fra ICPC-2 kapittel D (Fordøyelsessystemet).



Figur V8.2: Risiko for å ha fått en magesykdomdiagnose etter alder og andel tid i vedvarende lavinntekt (VLI) gruppert etter migrasjonsbakgrunn og kjønn. De fargede linjene viser andelen år i VLI: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). Migrasjonsbakgrunn er kategorisert som følgende: Uten (barn med to norskfødte foreldre), 1+1 (én norskfødt og én utenlandsfødt forelder), 2. gen (norskfødte med to innvanderforeldre), 1. gen (født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre).

11.6.1.3 Luftveisinfeksjoner

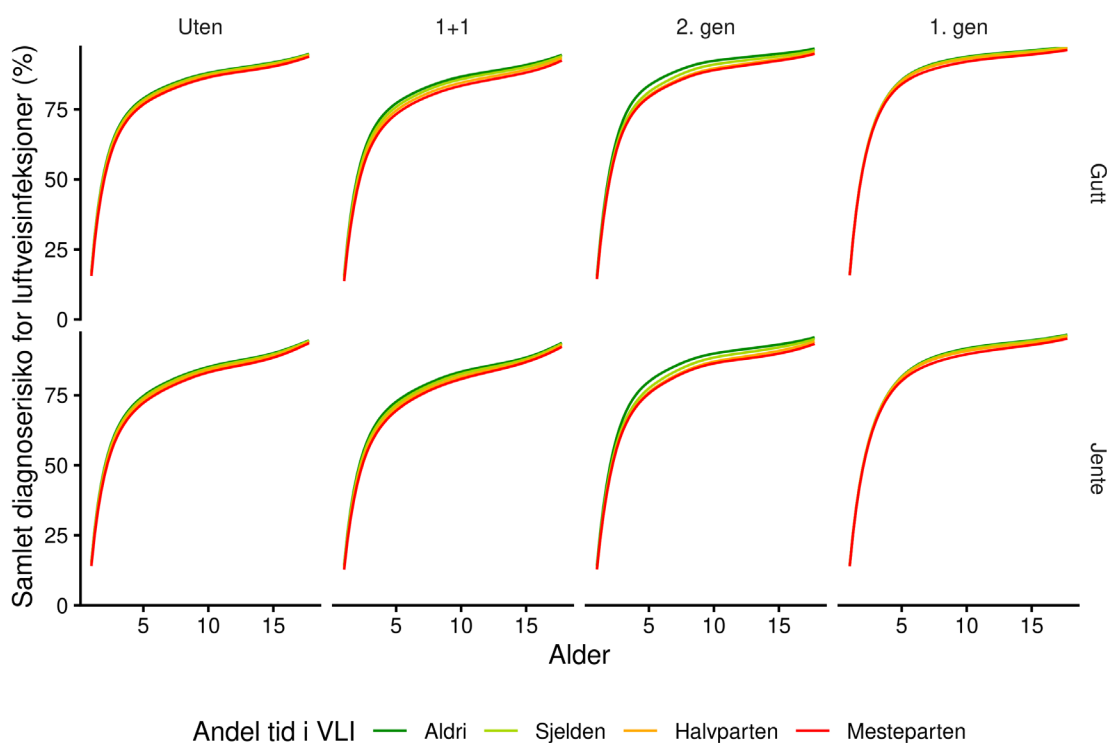
Gruppen omfatter luftveisinfeksjoner og andre luftveisdiagnoser registrert som diagnoser i primærhelsetjenesten.²⁵ Også andelen som får minst én slik diagnose i primærhelsetjenesten er høy og øker med alder. Det er minimale forskjeller etter barnefattigdom. Samlet stiger nivået fra om lag 77 prosent ved 5 år til nær 94-95 prosent ved 18 år (se [tabell V8.3](#)). Ved 18 år ligger nivåene noe høyere blant første- og andregenerasjonsinnvandrere enn blant barn med to norskfødte foreldre, mens barn med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder ligger litt lavere. Gutter og jenter viser samme mønster, med små forskjeller etter barnefattigdom (se [figur V8.3](#)). Blant første- og andregenerasjonsinnvandrere er nivået noen steder høyere blant dem som aldri var i lavinntekt enn blant dem med noe lavinntekt, som kan reflektere forskjeller i bruk av helsetjenester. Oppsummert er det ubetydelige forskjeller etter inntekt ved alle aldre (RD $< -2,7$; RR 1,0).

²⁵ Diagnoser fra ICPC-2 kapittel R (Luftveier).

Tabell V8.3: Risiko for å ha fått en luftveisinfectionsdiagnose ved 5, 12 og 18 år, etter andelen år i vedvarende lavinntekt.

Tid i vedv. lavinnt.	Alder		
	5	12	18
Aldri	77,4	88,9	94,9
Sjelden	76,6	88,5	94,7
Halvparten	75,7	87,8	94,3
Mesteparten	74,8	87,0	93,8
RD: Mesteparten–Aldri	-2,7	-1,9	-1,1
RR: Mesteparten/Aldri	1,0	1,0	1,0

Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). RD viser risikodifferansen, og RR viser risikoforholdet, brukt til å sammenligne de ulike inntektsgruppene.



Figur V8.3: Risiko for å ha fått en luftveisinfectionsdiagnose etter alder og andel tid i vedvarende lavinntekt (VLI) gruppert etter migrasjonsbakgrunn og kjønn. De fargede linjene viser andelen år i VLI: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). Migrasjonsbakgrunn er kategorisert som følgende: Uten (barn med to norskfødte foreldre), 1+1 (én norskfødt og én utenlandsfødt forelder), 2. gen (norskfødte med to innvandrerforeldre), 1. gen (født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre).

