Ójöfnuður í heilsu á Íslandi

Ástæður og árangursríkar aðgerðir til úrbóta

Greining á gögnum rannsóknarinnar
Heilsa og líðan Íslendinga

Maí 2021

Embætti landlæknis
Directorate of Health

Embætti landlæknis
Directorate of Health

Ójöfnuður í heilsu á Íslandi
Ástæður og árangursríkar aðgerðir til úrbóta

Greining á gögnum rannsóknarinnar
Heilsa og líðan Íslendinga

Höfundar:
Sigríður Haraldsd. Elínardóttir
Hildur Björk Sigbjörnsdóttir
Jón Óskar Guðlaugsson

Mynd á forsíðu: Lene Zachariassen

Útgefandi:
Embætti landlæknis
Katrínartúni 2,
101 Reykjavík
www.landlaeknir.is

Reykjavík 2021

© 2021 Embætti landlæknis
Rit þetta má ekki afrita með neinum hætti,
svo sem ljósmyndun, prentun, hljóðritun eða
á annan sambærilegan hátt, að hluta eða í heild,
án þess að geta heimildar.

Efnisyfirlit

Formáli **3**

Útdráttur **4**

Inngangur **5**

Jöfnuður í heilsu 5

Ójöfnuður í heilsu í Evrópu **8**

Merki um ójöfnuð í heilsu á Íslandi **10**

Greining gagna rannsóknarinnar Heilsa og líðan Íslendinga **12**

Yfirlitsmynd af heilsufarslegum jöfnuði á Íslandi 12

Greining eftir kyni, menntun og erfiðleikum við að ná endum saman 13

Hlutfallstala ójöfnuðar og dreifing ójöfnuðar 13

Samantekt á helstu niðurstöðum **17**

Heilsufar *17*

Lifnaðarhættir *17*

Búsetuskilyrði *17*

Félags- og mannauður *17*

Atvinna og vinnuaðstæður *18*

Fjárhagslegt öryggi og félagsleg vernd *18*

Stefnur og aðgerðir stjórnvalda sem draga úr ójöfnuði **19**

Á hvaða sviðum er brýnast að grípa til aðgerða? 20

Lokaorð **22**

Heimildir **23**

Viðauki **25**

Lykilvísar í kaflanum heilsufar og líðan 25

Hlutfall fullorðinna sem metur líkamlega heilsu sína sæmilega eða lélega *25*

Hlutfall fullorðinna sem metur andlega heilsu sína sæmilega eða lélega *27*

Hlutfall fullorðinna sem býr við takmarkanir í daglegu lífi vegna heilsufars *29*

Hlutfall fullorðinna sem segist vera með sykursýki *30*

Hlutfall fullorðinna sem metur hamingju sína að minnsta kosti 8 á skalanum 1-10 ..... *32*

Lykilvísar í kaflanum lifnaðarhættir 34

Hlutfall fullorðinna sem reykir daglega *34*

Hlutfall offitu meðal fullorðinna *36*

Hlutfall fullorðinna sem sefur að jafnaði 6 klst. eða minna á nóttu *38*

Hlutfall fullorðinna sem borðar grænmeti að minnsta kosti tvisvar á dag *40*

Hlutfall fullorðinna sem drekkur áfengi að minnsta kosti tvisvar í viku *42*

Hlutfall fullorðinna sem hjólar eða gengur þrisvar sinnum í viku eða oftar til vinnu eða skóla *44*
Lykilvísar í kaflanum búsetuskilyrði 46
Hlutfall fullorðinna sem óttast glæpi þar sem það býr *46*
Lykilvísar í kaflanum félags- og mannauður 48
Hlutfall fullorðinna sem ber lítið traust til annars fólks *48*
Hlutfall fullorðinna sem segist vera einmana *50*
Hlutfall fullorðinna sem ver 20 klst. eða meira á viku með fjölskyldu og vinum *52*
Lykilvísar í kaflanum atvinna og vinnuaðstæður 54
Hlutfall fullorðinna sem hefur verið atvinnulaus í meira en 6 mánuði *54*
Lykilvísar í kaflanum fjárhagslegt öryggi og félagsleg vernd 56
Hlutfall fullorðinna sem segist hafa átt frekar/mjög erfitt með að ná endum samanfjárhagslega undanfarna 12 mánuði *56*
Hlutfall fullorðinna með háskólapróf *57*

Formáli

Í júní 2019 kallaði Evrópuskrifstofa Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar (WHO) fulltrúa aðildarlanda til ráðstefnu í Ljubljana í Slóveníu þar sem kynnt var ný stöðuskýrsla stofnunarinnar um ójöfnuð í heilsu í Evrópu. Stöðuskýrslan var unnin með það að markmiði að öðlast betri skilning á því hvað veldur ójöfnuði í heilsu og hvað stjórnvöld geti gert til þess að ná meiri jöfnuði. Í lok ráðstefnunnar var samþykkt yfirlýsing um jöfnuð í heilsu, *The Ljubljana Statement on Health Equity*. Endanleg skýrsla verkefnisins var lögð fram á ársfundi Evrópuskrifstofu WHO í september sama ár og samþykkt ályktun þess efnis að brýnt væri að vinna hraðar að því að auka jöfnuð í heilsu þar sem enginn er skilinn eftir. Aðildarlönd voru hvött til að vinna ötullega að innleiðingu ályktunarinnar í hverju landi fyrir sig.

Heilbrigðisráðuneytið tilnefndi starfsmann embættis landlæknis, fyrsta höfund þessarar skýrslu, til þátttöku í ráðstefnunni í Ljubljana. Þær upplýsingar sem fram komu á ráðstefnunni í Ljubljana og ályktunin sem samþykkt var á ársfundi Evrópuskrifstofu WHO voru embættinu hvatning til þess að vinna þessa skýrslu. Með henni er vilji til þess að koma á framfæri stöðu ójöfnuðar í heilsu á Íslandi og kynna þá miklu og góðu vinnu sem unnin hefur verið af Evrópuskrifstofu WHO.

Embætti landlæknis mun áfram fylgjast með heilsufarslegum ójöfnuði með því að greina gögn stofnunarinnar og koma þeim á framfæri. Þá mun embættið enn fremur halda áfram að styðja sveitarfélög, skóla og vinnustaði í markvissu starfi sem spornar gegn ójöfnuði í heilsu og stuðlar að heilsu og vellíðan allra. Til þess að koma ójöfnuði í heilsu á dagskrá og til að draga úr heilsufarslegum ójöfnuði þarf vitneskju um hvort hann er til staðar í samfélaginu og þá hvernig hann er tilkominn. Til þess þarf að mæla, fylgjast með og sundurgreina gögn. Ójöfnuður í heilsu og vellíðan er ekki endilega sýnilegur ef eingöngu er litið á landsmeðaltöl. Kafa þarf dýpra og greina gögn fyrir afmarkaða hópa eftir tilteknum samfélagslegum þáttum sem þekkt er að tengist ójöfnuði í heilsu. Ef ekki liggur fyrir hvaða hópar standa höllum fæti með tilliti til heilsu og líðanar er hætt við að ekki sé unnt að ráðast í viðeigandi aðgerðir og úrbætur.

Landlæknir vill færa skýrsluhöfundum sérstakar þakkir fyrir vandaða og mikilvæga vinnu. Við gerð þessarar skýrslu lásu fjölmargir einstaklingar yfir, veittu góð ráð og bentu á það sem betur mætti fara. Eru prófessorunum Rúnari Vilhjálmssyni, Sigrúnu Ólafsdóttur og Stefáni Hrafni Jónssyni færðar sérstakar þakkir fyrir góðan yfirlestur og gagnlegar ábendingar. Þá er þeim Agnesi Gísladóttur og Védísi Helgu Eiríksdóttur á heilbrigðisupplýsingasviði embættis landlæknis og Gígju Gunnarsdóttur og Dóru Guðrúnu Guðmundsdóttur á lýðheilsusviði embættisins þakkað fyrir yfirlestur, góð ráð og hvatningu.

Niðurstaða skýrslunnar er skýr; ójöfnuður í heilsu er til staðar, jafnt á Íslandi sem í öðrum löndum. Ástæður eru margslungnar og vinna þarf að auknum jöfnuði út frá bestu þekkingu og reynslu með víðtæku samstarfi þvert á málefnasvið og stofnanir. Það er nefnilega þannig að heilsa er ekki einungis viðfangsefni heilbrigðiskerfisins heldur samfélagsins alls.

Alma D. Möller landlæknir

Útdráttur

Þrátt fyrir almennt batnandi heilsu og vellíðan jarðarbúa undanfarna áratugi er enn til staðar ójöfnuðurí heilsu eftir löndum, svæðum og þjóðfélagshópum. Fer þessi ójöfnuður síst minnkandi. Þetta hefur komið fram í greiningarvinnu Evrópuskrifstofu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) og Norrænu velferðarmiðstöðvarinnar (NVS) en auk þeirra hafa fjölmargrar aðrar stofnanir og fræðafólk gert ítarlega grein fyrir heilsufarslegum ójöfnuði.

Þegar gögn rannsóknarinnar Heilsa og líðan Íslendinga eru greind með tilliti til ójöfnuðar eru niðurstöður í samræmi við niðurstöður WHO og NVS. Þær gefa til kynna að heilsufarslegur ójöfnuður sé til staðar milli þjóðfélagshópa hér á landi. Þeir sem hafa styttri skólagöngu að baki eða eiga erfiðara með að ná endum saman búa almennt við verri heilsu og lifnaðarhætti heldur en þeir sem hafa verið lengur í skóla eða búa við betri efnahag. Vísbendingar eru um að þessi heilsufarslegi ójöfnuður hafi í mörgum tilvikum aukist milli áranna 2012 og 2017.

Lykilstef í heimsmarkmiðum Sameinuðu þjóðanna er jöfnuður, þar sem hvorki einstaklingar né hópar verða skildir útundan. Það sama á við um íslenska heilbrigðisstefnu og heilbrigðisstefnu Evrópu. Mikilvægt er að veita heilsufarslegum ójöfnuði aukna athygli, taka ábyrgð á vandanum, skilja hann og innleiða lausnir svo draga megi úr honum.

Að mati WHO hafa tilteknir samfélagsþættir mest áhrif á heilsufarslegan ójöfnuð, þ.e. skortur á fjárhagslegu öryggi og félagslegri vernd auk skorts á öruggu húsnæði og fullnægjandi búsetuskilyrðum. Aðgerðir innan heilbrigðisþjónustu einar og sér duga ekki til að ná fram afgerandi breytingum á ójöfnuði í heilsu. Öll svið hins opinbera verða að koma þar að og bera sameiginlega ábyrgð á því að skapa þegnunum heilsusamlegt umhverfi. Rannsóknir sýna að mestum breytingum á heilsufarslegum ójöfnuði má ná fram með stjórnvaldsaðgerðum sem eru utan heilbrigðiskerfisins. Aðgerðir sem tryggja almenna menntun og fjárhagslegt öryggi ráða þannig miklu um hvort fólk hafi nauðsynlegar bjargir til þess að takast á við áskoranir daglegs lífs.

Áður en nýjum stefnum og aðgerðum er hrint í framkvæmd, á hvaða málefnasviði sem er, er mikilvægt að leggja formlega mat á möguleg áhrif þeirra á lýðheilsu og heilsufarslegan jöfnuð. Þá er ekki síður brýnt að meta áhrif þeirra aðgerða sem þegar hafa verið innleiddar.

Inngangur

Óumdeilt er að heilsufar íbúa heims hefur batnað verulega undanfarna áratugi. Lífslíkur hafa til að mynda aukist um allan heim þó að vissulega hafi hægt á þessari þróun hin síðari ári. Þannig gátu íbúar OECD ríkjanna vænst þess að lifa í 80,7 ár að meðaltali árið 2017 eða um 10 árum lengur en íbúar sömu ríkja árið 1970 [1]. Skilvirkari og betri heilbrigðiskerfi hafa ýtt undir þessa þróun þar sem gæði heilbrigðisþjónustunnar hafa aukist og aðgengi að henni batnað. Hið sama má segja um ýmis önnur kerfi samfélaga. Þannig hafa ýmsir áhrifaþættir heilbrigðis einnig haft jákvæð áhrif á heilsufar og lífslíkur, svo sem betri afkoma og aukin menntun auk þess sem ýmis stefnumörkun stjórnvalda hefur ýtt undir heilbrigðari lifnaðarhætti. Má þar m.a. nefna takmarkanir á aðgengi að tóbaki og áfengi, bann við reykingum á opinberum stöðum, bætt aðgengi að ábyrgu íþrótta- og æskulýðsstarfi, takmörkun á útivistartíma barna, bætta innviði fyrir göngu og hjólreiðar og slysavarnir af ýmsum toga. Slíkar aðgerðir eru til þess fallnar að skapa umhverfi sem styður við heilbrigði og vellíðan íbúa.

Þrátt fyrir batnandi heilsu og vellíðan þegar á heildina er litið er ljóst að ójöfnuður í heilsu fyrirfinnst enn, bæði á milli landa en ekki síður hjá tilteknum hópum innan einstakra landa [2]. Þannig voru lífslíkur við fæðingu á Íslandi 82,7 ár árið 2017 eða tveimur árum lengri en meðallífslíkur íbúa OECD-ríkjanna það sama ár og nærri tuttugu árum lengri en lífslíkur þeirra sem fæðast og búa í Suður-Afríku. Á hinn bóginn gátu þrítugir íslenskir karlmenn, með lægst menntunarstig, vænst þess að lifa nærri fimm árum skemur árið 2019 heldur en kynbræður þeirra hér á landi með lengsta skólagöngu að baki [3]. Þá hefur heimsfaraldur af völdum COVID-19 síst dregið úr efnahagslegri misskiptingu og heilsufarslegum ójöfnuði víða um heim þótt ekki hafi verið sýnt fram á það hérlendis með óyggjandi hætti enn sem komið er. Varnaðarorð frá alþjóðastofnunum [4] og nýlegar erlendar rannsóknir [5-7] gefa til kynna að heimsfaraldurinn hafi bæði gert ójöfnuð í heilsu sýnilegri og aukið á hann.

Heilsufar virðist hafa sterk tengsl við félagslega lagskiptingu (e. *social stratification*). Þannig hefur fólk með hærra menntunarstig og/eða tekjur tilhneigingu til þess að búa við betri heilsu en þeir sem hafa minni menntun eða tekjur. Þessi áhrif menntunar og tekna snúa bæði að heilsuhegðun almennt og að heilsufari, sjúkdómum og dánartíðni. Rannsóknir hafa enn fremur sýnt að áhrif menntunar aukast eftir því sem menntunarárum fjölgar auk þess sem menntun og tekjur hafa áhrif á atvinnu, afkomu, viðhorf og heilsulæsi. Þessi tengsl heilsufars, menntunar og tekna verka í báðar áttir því vanheilsa hefur sömuleiðis áhrif á félagslega og efnahagslega stöðu einstaklinga. Með öðrum orðum, þeir sem búa við lakari andlega og/eða líkamlega heilsu hafa ekki alltaf sömu tækifæri til menntunar, atvinnu ogþátttöku í samfélaginu og þeir sem búa við betri heilsu [8]. Svo virðist sem þessi félagslegi ójöfnuður í heilsu fyrirfinnist í öllum löndum þrátt fyrir ólíka þjóðfélagsgerð, velferðarkerfi eða aðra þætti sem einkenna mismunandi samfélög. Þá ríkir ójöfnuður er heilsa kynjanna er annars vegar eins og vikið verður að síðar en heilbrigðisráðuneytið gaf nýverið út skýrslu þar að lútandi [9].

Jöfnuður í heilsu

Jöfnuður *(e. equity)* **í heilsu** ríkir þegar ekki er til staðar munur á heilsu milli ólíkra hópa fólks sem hægt hefði verið að koma í veg fyrir. Hér er átt við hópa sem eru skilgreindir út frá búsetu eða félagslegum, efnahagslegum eða lýðfræðilegum þáttum. Skilgreiningin felur í sér að allir eigi að fá tækifæri til þess að öðlast eins góða heilsu og möguleg er [10].

Meginmarkmið aðgerða sem stuðla að **heilsufarslegum jöfnuði** er að veita einstaklingum eða hópum stuðning í réttu hlutfalli við þarfir svo allir, óháð bakgrunni eða stöðu, eigi þess kost að búa við sem besta heilsu. Með markvissum ráðstöfunum er þannig unnt að draga úr ósanngjörnum heilsufarslegum mismun (mynd 1).

Mynd 1. Meginmarkmið aðgerða sem stuðla að heilsufarslegum jöfnuði er að veita einstaklingum stuðning í réttu hlutfalli við þarfir svo þeir geti búið við sem besta heilsu. Heimild: NASTAD.

Alþjóðastofnanir hafa um árabil verið meðvitaðar um mikilvægi þess að auka heilsufarslegan jöfnuð. Heimsmarkmið Sameinuðu þjóðanna um sjálfbæra þróun [11] voru samþykkt af fulltrúum allra aðildarríkja í september 2015. Markmiðin eru sautján talsins, ásamt fjölda undirmarkmiða, og gilda þau til ársins 2030. Samþykkt heimsmarkmiðanna kallar á að aðildarlöndin grípi til aðgerða sem miða meðal annars að því að styrkja heilsu og vellíðan fyrir alla (markmið 3), að útrýma fátækt í allri sinni mynd (markmið 1), að tryggja jafnrétti kynjanna (markmið 5), að draga úr ójöfnuði (markmið 10) og tryggja jafnan aðgang allra að góðri menntun (markmið 4). Lykiláhersla heimsmarkmiðanna er að enginn verði útundan við innleiðingu markmiðanna, hvorki einstaklingar né hópar (*Leave no one behind*). **Jöfnuður er því höfuðáhersla heimsmarkmiðanna**, bæði þegar kemur að aðgerðum innan einstakra landa sem og í alþjóðlegu samhengi. Þannig nægir ekki að horfa eingöngu á meðaltöl hvers lands þegar lagt er mat á árangur af innleiðingu markmiðanna [11]. Frekari greining, sem tekur m.a. til búsetu, menntunar og tekna, þarf að liggja til grundvallar, jafnt við árangursmat og mótun aðgerða.