11.6.1.4 Andre infeksjoner

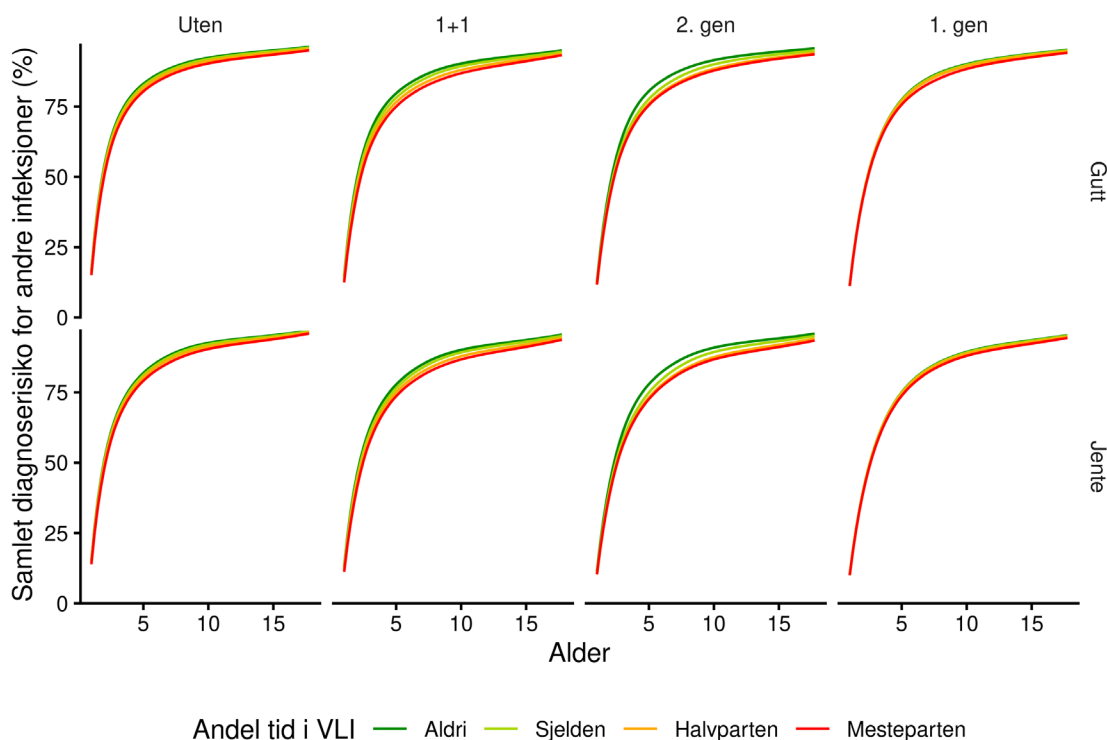
Gruppen omfatter infeksjoner utenom luftveiene registrert som diagnoser i primærhelsetjenesten.²⁶ Andelen som får minst én slik infeksjonsdiagnose i primærhelsetjenesten er høy og øker med alder, mens forskjellene etter tid i vedvarende lavinntekt er små. På tvers av migrasjonsbakgrunn ligger den samlede risikoen på rundt 81 prosent ved 5 år og nær 96 prosent ved 18 år, med svakt lavere nivåer blant barn som var i lavinntekt mesteparten av tiden (se *tabell V8.4*). Ved 18 år er nivåene høye i alle grupper, men barn med to norskfødte foreldre ligger svakt høyere enn første- og andregenerasjonsinnvandrere, men variasjonen etter barnefattigdom innen hver gruppe er liten (se *figur V8.4*). Ved 18 år er det ingen kjønnsforskjeller og nær identiske nivåer for gutter og jenter på tvers av migrasjonsbakgrunn, med små inntektsforskjeller også her. Blant andregenerasjonsinnvandrere er nivået noe høyere blant dem som aldri var i lavinntekt enn blant dem med noe lavinntekt, som kan reflektere forskjeller i bruk av helsetjenester. Oppsummert er det ubetydelige forskjeller etter inntekt ved alle aldre (RD < -3,2; RR = 1,0).

Tabell V8.4: Risiko for å ha fått andre infeksjonsdiagnoser ved 5, 12 og 18 år, etter andelen år i vedvarende lavinntekt.

Tid i vedv. lavinnt.	Alder		
	5	12	18
Aldri	81,4	93,3	96,2
Sjelden	80,3	92,8	95,9
Halvparten	79,3	92,0	95,5
Mesteparten	78,2	91,2	95,0
RD: Mesteparten–Aldri	-3,2	-2,0	-1,2
RR: Mesteparten/Aldri	1,0	1,0	1,0

Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). RD viser risikodifferansen, og RR viser risikoforholdet, brukt til å sammenligne de ulike inntektsgruppene.

²⁶ Diagnoser fra ICPC-2 flere kapitler utenom kapittel R (Luftveier), blant annet kapittel A (Allmenn og uspesifisert), B (Blod, bloddannende organer og immunsystem), D (Fordøyelsessystemet), F (Øye), H (Øre), K (Hjerte- og karsystemet), L (Muskel- og skjelettsystemet), N (Nervesystemet), S (Hud), T (Endokrine, ernærings- og metabolske sykdommer), U (Urinveier), X (Kvinnelige kjønnsorganer), Y (Mannlige kjønnsorganer) og Z (Sosiale problemer).



Figur V8.4: Risiko for å ha fått andre infeksjonsdiagnoser etter alder og andel tid i vedvarende lavinntekt (VLI) gruppert etter migrasjonsbakgrunn og kjønn. De fargede linjene viser andelen år i VLI: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). Migrasjonsbakgrunn er kategorisert som følgende: Uten (barn med to norskfødte foreldre), 1+1 (én norskfødt og én utenlandsfødt forelder), 2. gen (norskfødte med to innvanderforeldre), 1. gen (født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre).