Samhljómur er milli Heimsmarkmiða Sameinuðu þjóðanna og heilbrigðisstefnu Evrópu, *Health 2020 [12]*, en eitt af meginmarkmiðum heilbrigðisstefnunnar að draga úr heilsufarslegum ójöfnuði. Hægar gengur hins vegar að ná því markmiði en gert var ráð fyrir og nú er svo komið að tilteknir hópar fólks virðast jafnvel hafa dregist enn meira aftur úr þegar heilsa og vellíðan eru annars vegar. Afleiðing þessa er togstreita og klofningur sem ógnar þeim grunngildum um jafnræði, samstöðu og stöðugleika sem þjóðir Evrópu hafa orðið sammála um. Evrópuskrifstofa WHO leggur áherslu á mikilvægi þess að veita heilsufarslegum ójöfnuði aukna athygli, taka ábyrgð á vandanum og innleiða lausnir svo draga megi úr ójöfnuði. Telur stofnunin að það sé bæði framkvæmanlegt að ná fram auknum jöfnuði í heilsu og að það muni einnig hafa í för með sér efnahagslegan og félagslegan ávinning innan landa Evrópu.

Íslensk lög og stefnur, á mismunandi málefnasviðum hins opinbera, leggja einnig áherslu á jöfnuð. Ef nefnd eru dæmi af sviði heilbrigðismála er t.d. markmið laga um heilbrigðisþjónustu [13] að allir landsmenn eigi kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma er tök á að veita. Þá er markmið laga um sjúkratryggingar m.a. að tryggja sjúkratryggðum aðstoð til verndar heilbrigði og jafnan aðgang að heilbrigðisþjónustu óháð efnahag [14]. Heilbrigðisstefna fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu til ársins 2030, sem samþykkt var árið 2019, leggur enn fremur áherslu á jafnt

aðgengi að heilbrigðisþjónustu og upplýsingum sem gagnast til þess að lifa heilsusamlegu lífi [15]. Í lýðheilsustefnu frá árinu 2016 er svo mótuð stefna og aðgerðir sem stuðla eiga að heilsueflandi samfélagi fyrir alla [16].

Ísland hefur, líkt og önnur aðildarríki Sameinuðu þjóðanna, skuldbundið sig til að vinna skipulega að innleiðingu heimsmarkmiða Sameinuðu þjóðanna. Gott samræmi er á milli heimsmarkmiðanna og áhrifaþátta heilbrigðis og vellíðanar, þeirra þátta sem vitað er að skipta hvað mestu máli þegar stuðla á að heilsu og vellíðan allra (mynd 2).

Mynd 2. Áhrifaþættir heilbrigðis og vellíðanar og Heimsmarkmið Sameinuðu þjóðanna (Dahlgren og Whitehead (1991), aðlöguð útgáfa embættis landlæknis, 2019).

Í ljósi þeirrar ríku áherslu sem lögð hefur verið á jöfnuð, jafnt í íslenskri löggjöf og stefnumótum sem og í alþjóðasamþykktum af ýmsum toga er markmið þessarar skýrslu að veita yfirsýn yfir upplýsingar um ójöfnuð í heilsu á Íslandi og hvernig bregðast megi við honum. Í skýrslunni er vakin athygli á því að upplýsingar um ójöfnuð í heilsu á Íslandi eru ekki nýjar af nálinni en íslenskt fræðafólk hefur um langt árabil rannsakað og birt niðurstöður þar að lútandi. Kynnt verður nýleg greining Evrópuskrifstofu WHO á ójöfnuði í Evrópu [17] en sú greining er jafnframt kveikjan að þessari skýrslu. Gagnagreining WHO byggir alla jafna á gögnum samevrópskra heilsufarskannana en í þessari skýrslu er birt niðurstaða á greiningu gagna rannsóknarinnar Heilsa og líðan Íslendinga [18] m.t.t. ójöfnuðar. Ítarleg umfjöllun er um hvern og einn mælikvarða í sérstökum viðauka. Í lok skýrslunnar verður loks fjallað um þær aðgerðir sem rannsóknir hafa sýnt að séu árangursríkastar til þess að draga úr ójöfnuði.

Ójöfnuður í heilsu í Evrópu

Evrópuskrifstofa WHO setti fyrir nokkrum árum síðan af stað verkefnið *The WHO European Health Equity Status Report initiative (HESRi) [19].* Markmið þess er að öðlast betri skilning á orsökum heilsufarslegs ójöfnuðar og skapa þekkingarbrunn um gagnreyndar aðgerðir sem stjórnvöld geta beitt til þess að ná fram meiri jöfnuði í heilsu meðal þegna sinna. Afurðir þessarar vinnu eru skýrslan *Healthy, prosperous lives for all: The European Health Equity Status Report* [17] sem kom út árið 2019 og gagnvirkur vefur [20] sem inniheldur þau gögn sem verkefnið byggir á.

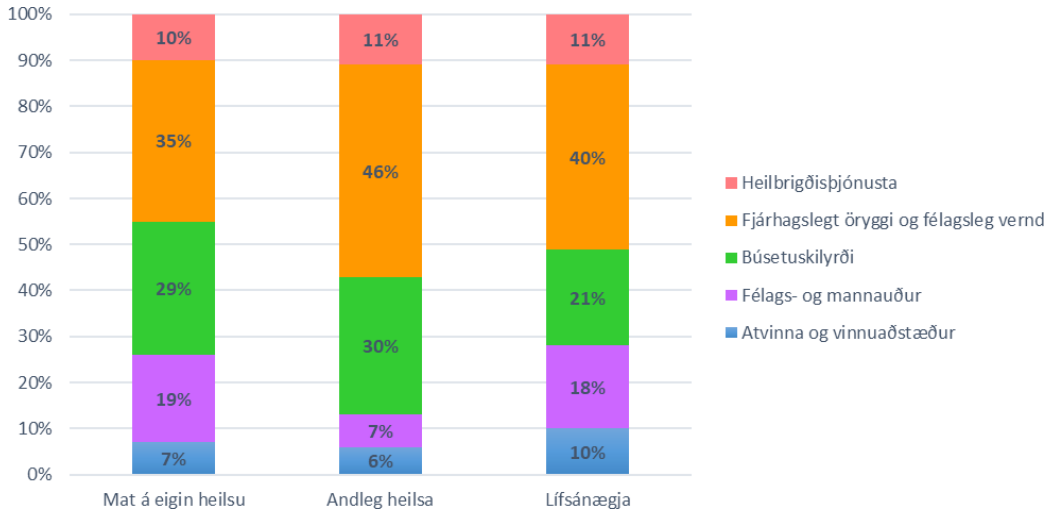
Í stuttu máli má segja að greiningarvinna Evrópuskrifstofu WHO hafi leitt í ljós að:

- Í öllum löndum sem tilheyra Evrópuskrifstofunni er merkjanlegur munur á heilsu og vellíðan milli þjóðfélagshópa sem annars vegar eru skilgreindir út frá menntunarstigi og hins vegar út frá tekjum.
- Ójöfnuður í heilsu fylgir félagslegri stigskiptingu (*e. social gradient*). Með því er átt við að eftir því sem félags- og efnahagsleg staða einstaklinga er lakari hefur heilsa þeirra einnig tilhneigingu til þess að vera lakari.
- Í mörgum löndum hefur munur á heilsu og vellíðan milli þjóðfélagshópa annað hvort staðið í stað eða aukist.

Að framansögðu er ljóst að ekki nægir að gera grein fyrir heilsufarslegum ójöfnuði með birtingu ýmissa mælinga þar að lútandi. Til þess að unnt sé að bregðast við stöðunni er nauðsynlegt að skilja hvaða samfélagslegu þættir og ákvarðanir það eru sem leiða til ójöfnuðar í heilsu. Samkvæmt greiningum sem liggja að baki skýrslu Evrópuskrifstofu WHO hafa eftirfarandi fimm samfélagsþættir mest áhrif á heilsufarslegan ójöfnuð [17]:

- Fjárhagslegt óöryggi og ónóg félagsleg vernd (heimsmarkmið 1, 8 og 10)
- Ójöfnuður í menntun og skortur á trausti (heimsmarkmið 4, 5, 10 og 16)
- Skortur á öruggu húsnæði og fullnægjandi búsetuskilyrðum (heimsmarkmið 2, 6, 7, 10 og 11)
- Atvinnuleysi, óhóflegur vinnutími og ófullnægjandi vinnuaðstæður (heimsmarkmið 5, 8 og 10)
- Ónóg gæði og aðgengi að heilbrigðisþjónustu (heimsmarkmið 3, 10)

Greining Evrópuskrifstofunnar gefur til kynna að þessir fimm helstu áhrifaþættir heilsufarslegs ójöfnuðar hafi mun breiðari skírskotun í heimsmarkmið Sameinuðu þjóðanna en einungis markmið 3 um að stuðla skuli að heilbrigðu líferni og vellíðan fyrir alla frá vöggu til grafar. Þá hafa athuganir Evrópuskrifstofu WHO enn fremur leitt í ljós að vægi hvers þáttar í heilsufarslegum ójöfnuði í Evrópu er misjafnt eftir því um hvaða mælikvarða er að ræða. Almennt má þó segja að þeir þættir sem hafa hvað mest áhrif á ójöfnuð virðast vera skortur á fjárhagslegu öryggi og félagslegri vernd auk skorts á öruggu húsnæði og fullnægjandi búsetuskilyrðum [17]. Sem dæmi má nefna mælikvarðann *„mat á eigin heilsu“* (mynd 3). Samkvæmt WHO má rekja um 35% af þeim ójöfnuði sem þar er til staðar til fjárhagslegs óöryggis og ónógrar félagslegrar verndar og 29% til skorts á öruggu húsnæði og fullnægjandi búsetuskilyrðum. Aðeins 10% má rekja beint til heilbrigðisþjónustunnar. Þessi mynd gefur til kynna að horfa þarf til mismunandi samfélagslegra þátta og samspils þeirra á milli vilji stjórnvöld draga úr heilsufarslegum ójöfnuði milli þjóðfélagshópa.



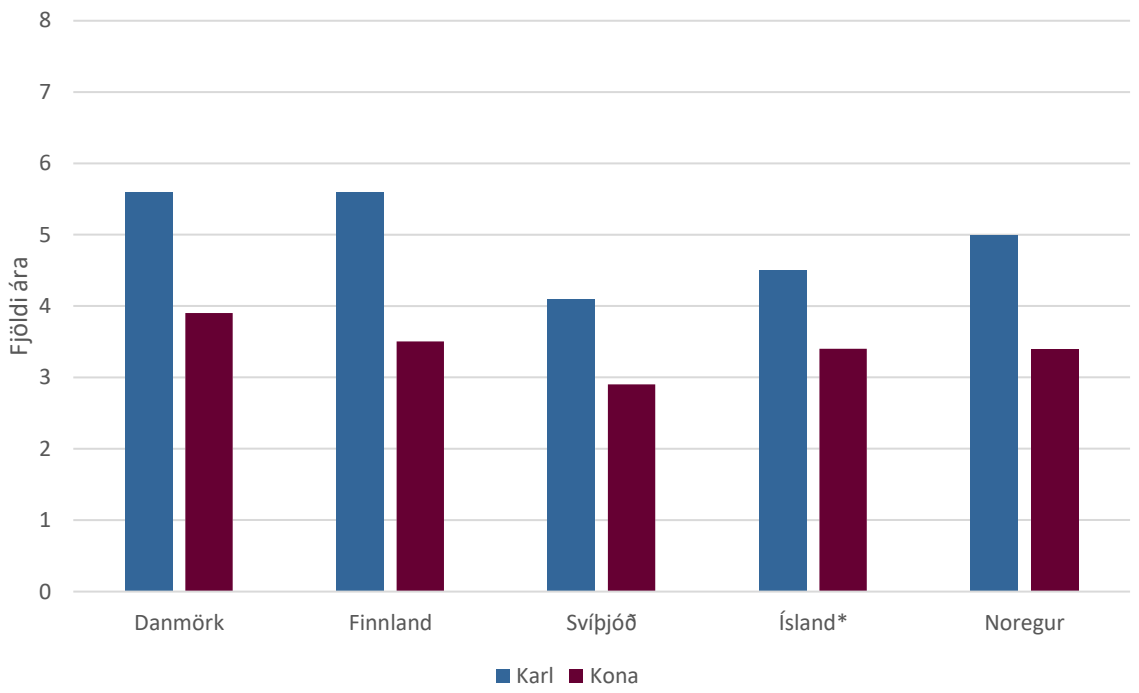
Mynd 3. Þættirnir fimm sem hafa áhrif á ójöfnuð í mælikvörðunum „Mat á eigin heilsu“, “Andleg heilsa“ og „Lífsánægja“. Heimild: Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report. [17]

Merki um ójöfnuð í heilsu á Íslandi

Gagnvirkur vefur Evrópuskrifstofu WHO gefur færi að á að skoða ýmsar lykilmælingar heilsu út frá ójöfnuði og enn fremur að bera stöðuna á Íslandi saman við önnur Evrópulönd. Í stuttu máli sagt gefur greiningarvinna stofnunarinnar til kynna að heilsufarslegur ójöfnuður milli þjóðfélagshópa sé til staðar á Íslandi og að það virðist síður en svo hafa dregið úr honum undanfarin ár. Mælingin *„Mat á eigin heilsu“* er algeng og almenn mæling sem sýnt hefur verið fram á að spái vel fyrir um sjúkdóma- og dánartíðni. Sé þessi mæling skoðuð fyrir Ísland á vef WHO má sjá að fullorðnir með lægri tekjur meta heilsu sína að öllu jöfnu verr en hinir efnameiri. Á það bæði við um konur og karla og tímabilið frá 2008 til 2016. Sömu tilheigingu má sjá ef gögnin eru greind eftir menntun. Litlu máli virðist skipta hvaða lykilmælingar eru teknar til skoðunar, heilsufarslegur ójöfnuður virðist í nær öllum tilfellum fylgja félagslegri stigskiptingu (*e. social gradient*). Með öðrum orðum, eftir því sem félags- og efnahagsleg staða einstaklinga er lakari hefur heilsa þeirra tilhneigingu til þess að vera lakari [20].

Í einhverjum tilvikum gefa gögn WHO til kynna að ójöfnuður sé mismikill eftir því hvort konur eða karlar eiga í hlut. Má þar nefna mælikvarðann *„Hlutfall einstaklinga sem býr við takmarkanir í daglegu lífi vegna heilsufars“.* Alla jafna býr lægra hlutfall einstaklinga við slíkar takmarkanir eftir því sem menntun þeirra er meiri. Hér á landi virðist þessi munur milli menntunarhópa vera meiri meðal kvenna en karla. Þá vekur það athygli að árið 2016 voru íslenskar konur með hæst menntunarstig líklegri til að búa við takmarkanir í daglegu lífi vegna heilsufars heldur en konur með miðlungs langa skólagöngu að baki [20]. Er það á skjön við stöðuna í öðrum löndum Evrópu þar sem konum með mestu menntunina er síður hætt við takmörkunum í daglegu lífi vegna heilsu en minna menntuðum konum. Þessu til viðbótarvirðist ójöfnuður, eins og hann birtist í þessum mælikvarða, lítið hafa breyst meðal íslenskra kvenna milli áranna 2008 og 2016. Á sama tímabili dró úr ójöfnuði meðal karla.

Merki um félagslegan ójöfnuð í heilsu á Íslandi koma úr fleiri áttum en frá Alþjóðaheilbrigðismálastofnunni. Árið 2019 gaf Norræna velferðarmiðstöðin (*Nordic Welfare Centre*) til að mynda út skýrsluna Mælikvarðar til mats á heilsufarslegum ójöfnuði á Norðurlöndunum *(Indicators for health inequality in the Nordic countries*). Í skýrslunni eru kynntar niðurstöður vinnu sem unnin var að tilstuðlan Norrænu ráðherranefndarinnar með það að markmiði að finna mælikvarða til mats á félagslegum ójöfnuði í heilsu á Norðurlöndunum [21]. Í skýrslunni eru kynntir sjö mælikvarðar sem eiga að geta nýst til að varpa ljósi á ójöfnuð í heilsu og auðvelda samanburð milli Norðurlandanna. Einn af þessum sjö mælikvörðum er *„Lífslíkur við 30 ára aldur, eftir menntunarstigi*“ (mynd 4). Skýr munur er í öllum norrænu löndunum í þá veru að einstaklingar með lengsta skólagöngu að baki mega að jafnaði eiga von á að lifa lengur en þeir sem skemmsta skólagöngu hafa. Tölur fyrir Ísland sýna t.d. að á árunum 2013-2017 gátu þrítugar konur með háskólamenntun vænst þess að lifa ríflega þremur árum lengur en kynsystur þeirra með skemmstu skólagönguna. Munurinn er enn meiri hjá körlum, eða 4-5 ár að jafnaði [21]. Tölur frá Hagstofu Íslands gefa enn fremur til kynna að undanfarinn áratug (2011-2019) hafi ævilengd frá 30 ára aldri aukist mest meðal háskólamenntaðra eða um 1,3 ár. Jókst hún minna meðal framhaldsskólamenntaðra á sama tímabili (1,1 ár) en stóð í stað hjá grunnskólamenntuðum [3]. Bilið milli menntunarhópa virðist því vera að aukast hér á landi þegar lífslíkur eru annars vegar.