11.6.1.5 Hodeskader

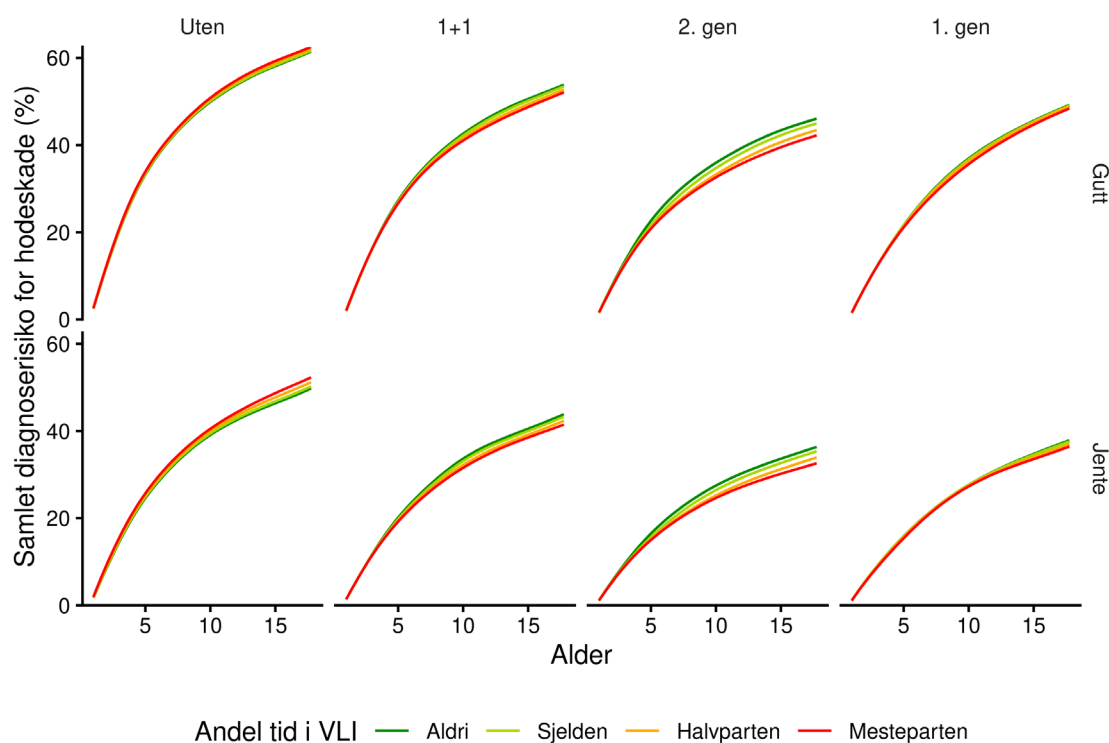
Gruppen omfatter hodeskader registrert som diagnoser i primærhelsetjenesten.²⁷ Andelen som får minst én hodeskadediagnose i primærhelsetjenesten øker med alder, fra rundt 27 prosent ved 5 år til rundt 53 prosent ved 18 år, med svært små forskjeller etter tid i vedvarende lavinntekt. Verdiene er gjennomsnitt på tvers av migrasjonsbakgrunn (se [tabell V8.5](#)). Ved 18 år ligger barn med to norskfødte foreldre høyest, barn med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder noe lavere, mens første- og andregenerasjonsinnvandrere ligger lavest. Forskjellene etter barnefattigdom er imidlertid små i alle grupper (se [figur V8.5](#)). Gutter ligger høyere enn jenter i alle gruppene med migrasjonsbakgrunn, med små inntektsforskjeller også etter kjønn. Blant barn med én utenlandsfødt forelder og andregenerasjonsinnvandrere er nivået noe høyere blant de som aldri var i lavinntekt enn blant de med noe lavinntekt. Det er altså ubetydelige forskjeller etter inntekt ved alle aldre (RD < 0,8; RR = 1,0).

²⁷ Diagnoser fra ICPC-2 kapittel S (Hud).

Tabell V8.5: Risiko for å ha fått en hodeskadediagnose ved 5, 12 og 18 år, etter andelen år i vedvarende lavinntekt.

Tid i vedv. lavinnt.	Alder		
	5	12	18
Aldri	26,7	45,5	53,0
Sjelden	26,8	45,5	53,1
Halvparten	26,8	45,7	53,4
Mesteparten	27,1	45,9	53,8
RD: Mesteparten–Aldri	0,3	0,5	0,8
RR: Mesteparten/Aldri	1,0	1,0	1,0

Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). RD viser risikodifferansen, og RR viser risikoforholdet, brukt til å sammenligne de ulike inntektsgruppene.



Figur V8.5: Risiko for å ha fått en hodeskadediagnose etter alder og andel tid i vedvarende lavinntekt (VLI) gruppert etter migrasjonsbakgrunn og kjønn. De fargede linjene viser andelen år i barndommen i VLI: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). Migrasjonsbakgrunn er kategorisert som følgende: Uten (barn med to norskfødte foreldre), 1+1 (én norskfødt og én utenlandsfødt forelder), 2. gen (norskfødte med to innvandrerforeldre), 1. gen (født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre).

11.6.1.6 Skader og sykdommer i muskel og skjelett

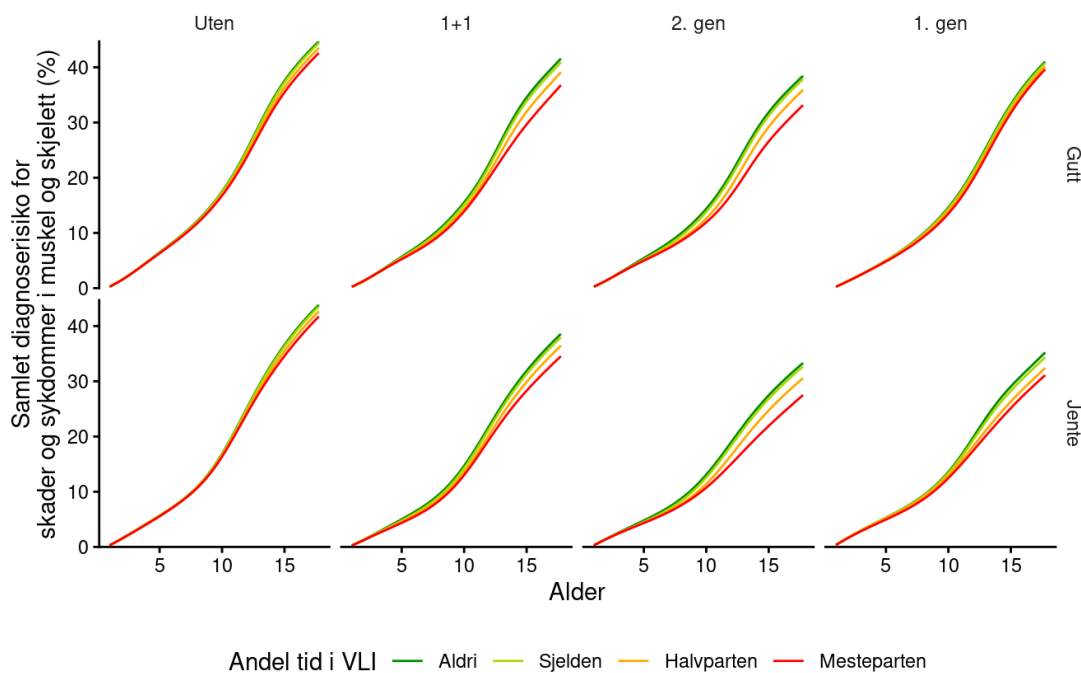
Gruppen omfatter skader og sykdommer i muskel- og skjelettsystemet registrert som diagnoser i primærhelsetjenesten.²⁸ Andelen som får minst én diagnose i denne gruppen i primærhelsetjenesten øker tydelig med alder, mens forskjellene etter tid i vedvarende lavinntekt er små. Nivået stiger fra om lag 6 prosent ved 5 år til rundt 43 prosent ved 18 år blant barn som aldri var i lavinntekt, og ligger på rundt 40 prosent ved 18 år blant dem som var i lavinntekt mesteparten av tiden. Verdierne er et gjennomsnitt på tvers av migrasjonsbakgrunn (se *tabell V8.6*). Ved 18 år er nivåene høyest blant barn med to norskfødte foreldre, lavere blant barn med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder og førstegenerasjonsinnvandrere, og lavest blant andregenerasjonsinnvandrere. Imidlertid er variasjonen etter barnefattigdom innen hver gruppe liten (se *figur V8.6*). Kjønnssdelte tall viser høyere nivåer for gutter enn for jenter i alle migrasjonsgrupper, med små inntektsforskjeller også her. Blant barn med noe migrasjonsbakgrunn er nivået noe høyere blant de som aldri var i lavinntekt enn blant dem med noe lavinntekt, som kan reflektere forskjeller i bruk av helsetjenester. Oppsummert er det ubetydelige forskjeller etter inntekt ved alle aldre: Den relative forskjellen er liten (RD < -2,6), som også gjenspeiles i den relative risikoen (RR = 1,0 ved 5 år; 0,9 ved 12 og 18 år).