Mynd 4. Lífslíkur einstaklinga við 30 ára aldur, munur í árum milli hæsta og lægsta menntunarstigs, 2016. *Tölur fyrir Ísland eru bráðabirgðatölur og sýna meðaltal áranna 2013-2017. Heimild: Indicators for health inequality in the Nordic countries [21]

Íslenskar rannsóknir, sem fengist hafa við ójöfnuð í heilsu hafa svipaða sögu að segja. Í yfirlitsgrein frá árinu 2005 rýnir Hólmfríður K. Gunnarsdóttir til að mynda fjölmargar íslenskar rannsóknir og er niðurstaða hennar sú að þær bendi með ótvíræðum hætti til þess að ójafnræðis gæti í heilsufari á Íslandi [22]. Í greininni segir m.a: *„Þeir sem eru verst settir félagslega og fjárhagslega, hafa stutta skólagöngu að baki og sinna ófaglærðum láglaunastörfum búa við verst heilsufar.“* Rannsóknir Rúnars Vilhjálmssonar hafa enn fremur sýnt fram á mismunandi aðgengi að heilbrigðisþjónustu milli þjóðfélagshópa. Hafa rannsóknir hans m.a. sýnt að kostnaðarbyrði vegna heilbrigðisþjónustu, eða hlutfall útgjalda af heimilistekjum, sé þyngst meðal þeirra sem hafa litla menntun og lágar tekjur [23] Þá eru tilteknir hópar líklegri en aðrir til að fresta því að leita sér nauðsynlegrar læknisþjónustu. Er þar einkum vísað til tekjulágra heimila, langveikra og öryrkja, þeirra sem glíma við fjárhagserfiðleika, hafa kostað miklu til heilbrigðisþjónustu, átt erfitt með að komast frá daglegum verkefnum og svo til þeirra sem voru óánægðir með síðustu heimsókn sína til læknis [24] [25]. Laufey Steingrímsdóttir og félagar komust að raun um að búseta utan höfuðborgarsvæðis, daglegar reykingar og minni menntun tengdust auknum líkum á offitu meðal kvenna á Íslandi [26]. Þá eru vísbendingar um að menntunarstig foreldra tengist tíðni ofþyngdar og offitu meðal unglinga á Íslandi [27]. Rannsókn á nýgengi krabbameina eftir menntunarhópum á Íslandi gaf niðurstöðu sem líkist niðurstöðum í öðrum löndum og staðfestir mismun á heilsu eftir þjóðfélagshópum sem þörf er á að horfast í augu við [28]. Þá hefur Sigrún Ólafsdóttir birt fjölda vísindagreina með áherslu á heilsu og jöfnuð um langt árabil, sem taka bæði til rannsókna á Íslandi og í öðrum löndum. Hún hefur rannsakað sérstaklega hvernig velferðarkerfi og heilbrigðiskerfi hafa áhrif á líf og heilsu einstaklinga. Að lokum má benda á að lýðheilsuvísar sem embætti landlæknis hefur gefið út árlega frá árinu 2016 hafa sýnt ójöfnuð í heilsu og áhrifaþáttum heilsu eftir búsetusvæðum [29].

Greining gagna rannsóknarinnar Heilsa og líðan Íslendinga

Að framansögðu er ljóst að félagsleg og efnahagsleg staða hefur víðtæk áhrif á heilsufarslegan jöfnuð. Fjölmargar rannsóknir og greiningar alþjóðastofnana hafa sýnt fram á það. Það liggur líka í augum uppi að fylgjast þarf með mælingum á heilsufarslegum ójöfnuði með reglubundnum og skipulegum hætti. Með þetta í huga var valið að greina niðurstöður tiltekinna spurninga úr viðamikilli rannsókn embættis landlæknis, Heilsa og líðan Íslendinga [18]. Gögn rannsóknarinnar hafa um árabil verið nýtt til margvíslegra vísindarannsókna en einnig greind með tilliti til breytileika í heilsu og líðan eftir búsetusvæðum og útkoman m.a. birt sem lýðheilsuvísar [29]. Í þessari greiningu er hins vegar áhersla lögð á að greina ójöfnuð í heilsu eftir félags- og efnahagslegri stöðu þátttakenda. Rannsóknin er úrtakskönnun sem lögð hefur verið fyrir landsmenn með reglubundnum hætti (2007, 2012 og 2017), án mikilla breytinga frá ári til árs. Ráðgert er að leggja hana áfram fyrir í náinni framtíð og nýta gögn hennar m.a. til þess að fylgjast áfram með ójöfnuði í heilsu. Var sú aðferðafræði sem Evrópuskrifstofa WHO hefur þróað og setti nýlega fram [17, 20] notuð við greiningu gagna.

Þó að rannsóknin Heilsa og líðan Íslendinga sé góð heimild um lýðheilsu hér á landi á hverjum tíma og sé embættinu og stjórnvöldum dýrmætur efniviður við ákvarðanatöku um aðgerðir er lúta að heilsu og velferð landsmanna þá er hún bundin ákveðnum annmörkum þegar varpa á ljósi á heilsufarslegan ójöfnuð. Rannsóknin nær þannig einungis til fullorðinna landsmanna og til þeirra sem tala íslensku. Tilteknir þjóðfélagshópar, þar á meðal börn og fólk af erlendum uppruna, eru því útilokaðir frá þessari greiningu en síðarnefndi hópurinn stendur gjarnan höllum fæti þegar jöfnuður er annars vegar. Að þessu sögðu er afar mikilvægt að enginn þjóðfélagshópur sé undanskilinn þegar meta á heilsu og vellíðan þjóða en meginmarkmið WHO og heimsmarkmiða Sameinuðu þjóðanna er jú að skapa aðstæður þar sem allir geta blómstrað og notið bestu heilsu sem möguleg er. Mikilvægt framfaraskref væri því ef rannsóknin Heilsa og líðan Íslendinga næði til sem flestra þjóðfélagshópa í framtíðinni og stefnir embætti landlæknis að því að svo megi verða.

Yfirlitsmynd af heilsufarslegum jöfnuði á Íslandi

Ein meginafurð þeirra greininga sem gerðar voru á gögnum rannsóknarinnar Heilsa og líðan Íslendinga er yfirlitsmynd af heilsufarslegum jöfnuði (*Health equity snapshot*) sem gerð er að fyrirmynd WHO (mynd 5). Í yfirlitsmyndinni eru birtir átján lykilvísar sem tengjast heilsufarslegum jöfnuði í samfélaginu á tilteknum tímapunkti. Er lykilvísunum fyrst og fremst ætlað að vekja athygli á þeim heilsufarslega breytileika milli þjóðfélagshópa sem fyrirfinnst í samfélaginu og benda á hvernig kerfisbundinn mismunur á félagslegri stöðu getur ýtt undir ójöfnuð með tilliti til heilbrigðis. Þá er tilgangur lykilvísanna ekki síður að hvetja til lausna eða stjórnvaldsaðgerða sem dregið geta úr ójöfnuði með tillititil heilsufars.

Skiptast lykilvísarnir að stærstum hluta í tvö meginþemu, þ.e. annars vegar heilsufar og hins vegar lifnaðarhætti. Auk þess er að finna vísa sem tengjast flokkunum búsetuskilyrði, félags- og mannauður, atvinna og vinnuaðstæður, auk fjárhagslegs öryggis og félagslegrar verndar, en samkvæmt fyrrnefndri greiningu WHO eru þetta þeir samfélagsþættir sem hafa hvað mest áhrif á ójöfnuð í heilsu.

Við val á lykilvísum var fyrst og fremst tekið mið af fordæmi WHO [17, 20], að svo miklu leyti sem gögn leyfðu, þó að einnig hafi verið reynt að taka tillit til íslenskra aðstæðna. Gögn rannsóknarinnar Heilsa og líðan Íslendinga höfðu þó besta þekjun í flokkunum *heilsufar og líðan* og *lifnaðarhættir*. Valið var að vinna úr sjö spurningum sem voru áþekkar mælikvörðum WHO, þ.e. mat á andlegri og líkamlegri heilsu, takmarkanir í daglegu lífi, sykursýki, reykingar og offita en þar að auki var bætt við mikilvægum lýðheilsuvísum um hamingju, grænmetisneyslu, hreyfingu og svefn. Í flokknum *búsetuskilyrði* varð fyrir

valinu spurning um hvort fólk óttast glæpi þar sem það býr en í flokknum *félags- og mannauður* urðu þrír vísar fyrir valinu, þ.e. traust, einmanaleiki og samvera með vinum og fjölskyldu. Í flokknum *atvinna og vinnuaðstæður* var valin ein spurning um langtímaatvinnuleysi en í flokknum *fjárhagslegt öryggi og félagsleg vernd* voru vísar um háskólamenntun og erfiðleika við að ná endum saman skoðaðir. Gögn rannsóknarinnar Heilsa og líðan Íslendinga innihalda hins vegar ekki spurningar sem leyfa útreikninga á mælikvörðum í þeim flokki WHO sem fjallar um *heilbrigðisþjónustu*.

Valdir voru lykilvísar sem þegar hafa verið skilgreindir og byggja á gagnreyndri þekkingu. Þá var reynt að velja einfalda og auðskiljanlega vísa sem tengjast mikilvægum stefnum og aðgerðum, jafnt innlendum sem alþjóðlegum. Síðast en ekki síst voru valdir lykilvísar sem vitna um áhrifaþætti ójöfnuðar í heilsu sem unnt er að hafa áhrif á með tilteknum aðgerðum. Lykilvísarnir átján voru allir sundurliðaðir eftir kyni auk þess sem niðurstöðurnar voru brotnar niður eftir menntun og efnahagslegri stöðu, þ.e. mati fólks á hversu auðvelt eða erfitt fjölskyldan á með að ná endum saman fjárhagslega. Hefur síðarnefndi mælikvarðinn reynst vel við að fanga þá sem standa höllum fæti fjárhagslega [30]. Þó að tekjur skipti vissulega verulegu máli þá segja þær einar og sér ekki alltaf alla söguna en fjölmörg dæmi eru um að tekjuháir séu með miklar fjárhagslegar skuldbindingar með tilheyrandi álagi [31].

Greining eftir kyni, menntun og erfiðleikum við að ná endum saman

Allir lykilvísar voru greindir eftir kyni þátttakenda, þ.e. karl eða kona, eftir menntun þeirra og erfiðleikum við að ná endum saman. Svör við spurningunni „Hver er hæsta prófgráða sem þú hefur lokið?“ voru flokkuð í þrjá flokka, þ.e. *grunnmenntun* (barna-, unglinga- eða grunnskólapróf, gagnfræða- eða landspróf); *framhaldsmenntun* (sveins- eða meistarapróf í iðngrein, stúdentspróf, tækniskólapróf eða annað próf á framhaldsskólastigi) og *háskólamenntun* (grunn-, meistara- eða doktorspróf). Áður en þessi flokkun var gerð var búið að rýna opin textasvör undir liðnum „Önnur menntun“ og flokka eftir bestu getu í fyrirfram gefna svarmöguleika.

Þá voru gögn þátttakenda í rannsókninni Heilsa og líðan Íslendinga einnig greind eftir efnahagslegri stöðu. Þátttakendum var skipt niður í þrjá hópa eftir svörum þeirra við spurningunni „Hversu auðvelt eða erfitt hefur það verið fyrir þig og fjölskyldu þína (ef við á) að ná endum saman fjárhagslega undanfarna 12 mánuði (t.d. að borga fyrir mat, húsnæði og reikninga), þ.e. *auðvelt* (frekar eða mjög auðvelt), *hvorki né* (hvorki auðvelt né erfitt) og *erfitt* (frekar eða mjög erfitt)?“

Hlutfallstala ójöfnuðar og dreifing ójöfnuðar

Í yfirlitsmynd um heilsufarslegan ójöfnuð er reiknuð svokölluð hlutfallstala ójöfnuðar. Segir hún til um bilið milli þeirra sem standa best og hinna sem verst standa með tilliti til félags- og efnahagslegrar stöðu, þ.e. þegar karlar og konur hafa verið flokkuð eftir menntun annars vegar og því hversu vel eða illa gengur að láta enda ná saman hins vegar. Er hlutfallstalan fengin með því að deila tölugildi þess hóps sem verst stendur með tölugildi þess hóps sem best stendur. Ef hlutfallstalan er „1“ eða nálægt einum er enginn eða lítill munur á hópunum. Því lengra frá „1“ sem hlutfallstalan er þeim mun meiri heilsufarslegur ójöfnuður eftir þjóðfélagsstöðu er til staðar hvað varðar þann lykilvísi sem um ræðir. Sem dæmi gefur hlutfallstalan 2,7, efst í mynd 5, til kynna að hlutfall karla sem meta líkamlega heilsu sína laka sé 2,7 sinnum hærra hjá þeim sem hafa lægst menntunarstig en hjá þeim sem hafa hæst menntunarstig. Hlutfallstalan 0,49 á miðri mynd 5 gefur hins vegar til kynna að hlutfall karla sem drekka áfengi a.m.k. tvisvar sinnum í viku sé meira en helmingi lægra í hópnum með minnstu menntunina. Ef hlutfallstalan er stjörnumerkt merkir það að marktækur munur sé á hlutfalli í verst setta og best setta hópnum en marktekt miðast við 95% öryggismörk ($p<0,05$). Rauðar og grænar örvar gefa síðan til kynna hvort bilið milli þeirra best og verst settu hafi aukist (rauðar), minnkað (grænar) eða staðið í stað (lárétt

strik) milli áranna 2012 og 2017. Dreifing ójöfnuðar er loks myndræn framsetning (súlurit) á því hvernig hlutfallstölur hvers lykilvísis dreifast eftir félags- og efnahagslegri stöðu.

Mynd 5. Yfirlitsmynd af heilsufarslegum jöfnuði. Valdir lykilvísar úr rannsókninni Heilsa og líðan Íslendinga greindir eftir kyni, menntun og erfiðleikum við að ná endum saman.

	Lykilvísir	Kyn	Niðurbrot	Menntun: Lítil	Menntun: Meðal	Menntun: Mikil	Hlutfallstala: Lítil/Mikil	Dreifing ójöfnuðar: Karl	Dreifing ójöfnuðar: Kona	Niðurbrot	Ná endum saman: Erfitt	Ná endum saman: Hvorki né	Ná endum saman: Auðvelt	Hlutfallstala: Erfitt/Auðvelt	Dreifing ójöfnuðar: Karl	Dreifing ójöfnuðar: Kona
Heilsufar og líðan	Hlutfall fullorðinna sem metur líkamlega heilsu sína sæmilega eða lélega	Karl	Menntun	36,52	24,53	13,51	2,70 * ↑			Erfiðleikar fjölskyldunnar við að ná endum saman fjárhagslega	49,06	28,34	17,68	2,77 * ↑		
		Kona		43,43	25,43	18,25	2,38 * ↓				47,35	29,24	21,52	2,20 * --		
	Hlutfall fullorðinna sem metur andlega heilsu sína sæmilega eða lélega	Karl		30,07	18,55	14,49	2,08 * ↑				44,74	22,01	14,69	3,05 * ↑		
		Kona		31,23	22,85	16,16	1,93 * ↓				40,24	25,18	16,73	2,41 * ↓		
	Hlutfall fullorðinna sem býr við takmarkanir í daglegu lífi vegna heilsufars	Karl		36,75	24,65	15,98	2,30 * ↑				47,51	27,19	19,61	2,42 * ↑		
		Kona		56,24	36,54	25,30	2,22 * --				55,03	38,34	32,25	1,71 * ↑		
	Hlutfall fullorðinna sem segist vera með sykursýki	Karl		7,14	3,89	2,94	2,43 * ↓				7,57	5,51	3,14	2,41 * ↑		
		Kona		5,42	3,16	1,74	3,12 * ↓				4,78	3,91	2,44	1,96 ↑		
	Hlutfall fullorðinna sem metur hamingju sína að minnsta kosti 8 á skalanum 1-10	Karl		60,93	67,59	70,76	0,86 * --				38,87	65,75	72,76	0,53 * ↑		
		Kona		64,75	64,82	71,18	0,91 * --				46,92	63,18	74,39	0,63 * ↑		
Lífnaðarhættir	Hlutfall fullorðinna sem reykir daglega	Karl		10,15	7,01	4,92	2,07 * ↓				12,89	10,04	4,95	2,60 * ↑		
		Kona		13,19	7,62	3,69	3,58 * ↑				15,21	8,15	5,21	2,92 * ↑		
	Hlutfall offitu meðal fullorðinna	Karl		27,47	26,48	21,41	1,28 --				33,52	28,53	22,24	1,51 * --		
		Kona		31,41	28,68	25,19	1,25 * ↓				34,41	31,17	24,78	1,39 * ↓		
	Hlutfall fullorðinna sem sefur að jafnaði 6 klst. eða minna á nóttu	Karl		38,49	28,29	19,18	2,01 * ↑				42,92	30,06	24,19	1,77 * ↑		
		Kona		30,39	24,83	18,75	1,62 * ↑				36,20	26,92	19,24	1,88 * ↑		
	Hlutfall fullorðinna sem borðar grænmeti að minnsta kosti tvisvar á dag	Karl		7,27	6,78	15,68	0,46 * ↑				6,71	8,66	10,53	0,64 ↑		
		Kona		12,65	18,61	29,15	0,43 * --				17,35	18,25	24,04	0,72 * ↑		
	Hlutfall fullorðinna sem drekkur áfengi að minnsta kosti tvisvar í viku	Karl		16,11	23,76	32,83	0,49 *				21,00	24,24	25,61	0,82		
		Kona		11,44	13,29	20,05	0,57 *				14,06	13,22	17,01	0,83		
	Hlutfall fullorðinna sem hjólar eða gengur þrisvar sinnum í viku eða oftar til vinnu eða skóla	Karl		14,38	11,73	22,23	0,65				13,48	15,34	16,26	0,83		
		Kona		20,76	13,63	15,90	1,31 *				18,77	14,85	16,03	1,17		
Búsetu-skilyrði	Hlutfall fullorðinna sem óttast glæpi þar sem það býr	Karl		6,61	5,48	2,64	2,50 * ↑				7,02	6,26	3,88	1,81 ↑		
		Kona		8,75	6,90	6,15	1,42 ↑				16,06	7,24	4,90	3,28 * ↑		
Félags- og mannauður	Hlutfall fullorðinna sem ber lítið traust til annars fólks	Karl		30,75	26,76	17,70	1,74 * ↑				31,75	24,69	23,65	1,34 * --		
		Kona		39,02	27,22	14,83	2,63 * ↑				34,02	27,75	21,47	1,58 * ↑		
	Hlutfall fullorðinna sem segist vera einmana	Karl		13,51	5,22	4,91	2,75 *				23,45	6,93	4,21	5,56 *		
		Kona		16,14	12,48	9,58	1,68 *				27,00	11,21	9,40	2,87 *		
	Hlutfall fullorðinna sem ver 20 klst. eða meira á viku með fjölskyldu og vinum	Karl		34,73	38,04	41,88	0,83 ↑				31,63	40,84	39,13	0,81 ↑		
		Kona		30,53	34,02	41,74	0,73 * ↑				35,80	36,05	36,51	0,98 ↓		
Atvinna og vinnu-aðstæður	Hlutfall fullorðinna sem hefur verið atvinnulaus í meira en 6 mánuði	Karl		4,27	3,16	0,68	6,25 * ↑				7,65	3,10	1,61	4,75 * ↑		
		Kona		5,55	2,51	0,82	6,75 * ↑				8,13	2,12	1,49	5,48 * ↑		
Fjárhagslegt öryggi og félagsleg vernd	Hlutfall fullorðinna sem segjast hafa átt frekar/mjög erfitt með að ná endum saman fjárhagslega undanfarna 12 mánuði	Karl		19,58	10,26	5,26	3,73 * ↑									
		Kona		18,16	13,46	11,33	1,60 * ↑									
	Hlutfall fullorðinna með háskólapróf	Karl									15,01	26,13	35,13	0,43 * ↑		
		Kona									34,53	36,58	46,57	0,74 * ↑		