Tabell V8.6: Risiko for å ha fått skader og sykdommer i muskel og skjelett ved 5, 12 og 18 år, etter andelen år i vedvarende lavinntekt.

Tid i vedv. lavinnt.	Alder		
	5	12	18
Aldri	5,8	24,1	42,8
Sjelden	5,7	23,8	42,4
Halvparten	5,7	23,1	41,3
Mesteparten	5,6	22,5	40,2
RD: Mesteparten–Aldri	-0,2	-1,6	-2,6
RR: Mesteparten/Aldri	1,0	0,9	0,9

Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). RD viser risikodifferansen, og RR viser risikoforholdet, brukt til å sammenligne de ulike inntektsgruppene.

²⁸ Alle diagnoser fra ICD-2 kapittel L (Muskel- og skjelettsystemet).



Figur V8.6: Risiko for å ha fått skader og sykdommer i muskel og skjelett etter alder og andel tid i vedvarende lavinntekt (VLI) gruppert etter migrasjonsbakgrunn og kjønn. De fargede linjene viser andelen år i VLI: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). Migrasjonsbakgrunn er kategorisert som følgende: Uten (barn med to norskfødte foreldre), 1+1 (én norskfødt og én utenlandsfødt forelder), 2. gen (norskfødte med to innvandrerforeldre), 1. gen (født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre).

11.6.1.7 Andre skader

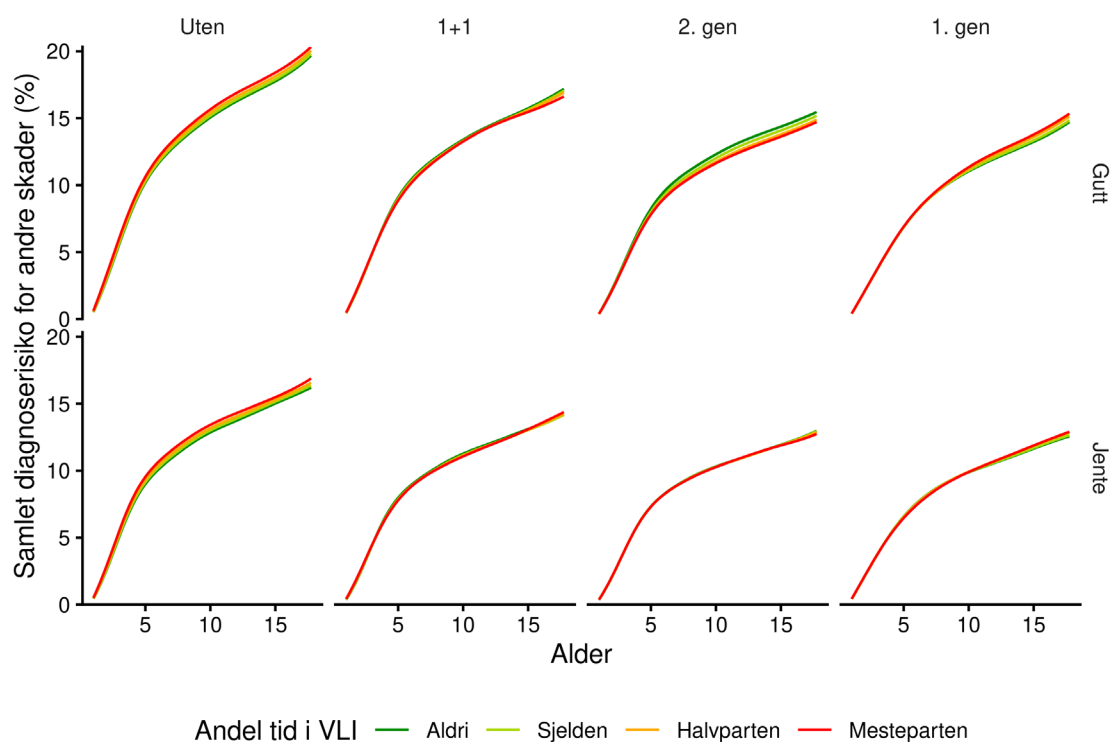
Gruppen omfatter skader utenom hud og muskel- og skjelettsystemet registrert som diagnoser i primærhelsetjenesten.²⁹ Andelen som får minst én slik skadediagnose i primærhelsetjenesten øker noe med alder, fra om lag 9 prosent ved 5 år til rundt 17 prosent ved 18 år. Forskjeller etter tid i vedvarende lavinntekt er svært små, med svakt høyere nivåer blant barn som var i lavinntekt mesteparten av tiden. Verdiane viser et gjennomsnitt på tvers av migrasjonsbakgrunn (se [tabell V8.7](#)). Ved 18 år ligger nivåene høyest blant barn med to norskfødte foreldre, lavere blant barn med én norskfødt og én utenlandsfødt foreldre, og lavest blant første- og andregenerasjonsinnvandrere. Som for de øvrige diagnosene er imidlertid variasjonen etter barnefattigdom innen hver gruppe liten. Kjønnssdelte tall viser høyere nivåer for gutter enn for jenter i alle migrasjonsgrupper, og inntektsforskjellene er små også her (se [figur V8.7](#)). Blant andregenerasjonsinnvandrere er nivået marginalt høyere blant dem som aldri var i lavinntekt enn blant dem med noe lavinntekt, som kan reflektere forskjeller i bruk av helsetjenester. Oppsummert er det ubetydelige forskjeller etter inntekt ved alle aldre (RD < 0,5; RR = 1,0).