* Marktækur munur á hlutfalli í verst setta og best setta hópnum, $p<0,05$

↑ Bilið milli þeirra sem eru verst og best settir hefur stækkað frá árinu 2012 um 5% eða meira

↓ Bilið milli þeirra sem eru verst og best settir hefur minnkað frá árinu 2012 um 5% eða meira

-- Bilið milli þeirra sem eru verst og best settir stendur í stað frá árinu 2012 (aukning/minnkun undir 5%)

Samantekt á helstu niðurstöðum

Niðurstöður á greiningum úr rannsókninni Heilsa og líðan Íslendinga eru áþekkar niðurstöðum Evrópuskrifstofu WHO og Norrænu velferðarmiðstöðvarinnar (*Nordic Welfare Centre*). Almennt gefa þær vísbendingar um að heilsufarslegur ójöfnuður sé til staðar milli þjóðfélagshópa hér á landi. Þannig búa þeir sem eru með styttri skólagöngu að baki eða eiga erfiðara með að ná endum saman almennt við verri heilsu og óhagstæðari lifnaðarhætti (með örfáum undantekningum) heldur en þeir sem hafa verið lengur í skóla eða búa við betri efnahag. Vísbendingar eru um að þessi heilsufarslegi ójöfnuður hafi í mörgum tilvikum aukist milli áranna 2012 og 2017.

Hér að neðan verður fjallað stuttlega um þær meginlínur sem fram koma á yfirlitsmyndinni hér að framan, en nánar er fjallað um hvern mælikvarða fyrir sig í viðauka skýrslunnar.

Heilsufar

Allir vísanir sem falla undir kaflann heilsufar tengjast félagslegri stigskiptingu þannig að þeir sem eru með hærra menntunarstig og/eða búa við betri fjárhagslega afkomu hafa tilhneigingu til þess að búa við betra heilsufar og líðan heldur en þeir sem hafa minni menntun eða eiga erfitt með að ná endum saman. Þetta á einkum við um mat á andlegri og líkamlegri heilsu, takmarkanir í daglegu lífi vegna heilsufars og tíðni sykursýki. Sé litið á þessa vísa er munur á milli menntunar- og tekjuhópa gjarnan tvöfaldur eða meira þannig að þeir sem eiga erfiðast með að ná endum saman og fólk með stysta skólagöngu eru tvöfalt til þrefalt líklegri til þess að búa við lakari útkomu á viðkomandi mælingu. Þá er einnig munur á milli menntunar- og tekjuhópa hvað varðar mælingu á hamingju.

Lifnaðarhættir

Tíðni daglegra reykinga og of stutts svefns er um tvisvar til þrisvar sinnum algengari í hópi minna menntaðra og þeirra sem eiga erfitt með að ná endum saman. Þá falla hlutfallslega fleiri í flokk offitu meðal hinna efnaminni og eftir því sem menntun er minni. Grænmetisneysla eykst einnig með hækkandi menntunarstigi og eftir því sem fólk á auðveldara með að ná endum saman fjárhagslega. Athygli vekur hversu mikill munur virðist vera á grænmetisneyslu karla og kvenna í þá veru að konur borða meira grænmeti en karlar. Ólíkt flestum öðrum vísum í samantektinni reyndist tíð áfengisneysla mun algengari meðal þeirra sem hafa mesta menntun og þeirra sem eiga auðvelt með að láta enda ná saman. Þá er áfengisneysla karla að öllu jöfnu nokkuð meiri en áfengisneysla kvenna. Að lokum þá fylgir vísir um virkan ferðamáta fullorðinna ekki félagslegri stigskiptingu með jafn afgerandi hætti og flestir hinna lykilvísanna auk þess sem niðurstaðan er ólík eftir því hvort karlar eða konur eiga hlut að máli.

Búsetuskilyrði

Ótti við glæpi þar sem fólk býr tengist bæði menntunarhópum og því hvernig fólki gengur að ná endum saman en ótti er minni eftir því sem menntun lengist og betur gengur að ná endum saman. Bilið milli hópa jókst milli mælinga en konur virðast óttast glæpi ívið meira en karlar.

Félags- og mannauður

Þeir sem hafa veikari félags- og efnahagslega stöðu virðast líklegri til að bera minna traust til annarra. Einmanaleiki fylgir einnig félagslegri stigskiptingu og virðist vera meiri í hópi þeirra sem eiga erfitt með að ná endum saman. Er munurinn sérstaklega mikill hjá körlum. Samvera með fjölskyldu og vinum er einnig breytileg eftir menntunarhópum og eftir því hvernig fólki gengur að ná endum saman en munurinn milli hópa er þó minni en hvað varðar traust og einmanaleika.

Atvinna og vinnuaðstæður

Vísbendingar eru um að nokkuð sterk fylgni sé milli langtíma atvinnuleysis og menntunar annars vegar og erfiðleika við að ná endum saman hins vegar. Almennt eru þó fleiri í hópi þeirra sem eiga erfitt með að ná endum saman sem hafa verið atvinnulausir lengi heldur en í hópi þeirra sem eru með minnsta menntun.

Fjárhagslegt öryggi og félagsleg vernd

Einstaklingar með grunnmenntun eiga oftar erfitt með að láta enda ná saman fjárhagslega en þeir sem eru með meiri menntun. Á það bæði við um karla og konur. Minni munur er á milli menntunarhópa kvenna heldur en karla þegar kemur að því að láta enda ná saman. Aukin menntun virðist því ekki skila konum jafn mikilli bætingu á afkomu og körlum.

Stefnur og aðgerðir stjórnvalda sem draga úr ójöfnuði

Mikilvægt er að vakta heilsu og líðan og fylgjast með þróun sömu þátta með viðurkenndum mælikvörðum. Þá er ekki síður brýnt að auka skilning á því hvað stuðlar að auknum jöfnuði. Aðeins þannig er hægt að vinna markvisst að því að draga úr heilsufarslegum ójöfnuði.

Eins og að framan greinir skilaði greiningarvinna WHO þeirri niðurstöðu að fimm svið daglegs lífs hefðu áhrif á heilsufarslegan jöfnuð, þ.e. gæði og aðgengi að heilbrigðisþjónustu, fjárhagur og félagsleg vernd, húsnæði og búsetuskilyrði, félags- og mannauður og atvinna, vinnutími og vinnuaðstæður. Samkvæmt niðurstöðum stofnunarinnar skýrir skortur eða annmarki á hverju og einu sviði heilsufarslegan ójöfnuð milli karla og kvenna, milli þjóðfélagshópa, landsvæða og landa. Fullnægjandi kringumstæður þurfi að vera til staðar á þessum fimm sviðum til þess að hægt sé að öðlast sem besta og jafnasta heilsu [17]. Í töflu 1 eru tekin saman þau stefnumál sem tengjast fyrrgreindum sviðum og mikilvægar aðgerðir sem geta dregið úr ójöfnuði að mati WHO.

Aðgerðasvið stefnumála	Skilgreining	Mikilvægar aðgerðir
Heilbrigðisþjónusta (10%)	Stefnur sem tryggja framboð, aðgengi á viðráðanlegu verði og gæði forvarna og meðferða heilbrigðisþjónustu.	• Tryggja að sjúkratryggingar nái til allra • Greiðslur einstaklinga vegna heilbrigðisþjónustu < 40% ráðstöfunartekna að teknu tilliti til neyslu • Öflug heimahjúkrun og heimaþjónusta • Tryggja að allir fái jafn góða þjónustu
Fjárhagslegt öryggi og félagsleg vernd (30-40%)	Stefnur sem tryggja örugga grunnframfærslu og draga úr skaðlegum áhrifum fátækar á heilsu og félagslega stöðu í gegnum allt lífið.	• Draga úr fátækt og auka tekjujöfnuð • Nægjanleg útgjöld til félagslegrar verndar • Sérstök úrræði vegna þeirra sem hafa minnstar bjargir • Atvinnuleysisbætur • Stuðningur við foreldra ungra barna • Stuðningur við aldraða
Búsetuskilyrði (30%)	Stefnur sem jafna mismunandi aðstæður til búsetu og mismunandi umhverfisþætti sem hafa áhrif á heilsu og vellíðan.	• Tryggja öllum öruggt og viðráðanlegt húsnæði • Húsnæðiskostnaður sé < 40% ráðstöfunartekna • Löggjöf til verndar leigjendum og eigendum húsnæðis • Jafnt aðgengi að heilsueflandi umhverfi • Loftmengun innan viðmunarmarka • Gott aðgengi að almenningssamgöngum • Gott aðgengi að grænum svæðum • Öruggt nærumhverfi • Varnir gegn markaðssetningu óhollustu • Skattleggja áfengi og tóbak • Tryggja öllum fæðuöryggi
Félags- og mannauður (20%)	Stefnur sem bæta mannauð með menntun, þjálfun og læsi, og stefnur sem bæta félagsauð einstaklinga og samfélaga og vernda og efla heilsu og vellíðan.	• Öll börn fái notið leikskólagöngu • Ungt fólk sé í námi, starfsþjálfun eða í vinnu • Allir öðlist lágmarksfærni í lestri og reikningi • Til boða standi menntun og þjálfun alla ævi • Almenn þátttaka í sjálfboðaliðastarfi • Þátttaka í stjórnmálum öllum möguleg • Efla traust til samborgaranna
Atvinna og vinnuaðstæður (7%)	Stefnur sem efla heilsubætandi áhrif atvinnu og bæta vinnuskilyrði, m.a. framboð á atvinnu, öryggi, laun, líkamlegar og andlegar kröfur og útsetning fyrir óhollu vinnuumhverfi.	• Aðgerðir til að draga úr langtímaatvinnuleysi • Lágt hlutfall tímabundinna starfa • Lögboðin lágmarkslaun • Fullnægjandi vinnueftirlit • Sameiginlega samið um kaup og kjör • Aðgerðir til að draga úr vinnuálagi • Aðgerðir til að auka sjálfræði í starfi

Tafla 1. Stefnur og aðgerðir stjórnvalda sem hafa áhrif á heilsufarslegan ójöfnuð. Hlutfallstölur segja til um vægi hvers þáttar í heilsufarslegum ójöfnuði. Heimild: Health Equity Policy Tool. A framework to track policies for increasing health equity in the WHO European region [32].

Nánar er fjallað um ofangreind stefnumál og aðgerðir og rökstuðning þeirra í ritinu *Health Equity Policy Tool. A framework tor track policies for increasing health equity in the WHO European region* frá árinu 2019 [32].

Á hvaða sviðum er brýnast að grípa til aðgerða?

Til þess að ná fram auknum jöfnuði í heilsu þarf samvinnu allra stofnana sem heyra undir hið opinbera og stefnumál þurfa að ganga þvert á málaflokka. Lög um heilbrigðisþjónustu [13] og nýlega samþykkt heilbrigðisstefna [15] leggja áherslu á jafnt aðgengi að heilbrigðisþjónustu. Breytingar á greiðsluþátttökukerfum vegna lyfja og heilbrigðisþjónustu og aukin þátttaka sjúkratrygginga í kostnaði vegna tannlækninga barna, aldraðra og öryrkja eru nýleg dæmi um aðgerðir sem stuðla eiga að jafnara aðgengi að heilbrigðisþjónustu.

Eins og greint hefur verið frá munu aðgerðir innan heilbrigðisþjónustu einar og sér ekki duga til að ná fram afgerandi breytingum á jöfnuði í heilsu. Öll svið hins opinbera verða að koma þar að og bera sameiginlega ábyrgð á því að skapa þegnunum heilsusamlegt umhverfi. Dæmi um starf þar sem leitast er við að vinna með þessum hætti er Heilsueflandi samfélag og skólar sem embætti landlæknis vinnur að í samstarfi við sveitarfélög, opinberar stofnanir, frjáls félagasamtök og fleiri. Markmið þess er að skapa þverfaglegan vettvang á meðal hagsmunaaðila þar sem sameiginlegt úrlausnarefni er að skapa umhverfi og aðstæður sem stuðla að heilbrigðum lifnaðarháttum, heilsu og vellíðan allra íbúa. Mikilvægt er halda áfram að nýta og styrkja þennan vettvang með það fyrir augum að auka heilsufarslegan jöfnuð.

Rannsóknir sýna að mestum breytingum má ná fram með stjórnvaldsaðgerðum sem eru utan heilbrigðiskerfisins. Aðgerðir sem tryggja menntun og fjárhagslegt öryggi allra skipta meginmáli í því að skapa fólki nauðsynlegar bjargir til þess að takast á við áskoranir daglegs lífs [32].

Almennt aðgengi að góðri menntun jafnar tækifæri með margvíslegum hætti sem hefur áhrif á heilsu og lífsgæði. Menntunin getur aukið heilsulæsi, komið í veg fyrir félagslega einangrun og styrkt andlega heilsu. Þá treystir góð menntun stöðu og öryggi einstaklinga á síbreytilegum vinnumarkaði og minnkar líkur á atvinnuleysi. Menntun frá unga aldri veitir hverju barni tækifæri til að taka þátt í skipulögðum lærdómi sem þroskar grundvallarfærni, bæði félagslega og vitsmunalega, óháð ráðstöfunartekjum heimilis [33]. Börn frá tekjulægri heimilum og börn foreldra með styttri skólagöngu hagnast t.d. mest á leikskólagöngu og fylgir ábatinn þeim allt lífið í formi betri heilsu og betri félagslegra og efnahagslegra tækifæra [34]. Framlög til menntunar frá unga aldri vitna um skuldbindingu stjórnvalda til að fjárfestaí heilsu, jafna upphafið fyrir hvert barn og vinna gegn því að ójöfnuður flytjist milli kynslóða. Rannsóknir sýna að ef ekki er tekist á við ójöfnuð í heilsu barna eykst hann eftir því sem líður á ævina [17, 34]. Aðgerðir til þess að jafna stöðu barna ættu því ávallt að vera forgangsmál.

Fátækt tengist ótímabærum sjúkdómum og dauðsföllum [35]. Ungt fólk, fólk sem ekki er fastráðið, þeir sem þurfa að annast aðra, fólk af erlendum uppruna og aldraðir eru líklegri til þess að búa við lélega heilsu sökum fátæktar. Fátækt í bernsku getur haft skaðleg áhrif á heilsu allt lífið. Útgjöld til félagslegrar verndar sem auka fjárhagslegt öryggi viðkvæmra hópa vegna örorku, fötlunar, atvinnuleysis ofl. auka heilsufarslegan jöfnuð [36]. Útgjöld til félagslegrar verndar gefa vísbendingu um að hve miklu leyti stjórnvöld skuldbinda sig til þess að verja þá viðkvæmustu í samfélaginu fyrir fjárhagslegum og félagslegum áföllum [17].