²⁹ Skadediagnoser fra ICPC-2 flere kapitler utenom kapittel S (Hud) og L (Muskel- og skjelettsystemet), blant annet kapittel A (Allmenn og uspesifisert), B (Blod, bloddannende organer og immunsystem), D (Fordøyelsessystemet), F (Øye), H (Øre), K (Hjerte- og karsystemet), N (Nervesystemet), R (Luftveier), T (Endokrine, ernærings- og metabolske sykdommer), U (Urinveier), X (Kvinnelige kjønnsorganer) og Y (Mannlige kjønnsorganer).

Tabell V8.7: Risiko for å ha fått andre skader ved 5, 12 og 18 år, etter andelen år i vedvarende lavinntekt.

Tid i vedv. lavinnt.	Alder		
	5	12	18
Aldri	9,1	14,3	17,1
Sjelden	9,2	14,4	17,2
Halvparten	9,3	14,5	17,4
Mesteparten	9,4	14,7	17,6
RD: Mesteparten–Aldri	0,3	0,4	0,5
RR: Mesteparten/Aldri	1,0	1,0	1,0

Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). RD viser risikodifferansen, og RR viser risikoforholdet, brukt til å sammenligne de ulike inntektsgruppene.



Figur V8.7: Risiko for å ha fått andre skader etter alder og andel tid i vedvarende lavinntekt (VLI) gruppert etter migrasjonsbakgrunn og kjønn. De fargede linjene viser andelen år i VLI: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). Migrasjonsbakgrunn er kategorisert som følgende: Uten (barn med to norskfødte foreldre), 1+1 (én norskfødt og én utenlandsfødt forelder), 2. gen (norskfødte med to innvandrerforeldre), 1. gen (født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre).

11.6.1.8 Oppsummering av primærhelsetjenestebruk

De diagnosespesifikke funnene gjenspeiler i stort den generelle bruken av fastlege og legevakt vist innledningsvis. Generelt er det små forskjeller etter inntekt, på tvers av barns alder, kjønn og migrasjonsbakgrunn. Der vi ser noen forskjeller, virker det som bruken er noe mindre blant barn i familier med vedvarende lavinntekt enn blant øvrige barn. Dette var tydeligst for skader og sykdommer i muskel- og skjelettsystemet.

11.6.2 Diagnoser av fysiske helseproblemer i spesialisthelsetjenesten

Vi har data på 1 331 400 barn i alderen 1–18 år med diagnoseinformasjon fra 2007 til 2023 (gjennomsnittlig observasjonstid 11 år) fra spesialisthelsetjenesten. Selv om ICD-10-systemet i spesialisthelsetjenesten gir en detaljert inndeling av symptomer og plager, bygger vår analyse på en langt grovere gruppering. Vi har samlet fysiske diagnoser i skader, infeksjoner, medfødte tilstander og andre diagnoser (inkludert fedme). Skader omfatter hendelser der kroppen er utsatt for et fysisk traume, som kutt, brudd eller forstuing. Infeksjoner viser til tilstander der bakterier, virus eller andre mikroorganismer fører til sykdom. Medfødte tilstander dekker strukturelle eller funksjonelle avvik som er til stede fra fødselen. Andre diagnoser brukes om tilstander som beskriver sykdom eller funksjonssvikt uten ytre skade eller smitte som hovedårsak, og grupperingene er nærmere omtalt i enkeltanalysene under.

11.6.2.1 Samlet forekomst av fysiske helsediagnoser

Gruppen omfatter fysiske helseproblemer registrert som diagnoser i spesialisthelsetjenesten.³⁰ Andelen som får minst én slik diagnose i spesialisthelsetjenesten er høy og øker med alder, mens forskjellene etter tid i vedvarende lavinntekt er små. Nivået stiger fra om lag 58 prosent ved 5 år til rundt 92 prosent ved 18 år – når vi benytter data over en 14-års periode. Dette er et svært høyt tall, og innebærer at nær alle (9 av 10) barn i Norge har vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten i barndommen. Dette understøttes av *Helseatlas for barn* (SKDE 2025), som viser at hele 32 prosent av barn 0-18 år er i kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste årlig. I denne rapporten har vi ikke skilt mellom behandling av offentlig finansierte spesialister (som for eksempel øye- leger eller øre-, nese- og halsleger) eller behandling på sykehus (enten poliklinisk eller innleggende), men tall fra atlasen viser at bare rundt 10 prosent av kontaktene innebærer innleggelse i sykehus (ibid). Dette betyr at de resterende 90 prosentene er polikliniske kontakter, enten i eller utenfor sykehus.

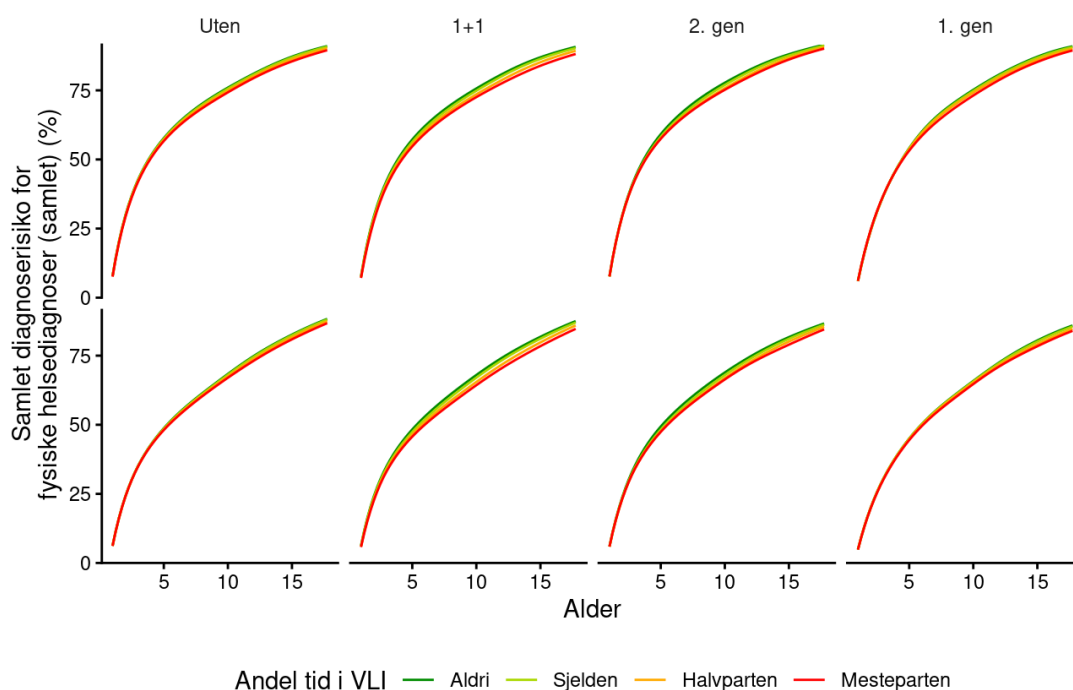
Våre tall viser videre at det er lavere kontaktnivåer blant barn som var i lavinntekt mesteparten av tiden (se [tabell V8.8](#)). Bruksnivået er svært likt på tvers av migrasjonsbakgrunn ved 18-års alder, på hele 93 prosent blant de som aldri var i lavinntekt. Det er også små forskjeller innen hver gruppe etter barnefattigdom (se [figur V8.8](#)). Kjønnsdelte tall viser noe høyere nivåer for gutter enn for jenter i alle grupper etter migrasjonsbakgrunn, men inntektsforskjellene er små også her. Blant første- og andregenerasjonsinnvandrere er nivået ofte høyere blant de som aldri var i lavinntekt enn blant de med noe lavinntekt. Dette kan speile forskjeller i bruk av helsetjenester (og ikke nødvendigvis helse), selv om det er mindre grunn til å anta ulik bruk i spesialisthelsetjenesten enn i primærhelsetjenesten (som tidligere nevnt). Dette skyldes at terskelen for bruk er høyere for alle grupper, samtidig som bruken nok er mindre påvirket av ulikheter i hjelpesøkende atferd etter for eksempel migrasjonsbakgrunn og/eller inntekt. Oppsummert finner vi ubetydelige forskjeller i bruk av spesialisthelsetjenesten for alle diagnoser samlet (RD < -1.6; RR = 1).