Húsaskjól eða heimili er grundvallarþörf manna. Bágborin búsetuskilyrði eru nátengd vanheilsu enda eru þeir sem eru húsnæðislausir, búa í lélegu eða óöruggu húsnæði eða húsnæði sem þeir hafa ekki

efni á, líklegri til þess að vera við lélega heilsu. Ef húsnæði er of dýrt í hlutfalli við tekjur verður minna eftir af ráðstöfunartekjum til þess að sinna öðrum frumþörfum sem eru mikilvægar heilsunni, svo sem kaupum á næringaríkum mat. Hár húsnæðiskostnaður getur einnig haft neikvæð áhrif á andlega heilsu, einkum meðal þeirra sem hafa lægstar ráðstöfunartekjur [17, 37].

Lokaorð

Heilsa og vellíðan mótast af margskonar einstaklingsbundnum, félagslegum, efnahagslegum og menningarlegum þáttum auk umhverfisþátta og þátta af stjórnmálalegum toga. Heilsufar ræðst því að miklu leyti af þeim aðstæðum sem fólk fæðist inn í og býr við í gegnum lífið, ásamt því að mótast af ofangreindum drifkröftum sem hafa áhrif á þessar aðstæður. Ákvarðanir og aðgerðir sem hafa áhrif á daglegt líf fólks, allt frá almannatryggingum, heilbrigðisþjónustu, húsnæðis-, fræðslu-, atvinnu- og umhverfismálum að samgöngu-, skipulags-, fjarskipta- og byggðamálum geta þannig haft jákvæð eða neikvæð áhrif á heilsufar og heilsufarslegan jöfnuð [38].

Með hliðsjón af efni þessarar skýrslu er mikilvægt að hafa eftirfarandi huga:

- Ójöfnuður í heilsu er til staðar, jafnt á Íslandi sem og í öðrum löndum.
- Vinna þarf að auknum jöfnuði með bestu þekkingu og reynslu að vopni.
- Ekki er hægt að ná árangri í því að auka jöfnuð í heilsu nema til komi þátttaka og samstarf ólíkra hagsmunaaðila.
- Jöfnuður í heilsu þarf að vera sameiginlegt markmið þvert á málefnasvið og stig samfélagsins og forgangsraða þarf aðgerðum, almennum og sértækum, sem þekkt er að dragi úr ójöfnuði.
- Koma þarf auga á hvað hindrar samstarf stofnana víðsvegar um samfélagið þegar innleiða á aðgerðir sem auka jöfnuð í heilsu.
- Innleiða þarf jöfnuð í allar stefnur. Það mætti gera með því að þróa sniðmát, aðlagað íslenskum aðstæðum, sem auðveldar mat á áhrifum stefna og aðgerða á jöfnuð í heilsu.
- Leggja þarf mat á hvernig núverandi löggjöf, stefnur og aðgerðir á öllum sviðum samfélagsins reynast í raun og veru þegar heilsufarslegur ójöfnuður er annars vegar.

Samhliða mati á óbeinum áhrifum COVID-19 á lýðheilsu, vinnur embættið nú að því að aðlaga lýðheilsumat frá Wales að íslenskum aðstæðum og læra af verðmætri reynslu Wales hvað það varðar. Segja má að hér sé embættið að taka fyrstu skref í þá átt að innleiða lýðheilsumat. Aðferðafræði lýðheilsumatsins tekur bæði til áhrifa á mismunandi þjóðfélagshópa, þar með talið viðkvæma og jaðarsetta hópa, og til ýmissa áhrifaþátta heilbrigðis og vellíðanar. Eru vonir bundnar við að þetta sniðmát reynist einnig vel til þess að leggja mat á áhrif COVID-19 á jöfnuð í heilsu og vellíðan.

Embætti landlæknis ítrekar mikilvægi þess að íslensk stjórnvöld haldi áfram að efla gagnaöflun og greiningu gagna er varða lýðheilsu og heilsufarslegan jöfnuð svo unnt sé að forgangsraða og meta áhrif aðgerða og stefna á lýðheilsu og jöfnuð í heilsu. Þá er einnig brýnt að styðja við rannsóknir á þessu sviði. Lagt er til að við framkvæmd lýðheilsumats, verði lögð rík áhersla á að meta áhrif stefna og aðgerða með tilliti til jöfnuðar í heilsu. Er þar átt við stefnur og aðgerðir á öllum málefnasviðum er snerta daglegt líf fólks og þá ekki síst viðkvæmra og jaðarsettra hópa. Þannig má með markvissum hætti vinna að því að minnka ójöfnuð í heilsu.

Heimildir

1. OECD (2019), *Health at a Glance 2019*: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.
2. Marmot, M., et al. (2008), *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health.* The Lancet, 2008. **372**(9650): p. 1661-1669.
3. Hagstofa Íslands (2020), *Lífslíkur á Íslandi með þeim mestu í Evrópu.* https://hagstofa.is/utgafur/frettasafn/faeddir-og-danir/danir-2019/
4. CDC Centers for Disease Control and Prevention (2019). *Health Equity Considerations and Racial and Ethnic Minority Groups*. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/health-equity/race-ethnicity.html.
5. Marmot, M. and J. Allen (2020), *COVID-19: exposing and amplifying inequalities.* Journal of Epidemiology and Community Health, 2020. **74**(9): p. 681-682.
6. Berkowitz, S.A., C.W. Cené, and A. Chatterjee (2020), *Covid-19 and Health Equity — Time to Think Big.* New England Journal of Medicine, 2020. **383**(12): p. e76.
7. Burström, B. and W. Tao (2020), *Social determinants of health and inequalities in COVID-19.* European Journal of Public Health, 2020. **30**(4): p. 617-618.
8. Zimmerman E B, W.S.H., Haley A (2015), *Understanding the Relationship Between Education and Health: A Review of the Evidence and an Examination of Community Perspectives in Population Health: Behavioral and Social Science Insights*. AHRQ Publication No. 15-0002., ed. S.M. Kaplan R, David D (Eds). 2015, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality and Office of Behavioral and Social Sciences Research, National Institutes of Health.
9. Þorsteinsdóttir, F.S. (2021), *Heilsufar og heilbrigðisþjónusta - Kynja- og jafnréttissjónarmið*. Heilbrigðisráðuneytið: Reykjavík.
10. WHO (2020). *Equity* https://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/#.
11. Forsætisráðuneytið. *Heimsmarkmiðin um sjálfbæra þróun*. https://www.heimsmarkmidin.is/.
12. WHO Regional Office for Europe (2013), *Health 2020, A European policy framework and strategy for the 21st century*. 2013. p. 182.
13. Alþingi, *Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40, 2007*.
14. Alþingi, *Lög um sjúkratryggingar nr. 112, 2008*.
15. Heilbrigðisráðuneytið (2019), *Heilbrigðisstefna, stefna fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu til ársins 2030*.
16. Velferðarráðuneytið (2016), *Lýðheilsustefna og aðgerðir sem stuðla að heilsueflandi samfélagi, með sérstakri áherslu á börn og ungmenni að 18 ára aldri*.
17. WHO Regional Office for Europe (2019), *Healthy, prosperous lives for all: the European Equity Status Report*. https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-equity-status-report-2019
18. Embætti landlæknis. *Heilsa og líðan Íslendinga*. https://www.landlaeknir.is/tolfraedi-og-rannsoknir/rannsoknir/heilsa-og-lidan-islendinga/.
19. WHO Regional Office for Europe. *The WHO European Health Equity Status Report initiative (HESRi)*. https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/health-equity-status-report-initiative/the-initiative.
20. WHO (2019). *The Health Equity Dataset interactive platform based on Health Equity Assessment Toolkit Plus: Software for exploring inequities in health, underlying conditions and policies within countries. Version 1.1*. 2019; https://whoeurope.shinyapps.io/health_equity_dataset/#top4.
21. Norwegian Institute of Public Health (2019), *Indicators for health inequality in the Nordic countries. Report 2019.* Oslo.
22. Gunnarsdóttir, H.K.(2005), *Ójöfnuður í heilsufari á íslandi.* Tímarit hjúkrunarfræðinga, 2 tbl., 81. árg.
23. Rúnar Vilhjálmsson (2009), *Bein útgjöld íslenskra heimila vegna heilbrigðismála.* Læknablaðið, **10:95**.

24. Vilhjálmsson, R. (2011), *Frestun læknisþjónustu meðal Íslendinga: Umfang og skýringar.* Læknablaðið, **10:97**.
25. Vilhjalmsson, R. (2020), *Family income and insufficient medical care: A prospective study of alternative explanations.* Scandinavian Journal of Public Health. August 2020. doi:10.1177/1403494820944096.
26. Laufey Tryggvadóttir o.fl. (2010). *Reykingar, holdafar og menntun kvenna í borg og bæ.* Læknablaðið. **04:96**.
27. Eidsdóttir, S.Þ., et al. (2013), *Secular trends in overweight and obesity among Icelandic adolescents: Do parental education levels and family structure play a part?* Scandinavian Journal of Public Health, 2013. **41**(4): p. 384-391.
28. Vidarsdottir, H., et al. (2008), *Cancer risk by education in Iceland; a census-based cohort study.* Acta Oncologica, 2008. **47**(3): p. 385-390.
29. Embætti landlæknis. *Lýðheilsuvísar*. 2016-2020; https://www.landlaeknir.is/tolfraedi-og-rannsoknir/tolfraedi/lydheilsuvisar/.
30. Stefán Hrafn Jónsson (2014), *Skortur og heilsa Íslendinga fyrir og eftir bankahrun.* Íslenska þjóðfélagið, 2014. **5**(2): p. 57-76.
31. Guðný Björk Eydal og Ragnheiður Lára Guðrúnardóttir(2013), *Barnafjölskyldur í kjölfar kreppu. Lífskjör og foreldrahæfni*, í *Þjóðarspegillinn 2013*, H. Guðmundsson, ritstj., Háskóli Íslands: Reykjavík.
32. WHO Regional Office for Europe (2019), *Health Equity Policy Tool*. Copenhagen.
33. Pikhart H, R.M., Morrisson J, Goldblatt P & Marmot M. (2014), *DRIVERS final scientific report: Inequities in early childhood health and development, evidence and policy implications*. Research Department of Epidemiology and Public Health, University College, London.
34. Jensen B B, C.C., Dyson A, Eisenstadt N, Melhuish M (2013), *Early years, family and education task group: report*. 2013, WHO Regional Office for Europe: Copenhagen.
35. WHO Regional Office for Europe (2013), *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*, M. Marmot, ritstj., Copenhagen.
36. Lundberg O, D.E., Fritzell J, Palma J, Sjöberg O (2016), *Social protection, income and health inequalities. Final report of the Task Group on GDP, Taxes, Income and Welfare.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
37. World Health Organisation (2018), *Housing and Health Guidelines*, Geneva.
38. WHO Regional Office for Europe (2019), *Strategic mapping of institutional frameworks and their approach to equity*. Copenhagen.

Viðauki

Lykilvísar í kaflanum heilsufar og líðan

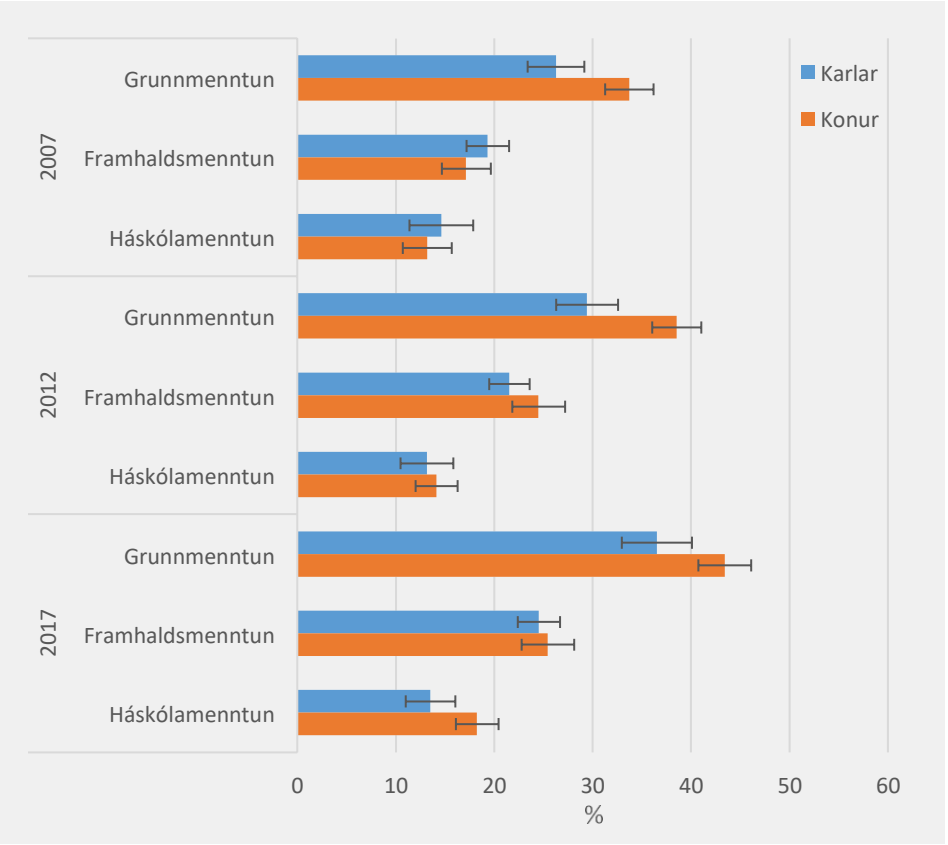
Hlutfall fullorðinna sem metur líkamlega heilsu sína sæmilega eða lélega

***Spurning**: Hvernig metur þú almennt líkamlega heilsu þína?*
***Svarmöguleikar**: Mjög góð. Góð. Sæmileg. Léleg.*

Hlutfallslega fleiri með grunnmenntun meta líkamlega heilsu sína sæmilega eða lélega heldur en þeir sem eru með meiri menntun að baki. Á það bæði við um karla og konur og allar fyrirlagnir rannsóknarinnar Heilsa og líðan Íslendinga. Konur meta líkamlega heilsu sína almennt verr heldur en karlar og á það einkum við um árin 2012 og 2017.

Tæplega 37% karla með grunnmenntun mátu líkamlega heilsu sína sæmilega eða lélega árið 2017 en tæplega 14% karla með háskólamenntun. Er munurinn milli þessara hópa marktækur. Karlar með grunnmenntun voru því 2,7 sinnum líklegri en karlar með háskólamenntun til þess að meta líkamlega heilsu sína sæmilega eða lélega árið 2017. Hefur bilið milli menntunarhópa karla aukist um meira en 5% frá árinu 2012.

Ríflega 43% kvenna með grunnmenntun mat líkamlega heilsu sína sæmilega eða lélega árið 2017 en rúmlega 18% kvenna með háskólamenntun. Marktækur munur er á milli hópanna tveggja. Konur með grunnmenntun voru því 2,4 sinnum líklegri en konur með háskólamenntun til þess að meta líkamlega heilsu sína sæmilega eða lélega árið 2017. Bilið milli menntunarhópa kvenna hefur minnkað frá árinu 2012.

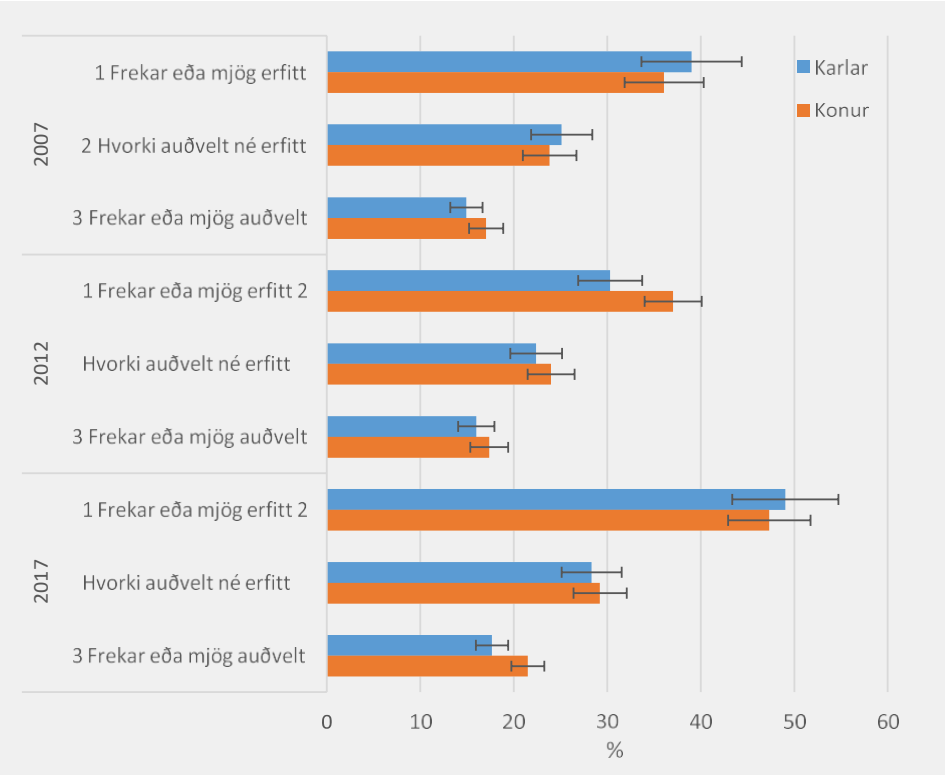


Mynd 6a. Hlutfall fullorðinna sem metur líkamlega heilsu sína sæmilega eða lélega 2007, 2012 og 2017, greint eftir menntun.