³⁰ Diagnoser fra flere ICD-10 kapitler utenom kapittel F (Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser)

Tabell V8.8: Risiko for å ha fått en fysisk helsediagnose (samlet) ved 5, 12 og 18 år, etter andelen år i vedvarende lavinntekt.

Tid i vedv. lavinnt.	Alder		
	5	12	18
Aldri	60,7	84,0	92,7
Sjelden	60,3	83,7	92,5
Halvparten	59,9	83,0	92,0
Mesteparten	59,5	82,4	91,4
RD: Mesteparten–Aldri	-1,2	-1,6	-1,3
RR: Mesteparten/Aldri	1,0	1,0	1,0

Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). RD viser risikodifferansen, og RR viser risikoforholdet, brukt til å sammenligne de ulike inntektsgruppene.



Figur V8.8: Risiko for å ha fått en fysisk helsediagnose (samlet) etter alder og andel tid i vedvarende lavinntekt (VLI) gruppert etter migrasjonsbakgrunn og kjønn. De fargede linjene viser andelen år i VLI: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). Migrasjonsbakgrunn er kategorisert som følgende: Uten (barn med to norskfødte foreldre), 1+1 (én norskfødt og én utenlandsfødt forelder), 2. gen (norskfødte med to innvandrerforeldre), 1. gen (født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre).

11.6.2.2 Pre- og perinatale sykdommer

Gruppen omfatter "tilstander rundt fødsel og medfødte misdannelser" registrert som diagnoser i spesialisthelsetjenesten, og de mest vanlige er medfødt hjertefeil, kromosomavvik (inkludert Downs

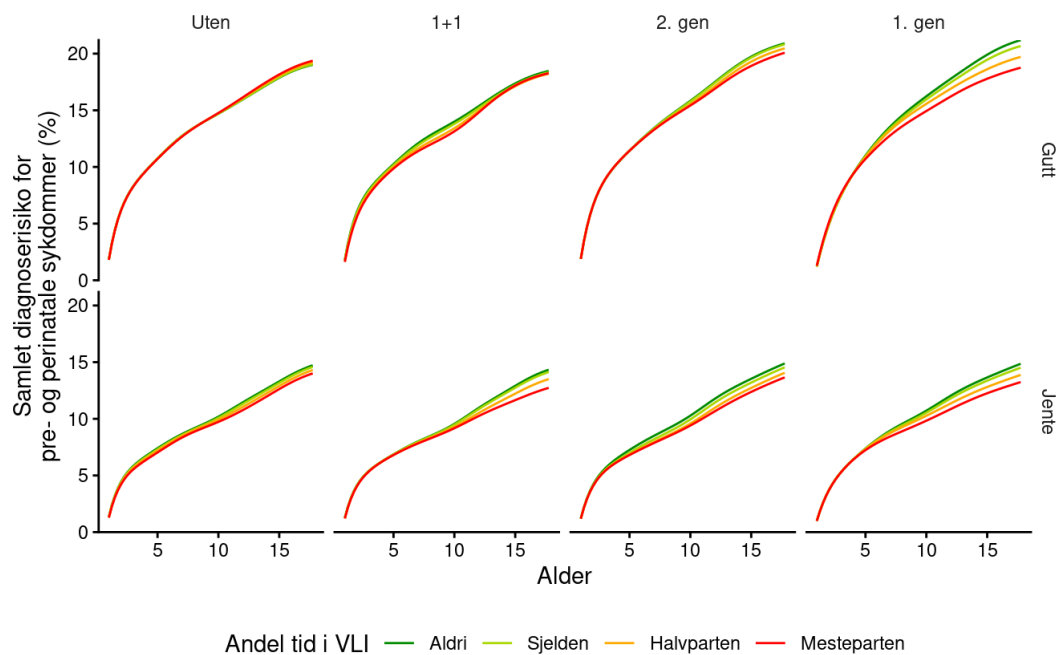
syndrom) og hypospadi.³¹ Den samlede risikoen øker med alder og varierer lite etter tid i vedvarende lavinntekt. Nivået ligger rundt 9 prosent ved 5 år og om lag 17 prosent ved 18 år, med svakt lavere nivåer blant barn som var i lavinntekt mesteparten av tiden. Verdiene er et gjennomsnitt på tvers av migrasjonsbakgrunn (se *tabell V8.9*). Ved 18 år er nivåene høyest blant første-, noe lavere blant andregenerasjonsinnvandrere, og lavest blant barn med to norskfødte foreldre og barn med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder. Forskjellene etter barnefattigdom innen hver gruppe er små, men disse tilstandene synes mindre vanlig med mer fattigdom (se *figur V8.9*). Kjønnsdelte tall viser høyere nivåer for gutter enn for jenter i alle migrasjonsgrupper, med små inntektsforskjeller også her. Oppsummert er det ubetydelige forskjeller etter inntekt for pre- og perinatale sykdommer ved alle aldre (RD < -0,5; RR = 1,0).