Hlutfallslega fleiri í hópi þeirra sem eiga erfitt með að ná endum saman meta líkamlega heilsu sína sæmilega eða lélega heldur en í hópi þeirra sem eiga auðvelt með að ná endum saman. Á það við um bæði kyn og allar fyrirlagnir rannsóknarinnar.

Tæpur helmingur karla í hópi þeirra sem eiga erfitt með að ná endum saman (49%) mat líkamlega heilsu sína sæmilega eða lélega árið 2017. Til samanburðar mátu tæplega 18% karla sem áttu auðvelt með að ná endum saman líkamlega heilsu sæmilega eða lélega það sama ár. Um 31 prósentustig skilja hópana tvo að og er munurinn milli þeirra marktækur. Karlar sem áttu erfitt með að ná endum saman voru nærri 2,8 sinnum líklegri en karlar sem áttu auðvelt með að ná endum saman til þess að meta líkamlega heilsu sína sæmilega eða lélega árið 2017. Hefur bilið milli þessara tveggja hópa karlmanna aukist frá árinu 2012.

Ríflega 47% kvenna sem áttu erfitt með að ná endum saman mat líkamlega heilsu sína sæmilega eða lélega árið 2017 en tæplega 22% kvenna sem áttu auðvelt með að ná endum saman. Um 26 prósentustig skilja hópana tvo að og er munurinn marktækur. Konur sem áttu erfitt með að ná endum saman voru því 2,2 sinnum líklegri en konur sem áttu auðvelt með að ná endum saman til þess að meta líkamlega heilsu sína sæmilega eða lélega árið 2017. Bilið milli þessara tveggja hópa kvenna hefur staðið í stað frá 2012.



Mynd 6b: Hlutfall fullorðinna sem metur <u>líkamlega</u> heilsu sína sæmilega eða lélega 2007, 2012 og 2017, greint eftir mati á erfiðleikum fjölskyldunnar við að ná endum saman.

Hlutfall fullorðinna sem metur andlega heilsu sína sæmilega eða lélega

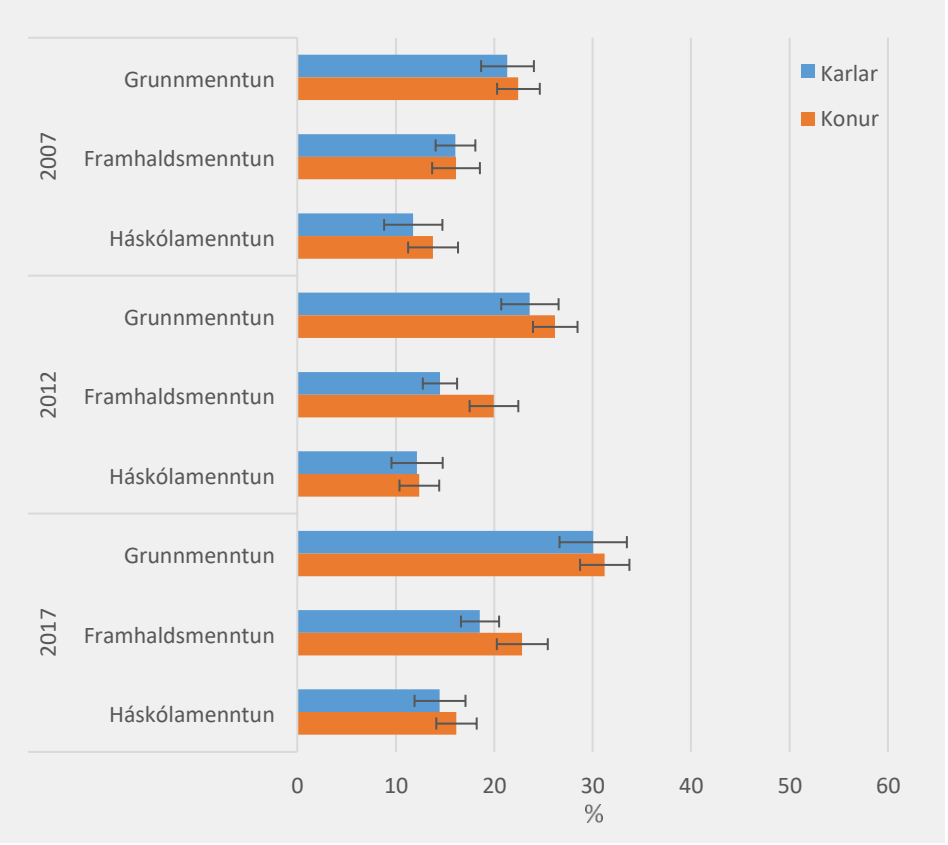
Spurning: *Hvernig metur þú almennt andlega heilsu þína?*
Svarmöguleikar: *Mjög góð. Góð. Sæmileg. Léleg.*

Almennt fjölgar þeim hlutfallslega í nær öllum hópum karla og kvenna milli áranna 2007 og 2017 sem meta andlega heilsu sína slæma eða lélega. Andlegri heilsu fullorðinna virðist því fara hrakandi samkvæmt þessum mælikvarða.

Hlutfallslega fleiri með grunnmenntun meta andlega heilsu sína sæmilega eða lélega heldur en þeir sem eru með meiri menntun að baki. Á það bæði við um karla og konur og allar fyrirlagnir rannsóknarinnar Heilsa og líðan Íslendinga.

Tæpur þriðjungur karla með grunnmenntun mat andlega heilsu sína sæmilega eða lélega árið 2017 en tæplega 15% karla með háskólamenntun. Er munurinn milli þessara tveggja hópa marktækur. Karlar með grunnmenntun voru tvisvar sinnum líklegri en karlar með háskólamenntun til þess að meta andlega heilsu sína sæmilega eða lélega árið 2017. Hefur bilið milli menntunarhópa aukist frá árinu 2012.

Tæplega þriðjungur kvenna með grunnmenntun mat andlega heilsu sína sæmilega eða lélega árið 2017 en rúmlega 16% kvenna með háskólamenntun. Marktækur munur er á milli hópanna tveggja. Konur með grunnmenntun voru því tæplega tvisvar sinnum líklegri en konur með háskólamenntun til þess að meta andlega heilsu sína sæmilega eða lélega árið 2017. Þrátt fyrir mikinn mun hefur bilið milli menntunarhópa kvenna þó minnkað síðan 2012.

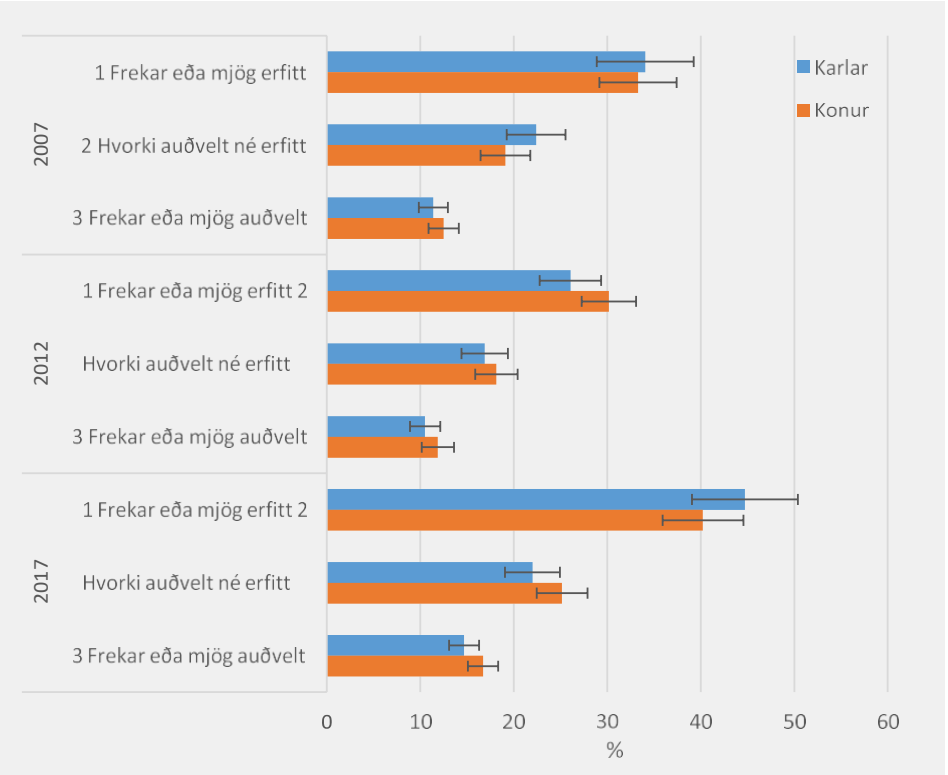


Mynd 7a. Hlutfall fullorðinna sem metur andlega heilsu sína sæmilega eða lélega 2007, 2012 og 2017, greint eftir menntun.

Andleg heilsa fylgir félagslegri stigskiptingu þannig að þeir sem eiga erfitt með að ná endum saman eru líklegri þess að meta andlega heilsu sína sæmilega eða lélega. Á það við um bæði kyn og allar fyrirlagnir rannsóknarinnar Heilsa og líða Íslendinga.

Um 45% karla í hópi þeirra sem eiga erfitt með að ná endum saman mátu andlega heilsu sína sæmilega eða lélega árið 2017. Til samanburðar mátu um 15% karla sem áttu auðvelt með að ná endum saman andlega heilsu sæmilega eða lélega það sama ár. Um 30 prósentustig skilja hópana tvo að og er munurinn milli þeirra marktækur. Karlar sem áttu erfitt með að ná endum saman voru meira en þrisvar sinnum líklegri til þess að meta andlega heilsu sína sæmilega eða lélega árið 2017 en karlar sem áttu auðvelt með að ná endum saman. Hefur bilið milli þessara tveggja hópa karlmanna aukist frá árinu 2012.

Ríflega 40% kvenna sem áttu erfitt með að ná endum saman mátu andlega heilsu sína sæmilega eða lélega árið 2017 en tæplega 17% kvenna sem áttu auðvelt með að ná endum saman. Um 24 prósentustig skilja hópana tvo að og er munurinn marktækur. Konur sem áttu erfitt með að ná endum saman voru því 2,4 sinnum líklegri en konur sem áttu auðvelt með að ná endum saman til þess að meta andlega heilsu sína sæmilega eða lélega árið 2017. Þrátt fyrir mikinn mun hefur bilið milli þessara tveggja hópa kvenna þó minnkað frá 2012.



Mynd 7b. Hlutfall fullorðinna sem metur andlega heilsu sína sæmilega eða lélega 2007, 2012 og 2017, greint eftir mati á erfiðleikum fjölskyldunnar við að ná endum saman.

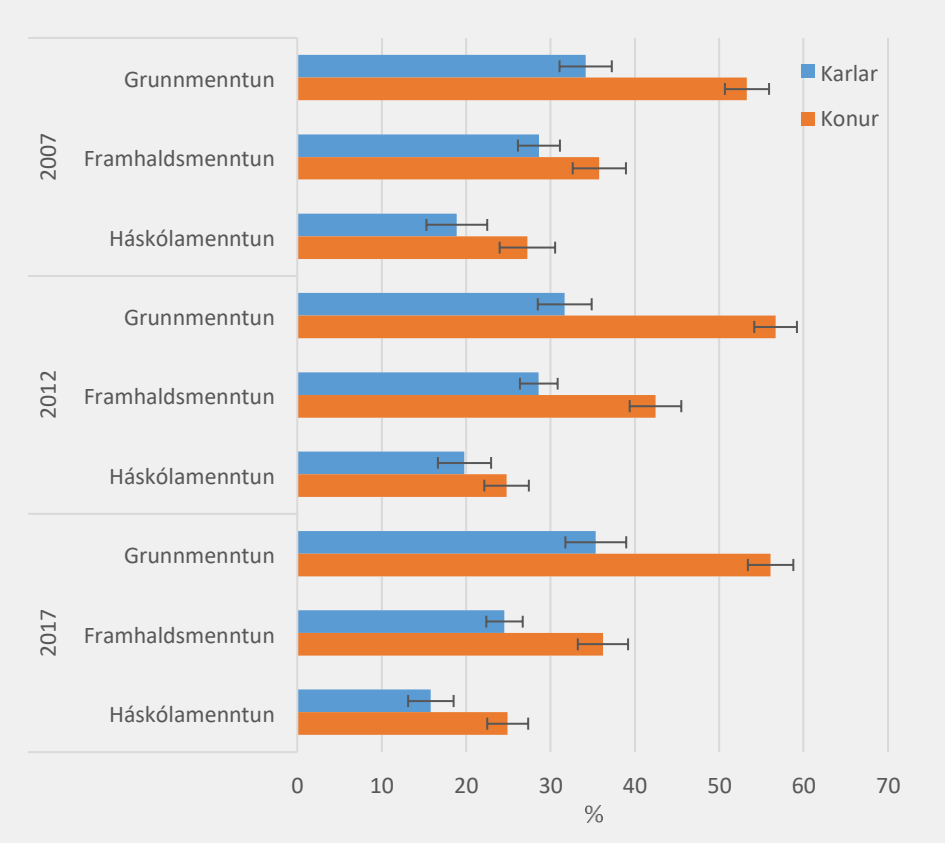
Hlutfall fullorðinna sem býr við takmarkanir í daglegu lífi vegna heilsufars

***Spurning**: Háir heilsufar þitt eða skert athafnageta þér við eftirtaldar athafnir? a) Lyfta eða bera innkaupapoka. b) Ganga upp nokkrar hæðir í húsi. c) Ganga upp eina hæð í húsi. d) Beygja þig, krjúpa, halla þér fram. e) Klæða þig eða fara í bað.*
***Svarmöguleikar**: Já, háir mér mjög. Já, háir mér nokkuð. Nei, háir mér alls ekki.*
***Athugasemd**: Greiningin nær til þeirra sem svara því til að heilsufar eða skert athafnageta hái þeim nokkuð eða mjög mikið við eitthvað af fyrrnefndum athöfnum.*

Konur eru mun líklegri en karlar til þess að búa við takmarkanir í daglegu lífi vegna heilsufars. Á það við um allar fyrirlagnir rannsóknarinnar Heilsa og líðan Íslendinga og gildir þar einu hvort niðurstöðurnar eru greindar eftir menntun eða erfiðleikum við að ná endum saman.

Árið 2017 bjuggu um 35% karla með grunnmenntun við takmarkanir í daglegu lífi vegna heilsufars. Samsvarandi hlutfall fyrir háskólamenntaða karla var um 16% og er munurinn milli þessara tveggja hópa marktækur. Árið 2017 voru karlar með grunnmenntun 2,3 sinnum líklegri en karlar með háskólamenntun til þess að búa við takmarkanir í daglegu lífi vegna heilsufars. Bilið milli menntunarhópa karla hefur aukist frá árinu 2012.

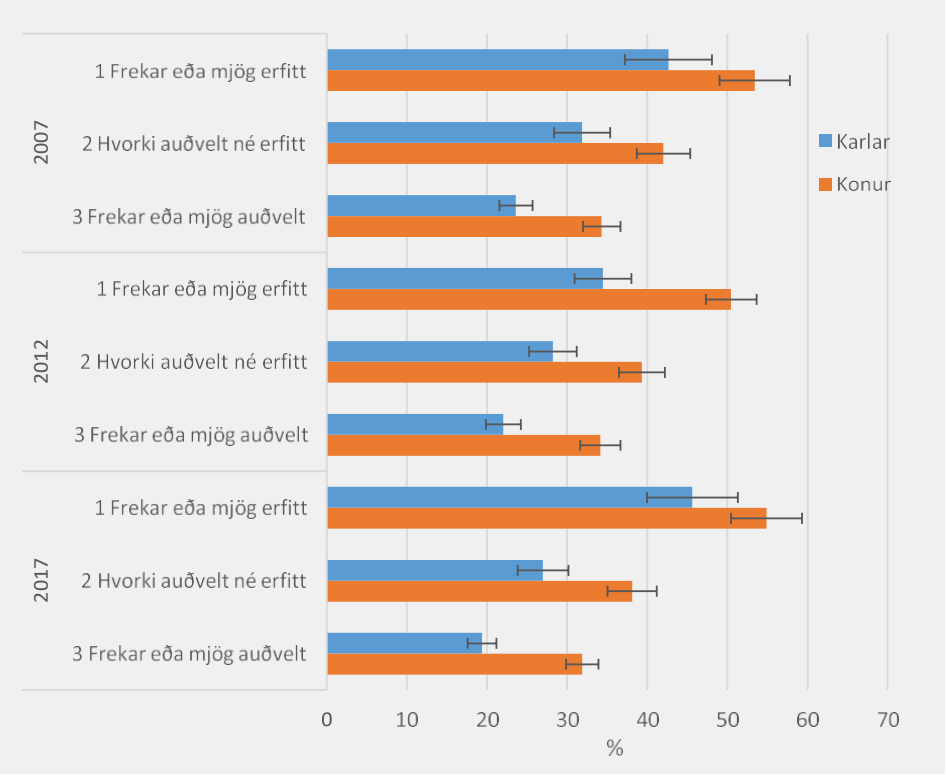
Árið 2017 bjó meira en helmingur kvenna (56%) með grunnmenntun við takmarkanir í daglegu lífi vegna heilsufars en um fjórðungur kvenna með háskólamenntun. Marktækur munur er á milli hópannatveggja. Konur með grunnmenntun voru rúmlega tvisvar sinnum líklegri en konur með háskólamenntun til þess að búa við takmarkanir í daglegu lífi vegna heilsufars árið 2017. Bilið milli menntunarhópa kvenna breyttist ekki milli áranna 2012 og 2017.