Tabell V8.9: Risiko for å ha fått pre- og perinatale sykdomsdiagnoser ved 5, 12 og 18 år, etter andelen år i vedvarende lavinntekt.

Tid i vedv. lavinnt.	Alder		
	5	12	18
Aldri	9,1	13,8	17,0
Sjelden	9,0	13,7	16,9
Halvparten	8,9	13,6	16,7
Mesteparten	8,8	13,4	16,5
RD: Mesteparten–Aldri	-0,2	-0,4	-0,5
RR: Mesteparten/Aldri	1,0	1,0	1,0

Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). RD viser risikodifferansen, og RR viser risikoforholdet, brukt til å sammenligne de ulike inntektsgruppene.

³¹ Diagnoser fra ICD-10 kapittel P (Perinatale tilstander) og kapittel Q (Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik). At andelen øker over tid blant barn født i Norge, skyldes at noen tilstander ikke oppdages før senere i barndommen. For barn som har innvandret kan et senere diagnosetidspunkt skyldes at de ikke ble diagnostisert før de var registrert bosatt i Norge.



Figur V8.9: Risiko for å ha fått pre- og perinatale sykdomsdiagnoser etter alder og andel tid i vedvarende lavinntekt (VLI) gruppert etter migrasjonsbakgrunn og kjønn. De fargede linjene viser andelen år i barndommen i VLI: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). Migrasjonsbakgrunn er kategorisert som følgende: Uten (barn med to norskfødte foreldre), 1+1 (én norskfødt og én utenlandsfødt forelder), 2. gen (norskfødte med to innvandrerforeldre), 1. gen (født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre).

11.6.2.3 Kroniske luftveissykdommer

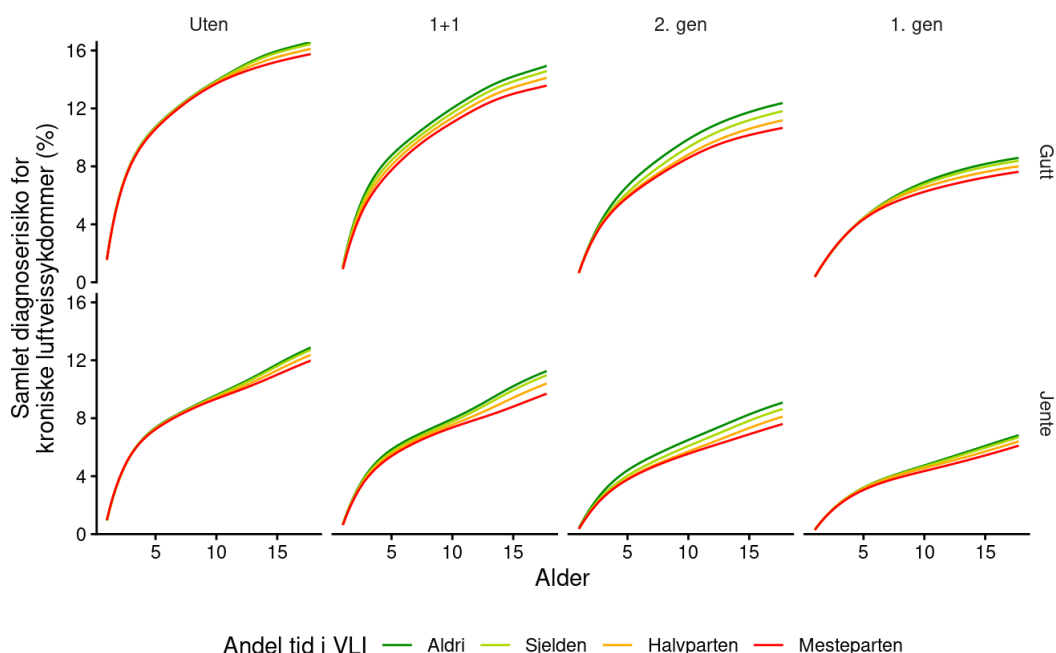
Gruppen omfatter kroniske luftveissykdommer registrert som diagnoser i spesialisthelsetjenesten.³² Forekomsten øker med alder. Den samlede risikoen stiger fra rundt 8 prosent ved 5 år til om lag 13 prosent ved 18 år blant barn som aldri var i lavinntekt, og ligger litt lavere for de som var i lavinntekt mesteparten av tiden (se [tabell V8.10](#)). Verdiene er et gjennomsnitt på tvers av migrasjonsbakgrunn. Ved 18 år er nivåene høyest blant barn med to norskfødte foreldre (om lag 13–14 %), noe lavere blant barn med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder, og lavest blant første- og andregenerasjonsinnvandrere (omtrent 7–10 %) (se [figur V8.10](#)). Figuren viser videre at forekomsten faller med økt barnefattigdom fra rundt skolealder for alle gruppene. Figuren viser også at gutter ligger høyere enn jenter i alle migrasjonsgrupper, men at betydningen av inntekt er lik for begge kjønn. Oppsummert er det små forskjeller etter inntekt også her (RD < -1.0; RR = 0,9-1,0), men en noe lavere bruk i gruppen som har levd lengst i fattigdom.

Tabell V8.10: Risiko for å ha fått en kronisk luftveissykdomsdiagnose ved 5, 12 og 18 år, etter andelen år i vedvarende lavinntekt.

³² Diagnoser fra ICD-10 kapittel J (Sykdommer i åndedrettssystemet)

Tid i vedv. lavinnt.	Alder		
	5	12	18
Aldri	8,2	11,7	13,7
Sjelden	8,1	11,5	13,5
Halvparten	8,0	11,3	13,1
Mesteparten	7,9	11,1	12,7
RD: Mesteparten–Aldri	-0,3	-0,6	-1,0
RR: Mesteparten/Aldri	1,0	0,9	0,9

Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($> 2/3$). RD viser risikodifferansen, og RR viser risikoforholdet, brukt til å sammenligne de ulike inntektsgruppene.



Figur V8.10: Risiko for å ha fått en kronisk luftveissykdomsdiagnose etter alder og andel tid i vedvarende lavinntekt (VLI) gruppert etter migrasjonsbakgrunn og kjønn. De fargede linjene viser andelen år i VLI: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($> 2/3$). Migrasjonsbakgrunn er kategorisert som følgende: Uten (barn med to norskfødte foreldre), 1+1 (én norskfødt og én utenlandsfødt forelder), 2. gen (norskfødte med to innvanderforeldre), 1. gen (født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre).