Mynd 8a. Hlutfall fullorðinna sem býr við takmarkanir í daglegu lífi vegna heilsufars 2007, 2012 og 2017, greint eftir menntun.

Um 46% karla í hópi þeirra sem áttu erfitt með að ná endum saman árið 2017 sögðust búa við takmarkanir í daglegu lífi vegna heilsufars. Til samanburðar bjuggu 19% þeirra karla sem áttu auðvelt með að ná endum saman, við takmarkanir í daglegu lífi vegna heilsufars, það sama ár. Er munurinn milli hópanna tveggja marktækur. Árið 2017 voru karlar sem áttu erfitt með að ná endum saman 2,4 sinnum líklegri til þess að búa við takmarkanir í daglegu lífi vegna heilsufars heldur en karlar sem áttu auðvelt með að ná endum saman. Bilið milli þessara tveggja hópa karla hefur aukist frá árinu 2012.

Árið 2017 bjuggu um 55% þeirra kvenna sem áttu erfitt með að ná endum saman við takmarkanir í daglegu lífi vegna heilsufars. Samsvarandi hlutfall fyrir konur sem áttu auðvelt með að ná endum saman var 32%. Er munurinn milli hópanna tveggja marktækur. Þannig voru konur sem áttu erfitt með að ná endum saman 1,7 sinnum líklegri en konur sem áttu auðvelt með að ná endum saman til þess að búa við takmarkanir í daglegu lífi vegna heilsufars árið 2017. Bilið milli þessara tveggja hópa kvenna hefur aukist frá 2012.



Mynd 8b. Hlutfall fullorðinna sem býr við takmarkanir í daglegu lífi vegna heilsufars 2007, 2012 og 2017, greint eftir mati á erfiðleikum fjölskyldunnar við að ná endum saman.

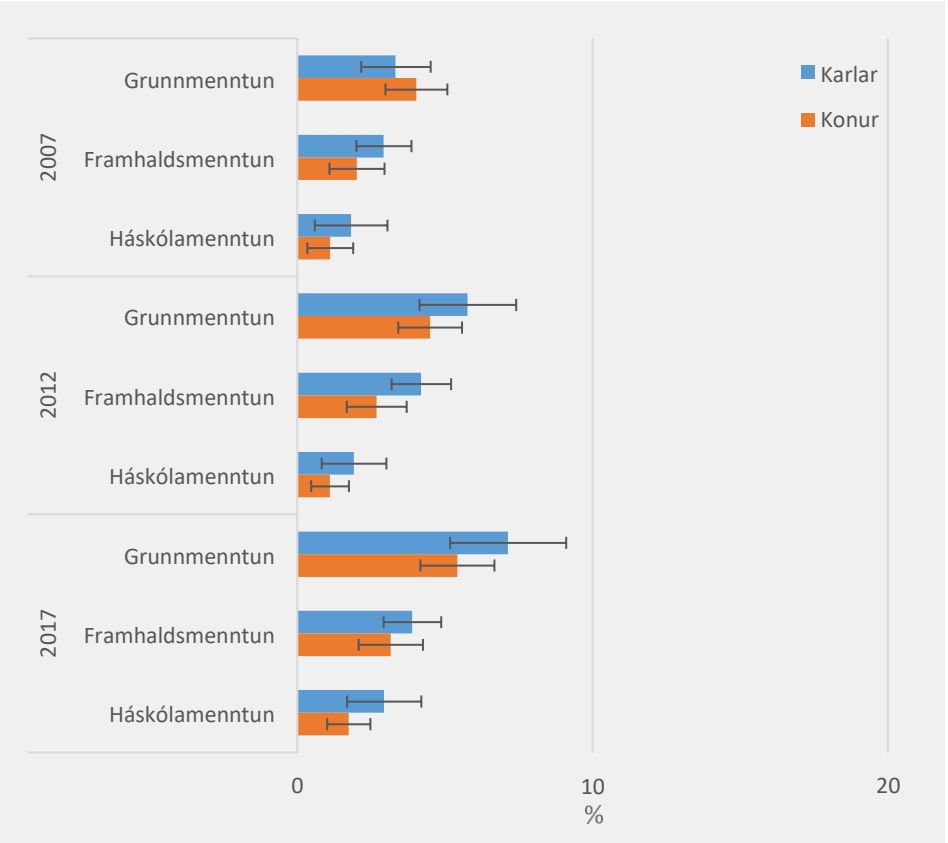
Hlutfall fullorðinna sem segist vera með sykursýki

Spurning 1: *Hefur þú einhvern tíma haft einhvern af eftirtöldum sjúkdómum eða einkunnum? I) Sykursýki.*
Svarmöguleikar*: Já, hef núna. Hef ekki núna, en hafði innan síðustu 12 mánaða. Hef ekki núna, en hafði fyrir meira en 12 mánuðum.*
Spurning 2: *Ef svo er hefur læknir greint það hjá þér?*
Svarmöguleikar*: Já. Nei.*
Athugasemd*: Mælikvarðinn segir til um hlutfall fullorðinna með sykursýki sem greind hefur verið af lækni. Þeir sem segjast vera með sykursýki núna en svara ekki til um hvort læknir hafi greint sjúkdóminn eru taldir með. Þeir eru einnig taldir með sem segja að læknir hafi greint þá með sykursýki en svara því ekki hvort þeir hafi sjúkdóminn núna eða áður.*

Niðurstöður rannsóknarinnar Heilsa og líðan Íslendinga gefa til kynna að tíðni sykursýki fylgi félagslegri stigskiptingu. Þannig virðast þeir sem betur standa með tilliti til efnahags og eru með lengri skólagöngu að baki ólíklegri til þess að hafa verið greindir með sykursýki. Á það við um allar fyrirlagnir rannsóknarinnar. Þá virðist tíðni sykursýki hafa aukist frá árinu 2007 auk þess sem fleiri karlmenn segjast að öllu jöfnu hafa verið greindir með sykursýki heldur en konur.

Árið 2017 sögðust um 7% karla með grunnmenntun vera með sykursýki. Samsvarandi hlutfall fyrir háskólamenntaða karla var rétt tæplega 3%. Er munurinn milli þessara tveggja hópa marktækur. Árið 2017 voru karlar með grunnmenntun því 2,4 sinnum líklegri en karlar með háskólamenntun til þess að segjast vera með sykursýki. Bilið milli menntunarhópa karla hefur þó minnkað frá árinu 2012, jafnvel þótt tíðni sykursýki virðist hafa aukist.

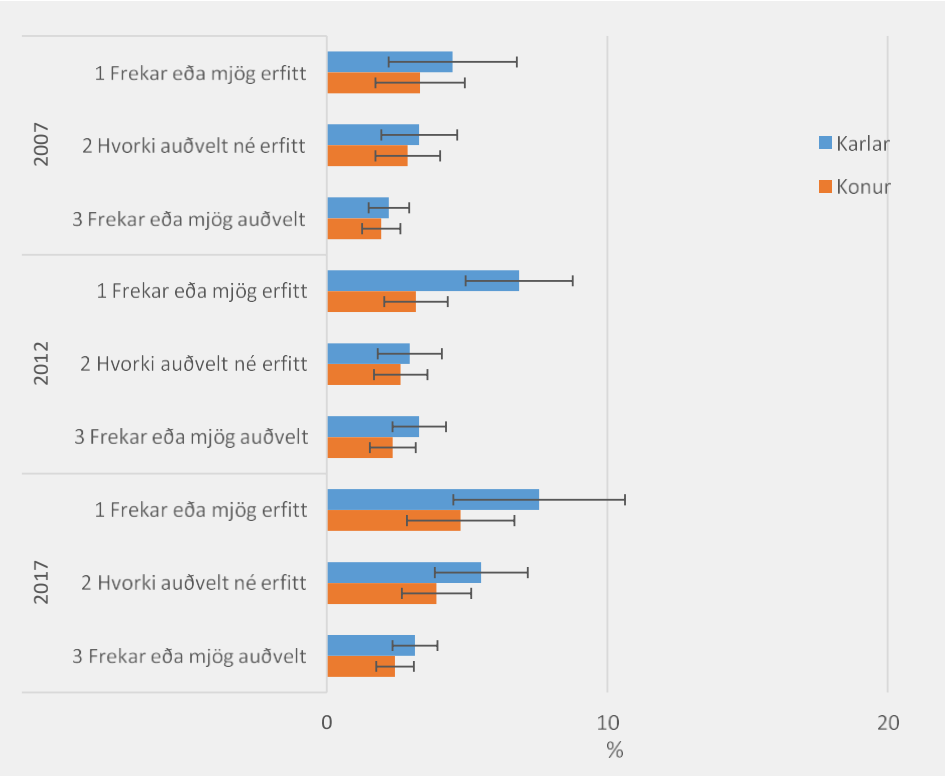
Um 5,4% kvenna með grunnmenntun sögðust vera með sykursýki árið 2017 en um 1,7% kvenna með háskólamenntun. Marktækur munur er á milli hópanna tveggja. Árið 2017 voru konur með grunnmenntun meira en þrisvar sinnum líklegri en konur með háskólamenntun til þess að segjast vera með sykursýki. Hefur bilið milli menntunarhópa kvenna þó minnkað frá árinu 2012.



Mynd 9a. Hlutfall fullorðinna sem segist vera með sykursýki 2007, 2012 og 2017, greint eftir menntun.

Árið 2017 sögðust tæplega 8% karla í hópi þeirra sem eiga erfitt með að ná endum saman vera með sykursýki. Til samanburðar sögðust rétt rúmlega 3% karla sem áttu auðvelt með að ná endum saman vera með sykursýki það sama ár. Munurinn milli hópanna tveggja er marktækur. Karlar sem áttu erfitt með að ná endum saman voru liðlega tvisvar sinnum líklegri en karlar sem áttu auðvelt með að ná endum saman til þess að segjast vera með sykursýki árið 2017. Hefur bilið milli þessara tveggja hópa karlmanna aukist frá árinu 2012.

Tæplega 5% kvenna sem áttu erfitt með að ná endum saman sögðust vera með sykursýki árið 2017 en um 2,4% þeirra sem áttu auðvelt með að ná endum saman. Er munurinn milli hópanna ekki marktækur. Konur sem áttu erfitt með að ná endum saman voru nærri tvisvar sinnum líklegri en konur sem áttu auðvelt með að ná endum saman til þess að segjast vera með sykursýki árið 2017. Hefur bilið milli þessara tveggja hópa kvenna aukist síðan 2012.



Mynd 9b. Hlutfall fullorðinna sem segist vera með sykursýki 2007, 2012 og 2017, greint eftir mati á erfiðleikum fjölskyldunnar við að ná endum saman.

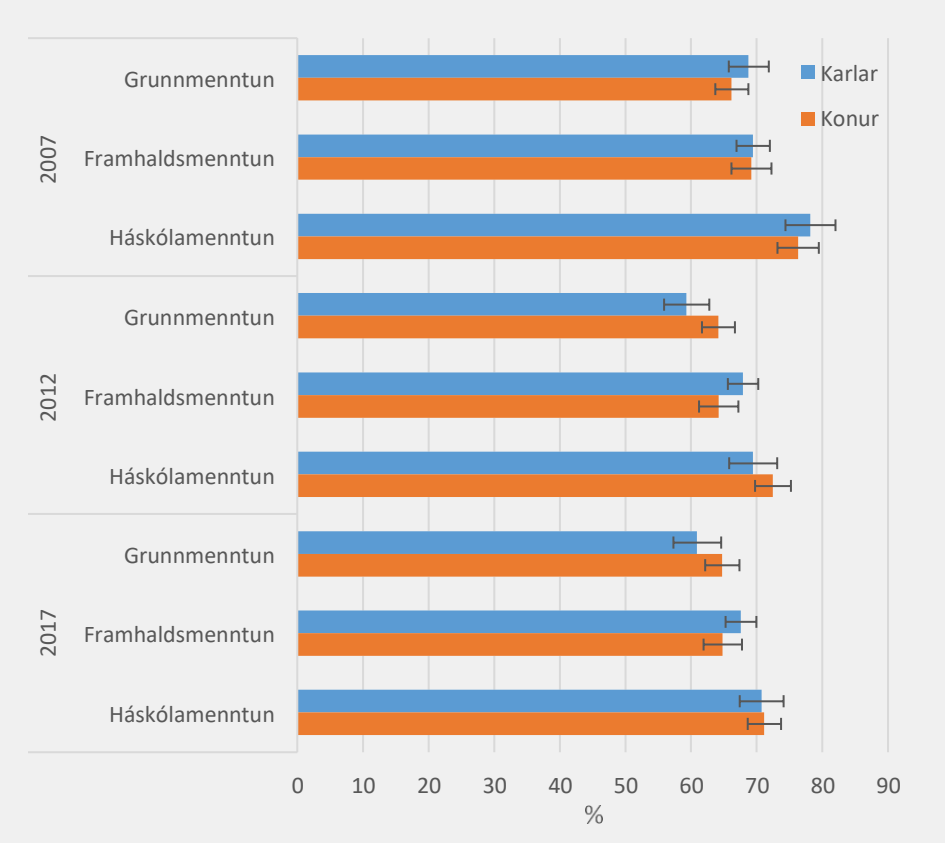
Hlutfall fullorðinna sem metur hamingju sína að minnsta kosti 8 á skalanum 1-10

Spurning: *Þegar á heildina er litið, hversu hamingjusama/n telur þú þig vera?*
Svarmöguleikar*: 1 Mjög óhamingjusöm/-samur. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10 Mjög hamingjusöm/-samur*

Almennt meta um tveir þriðju hlutar landsmanna hamingju sína að minnsta kosti 8 á skalanum 1-10 samkvæmt rannsókninni Heilsa og líðan Íslendinga. Hefur þetta hlutfall lækkað lítillega undanfarin ár, einkum milli áranna 2007 og 2012. Lítill munur er á milli kynja þegar þessi mælikvarði er annars vegar. Athygli vekur þó að hlutfallslega minni munur er á hamingju eftir menntun en erfiðleikum við að ná endum saman.

Um 61% karla með grunnmenntun mátu hamingju sína að minnsta kosti 8 á skalanum 1-10 árið 2017. Samsvarandi hlutfall fyrir háskólamenntaða karla var um 71%. Er munurinn milli þessara tveggja hópa marktækur. Bilið milli menntunarhópa karla hefur staðið í stað frá árinu 2012.

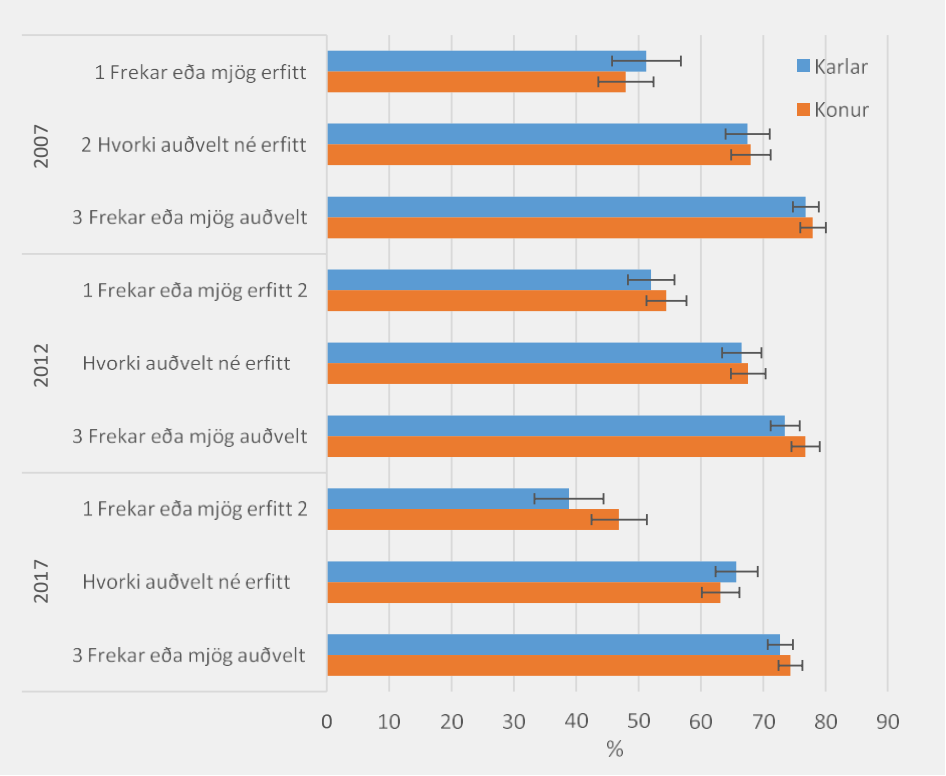
Árið 2017 mátu tæplega 65% kvenna með grunnmenntun hamingju sína að minnsta kosti 8 á skalanum 1-10 en um 71% kvenna með háskólamenntun. Marktækur munur er á milli hópanna tveggja. Hefur bilið milli menntunarhópa kvenna staðið í stað frá árinu 2012.



Mynd 10a. Hlutfall fullorðinna sem metur hamingju sína að minnsta kosti 8 á skalanum 1-10 2007, 2012 og 2017, greint eftir menntun.