11.6.2.4 Ulykker og skader

Gruppen omfatter skader, forgiftninger og andre konsekvenser av ulykker registrert som diagnoser i spesialisthelsetjenesten.³³ Andelen som får minst én slik diagnose i spesialisthelsetjenesten øker med

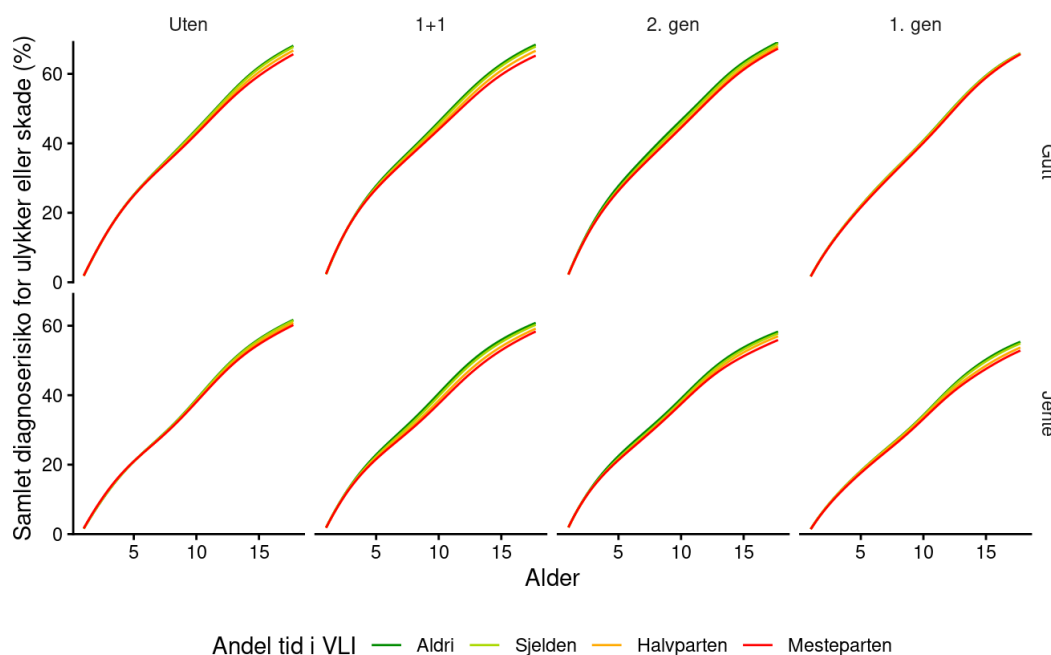
³³ Diagnoser fra ICD-10 kapittel S og T (Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker).

alder, men forskjellene etter tid i vedvarende lavinntekt er små. Nivået stiger fra 23 prosent ved 5 år til rundt 64 prosent ved 20 år, med svakt høyere nivåer ved mer barnefattigdom. Verdiene er gjennomsnitt på tvers av migrasjonsbakgrunn (se [tabell V8.11](#)). Ved 18 år ligger nivåene høyest blant barn med to norskfødte foreldre, lavere blant barn med én norskfødt og én utenlandsfødt forelder, og lavest blant andregenerasjonsinnvandrere, mens førstegenerasjonsinnvandrere ligger mellom disse nivåene. Som figuren viser, er imidlertid variasjonen etter barnefattigdom liten innen hver gruppe (se [figur V8.11](#)). Nivåene for gutter er høyere enn for jenter i alle migrasjonsgrupper, og inntektsforskjellene er små også her. Oppsummert er det små til ubetydelige forskjeller etter inntekt (RD < -2,0; RR = 1,0).

Tabell V8.11: Risiko for å ha fått en ulykke- eller skadediagnose ved 5, 12 og 18 år, etter andelen år i vedvarende lavinntekt.

Tid i vedv. lavinnt.	Alder		
	5	12	18
Aldri	23,5	49,2	64,4
Sjelden	23,3	48,9	64,1
Halvparten	23,2	48,1	63,3
Mesteparten	23,1	47,6	62,4
RD: Mesteparten–Aldri	-0,4	-1,6	-2,0
RR: Mesteparten/Aldri	1,0	1,0	1,0

Kategoriene viser andelen år i barndommen i vedvarende lavinntekt: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($> 2/3$). RD viser risikodifferansen, og RR viser risikoforholdet, brukt til å sammenligne de ulike inntektsgruppene.



Figur V8.11: Risiko for å ha fått en ulykke- eller skadediagnose etter alder og andel tid i vedvarende lavinntekt (VLI) gruppert etter migrasjonsbakgrunn og kjønn. De fargede linjene viser andelen år i barndommen i VLI: Aldri (0), Sjelden ($\leq 1/3$), Halvparten ($1/3-2/3$) og Mesteparten ($>2/3$). Migrasjonsbakgrunn er kategorisert som følgende: Uten (barn med to norskfødte foreldre), 1+1 (én norskfødt og én utenlandsfødt forelder), 2. gen (norskfødte med to innvandrerforeldre), 1. gen (født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre).

11.6.2.5 Oppsummering av spesialisthelsetjenestebruk

De diagnosespesifikke funnene gjenspeiler i stort fraværet av forskjeller etter inntekt i den generelle bruken vist innledningsvis. Vi finner generelt små forskjeller etter inntekt, på tvers av barns alder, kjønn og migrasjonsbakgrunn. Unntaket er fedmediagnoser, hvor barn i lavinntekt synes å være spesielt utsatt. Her er våre funn i tråd med andres (Chung mfl. 2016; Lai mfl. 2019). De er også i tråd med en norsk nabolagsstudie (Coutinho mfl. 2023). Andre norske studier har stort sett undersøkt betydningen av mors utdanning og samlivsstatus (som er assosiert med inntekt), men understøtter også våre funn om økt forekomst i lavere sosiale lag (Biehl mfl. 2013, 2014). Dette ser vi også tendenser til for transportulykker, uten at dette kan forklares nærmere.

Der vi ellers ser forskjeller, ser det ut som bruken er mindre blant barn i lavinntekt sammenlignet med andre barn. Våre funn står dermed i kontrast til funn om økt utvikling kroniske luftveissykdommer (som astma) blant barn i familier med lavinntekt i Canada og Australia (Béatrice mfl. 2012; Kozyrskij mfl. 2010), men er i tråd med en studie på sykehusinnleggelser fra New Zealand som viser ingen eller en svært svak sammenheng med barnefattigdom (Shackleton mfl. 2021). Generelt fant vi større forskjeller etter alder, migrasjonsbakgrunn og kjønn enn etter fattigdom, som dels står i motsetning til studiene som er vist til innledningsvis i kapittel 8.

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Mars 2026
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no