Eins og fyrr sagði er hlutfallslega meiri munur á hamingju ef gögnin eru greind eftir mati á erfiðleikum við að ná endum saman heldur en ef þau eru greind eftir menntun. Þannig mat um 40% karla í hópi þeirra sem eiga erfitt með að ná endum saman hamingju sína að minnsta kosti 8 á skalanum 1-10 árið 2017. Til samanburðar mat tæplega 73% karla sem áttu auðvelt með að ná endum saman hamingju sína að minnsta kosti 8 það sama ár. Er munurinn milli hópanna tveggja marktækur. Frá árinu 2012 hefur bilið milli þessara hópa aukist.

Tæplega 47% kvenna sem áttu erfitt með að ná endum saman mátu hamingju sína að minnsta kosti 8 á skalanum 1-10 árið 2017 en liðlega 74% kvenna sem áttu auðvelt með að ná endum saman. Er munurinn milli hópanna tveggja marktækur og hefur bilið milli hópanna aukist frá 2012.



Mynd 10b. Hlutfall fullorðinna sem metur hamingju sína að minnsta kosti 8 á skalanum 1-10 2007, 2012 og 2017, greint eftir mati á erfiðleikum fjölskyldunnar við að ná endum saman.

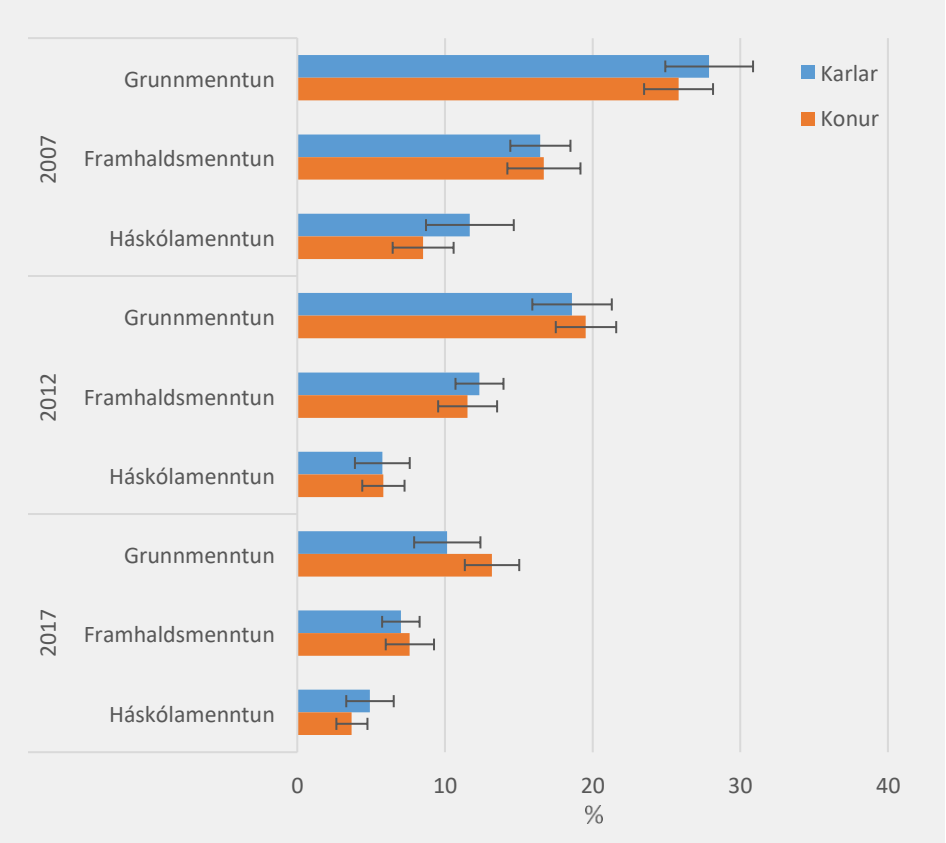
Lykilvísar í kaflanum lifnaðarhættir

Hlutfall fullorðinna sem reykir daglega

***Spurning**: Reykir þú sígarettur, vindla eða píputóbak? Hér er ekki átt við rafsígarettur.*
***Svarmöguleikar**: Já, ég reyki daglega. Já, ég reyki að minnsta kosti vikulega. Já, ég reyki sjaldnar en vikulega. Nei, en ég hef reykt og er hætt/ur því. Nei, ég hef aldrei reykt.*

Allverulega hefur dregið úr daglegum reykingum hér á landi síðastliðinn áratug. Tíðni reykinga er þó enn mjög mismunandi eftir þjóðfélagshópum. Þannig reykja hlutfallslega fleiri með grunnmenntun daglega heldur en þeir sem eru með meiri menntun að baki. Á það bæði við um karla og konur og allar fyrirlagnir rannsóknarinnar Heilsa og líðan Íslendinga. Samskonar fylgni má sjá ef gögn um daglegar reykingar eru greind eftir efnahag. Almennt er lítill munur á daglegum reykingum karla og kvenna.
Um 10% karla með grunnmenntun reyktu daglega árið 2017 á móti tæplega 4% karla með háskólamenntun. Er munurinn milli þessara tveggja hópa marktækur. Karlar með grunnmenntun voru tvisvar sinnum líklegri en karlar með háskólamenntun til þess að reykja daglega árið 2017. Bilið milli menntunarhópa karla hefur þó minnkað frá árinu 2012.

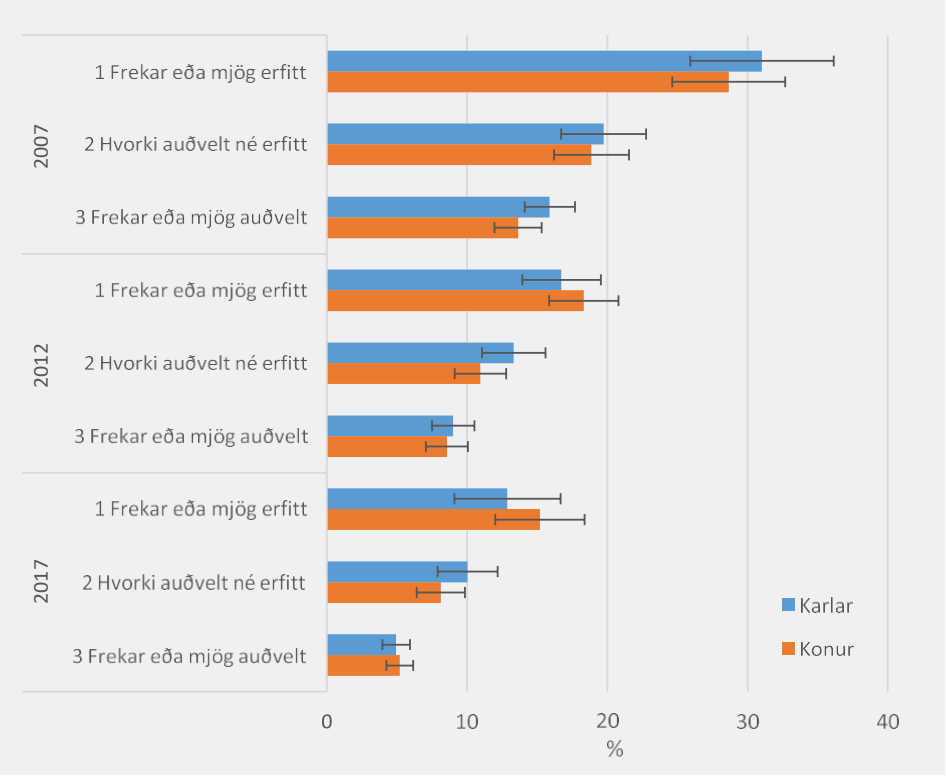
Ríflega 13% kvenna með grunnmenntun reyktu daglega árið 2017 en tæplega 4% kvenna með háskólamenntun. Marktækur munur er á milli hópanna tveggja. Konur með grunnmenntun voru 3,6 sinnum líklegri en konur með háskólamenntun til þess að reykja daglega árið 2017. Hlutfallslegt bil milli hópanna jókst lítillega frá árinu 2012 þrátt fyrir að dregið hafi úr daglegum reykingum í báðum hópum.



Mynd 11a. Hlutfall fullorðinna sem reykir daglega 2007, 2012 og 2017, greint eftir menntun.

Um 13% karla í hópi þeirra sem áttu erfitt með að ná endum saman reyktu daglega árið 2017. Til samanburðar reyktu um 5% karla sem áttu auðvelt með að ná endum saman daglega það sama ár. Um 8 prósentustig skilja hópana tvo að og er munurinn milli þeirra marktækur. Karlar sem áttu erfitt með að ná endum saman voru 2,6 sinnum líklegri en karlar sem áttu auðvelt með að ná endum saman til þess að reykja daglega árið 2017. Hefur hlutfallslegt bil milli þessara tveggja hópa karlmanna aukist nokkuð frá árinu 2012, þó að dregið hafi úr reykingum í báðum hópum.

Ríflega 15% kvenna sem áttu erfitt með að ná endum saman reyktu daglega árið 2017 en rúmlega 5% kvenna sem áttu auðvelt með að ná endum saman. Um 10 prósentustig eru milli hópanna tveggja og er munurinn marktækur. Konur sem áttu erfitt með að ná endum saman voru nærri þrisvar sinnum líklegri en konur sem áttu auðvelt með að ná endum saman til þess að reykja daglega árið 2017. Hefur hlutfallslegt bil milli þessara tveggja hópa kvenna aukist frá árinu 2012, en tíðnin í hópunum hefur þó lækkað.



Mynd 11b. Hlutfall fullorðinna sem reykir daglega 2007, 2012 og 2017, greint eftir mati á erfiðleikum fjölskyldunnar við að ná endum saman.

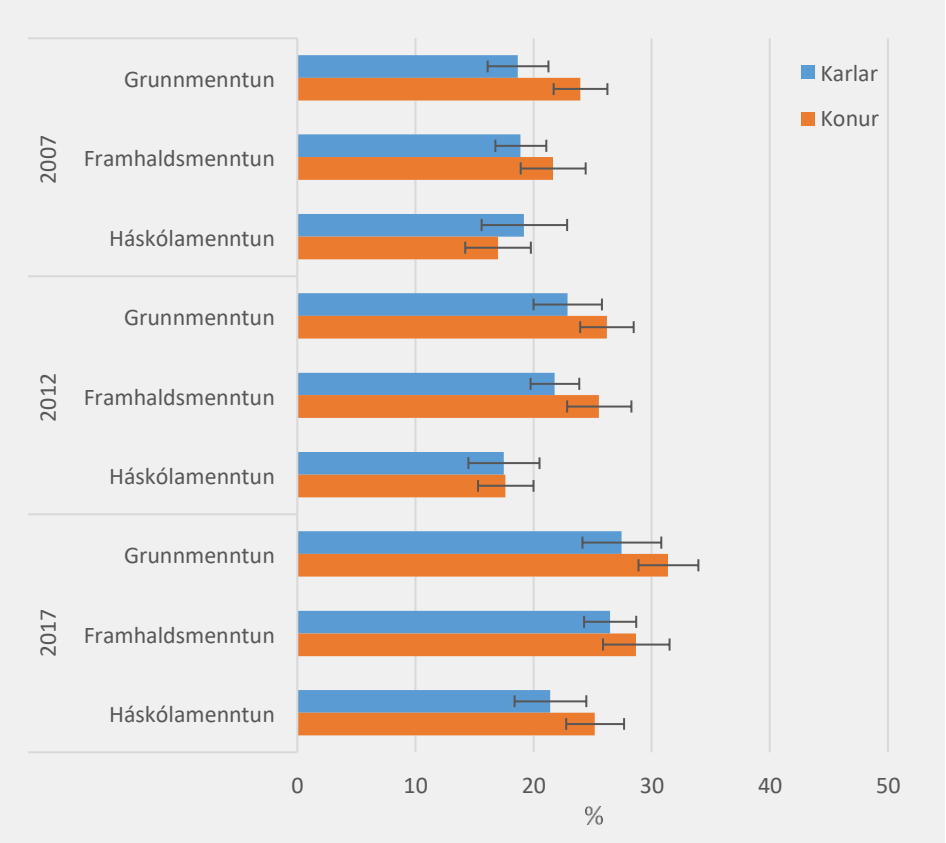
Hlutfall offitu meðal fullorðinna

***Spurning**: Hver er hæð þín í sentímetrum?*
***Spurning**: Hver er þyngd þín í kílógrömmum? (Konur sem eru barnshafandi vinsamlegast svari til um þyngd sína mánuðinn áður en þær urðu þungaðar).*
***Athugasemd**: Líkamsþyngdarstuðull er reiknaður með því deila þyngd í kílóum með hæð í metrum í öðru veldi (kg/m2). Offita = Líkamsþyngdarstuðull ≥ 30.*

Rannsóknin Heilsa og líðan Íslendinga gefur vísbendingar um að offita hafi aukist allnokkuð undanfarinn áratug en hlutfall fullorðinna með líkamsþyngdarstuðul 30 eða meira fór úr 20,1% árið 2007 í 26,6% árið 2017. Almennt er lítill munur á offitu milli kynja þó að lítillega fleiri konur falli undir viðmið um offitu.

Um 27% karla með grunnmenntun féllu í flokk offitu árið 2017 en rúmlega 21% karla með háskólamenntun. Er munurinn milli þessara tveggja hópa þó ekki marktækur. Karlar með grunnmenntun voru 1,3 sinnum líklegri en karlar með háskólamenntun til þess að falla í flokk offitu árið 2017. Bilið milli menntunarhópa karla hefur lítið breyst frá árinu 2012.

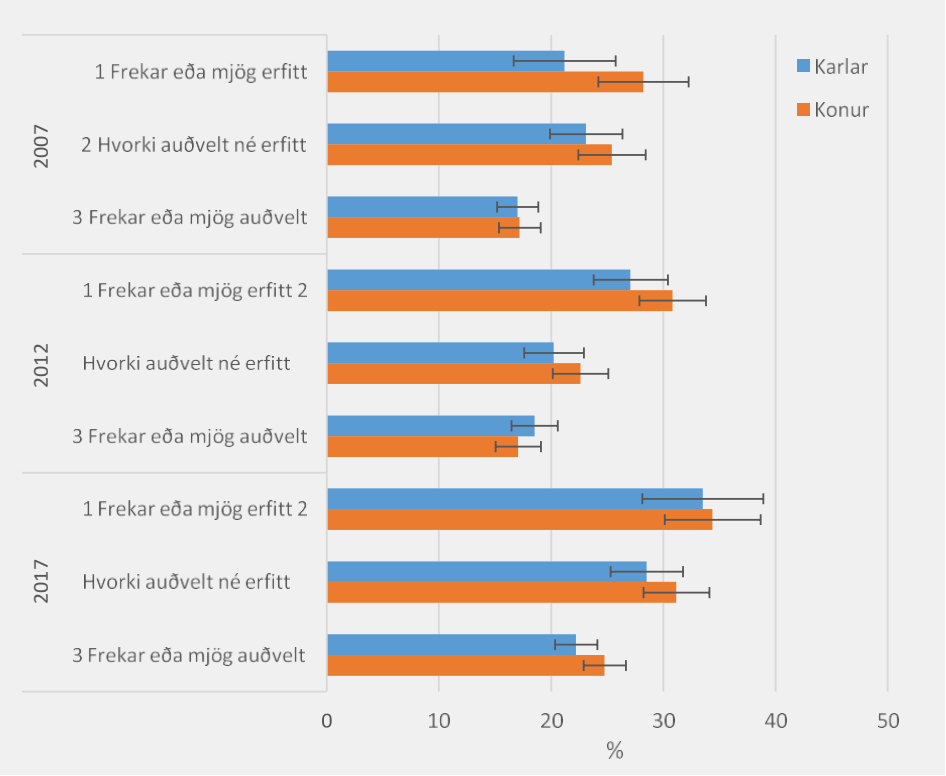
Tæpur þriðjungur kvenna (31,4%) með grunnmenntun féllu undir skilgreiningu um offitu árið 2017 en fjórðungur kvenna (25,2%) með háskólamenntun. Marktækur munur er á milli hópanna tveggja. Konur með grunnmenntun voru 1,3 sinnum líklegri en konur með háskólamenntun til þess að falla í flokk offitu árið 2017. Hefur hlutfallslegt bil milli menntunarhópanna minnkað frá árinu 2012, einkum vegna meiri aukningar í tíðni offitu meðal háskólamenntaðra kvenna.



Mynd 12a. Hlutfall fullorðinna með offitu 2007, 2012 og 2017, greint eftir menntun.

Um þriðjungur karla (33,5%) í hópi þeirra sem eiga erfitt með að ná endum saman féllu undir viðmið um offitu árið 2017. Til samanburðar var rúmlega 22% karla sem áttu auðvelt með að ná endum saman með offitu það sama ár. Er munurinn milli hópanna tveggja marktækur. Karlar sem áttu erfitt með að ná endum saman voru 1,5 sinnum líklegri en karlar sem áttu auðvelt með að ná endum saman til þess að vera með offitu árið 2017. Hefur bilið milli þessara tveggja hópa karlmanna staðið í stað frá árinu 2012.

Rúmur þriðjungur kvenna (34,4%) sem átti erfitt með að ná endum saman féll undir viðmið um offitu árið 2017 en um fjórðungur kvenna (24,8%) sem áttu auðvelt með að ná endum saman. Tæp 10 prósentustig skilja hópana tvo að og er munurinn marktækur. Konur sem áttu erfitt með að ná endum saman voru 1,4 sinnum líklegri en konur sem áttu auðvelt með að ná endum saman til þess að vera með líkamsþyngdarstuðul 30 eða meira árið 2017. Hefur bilið milli þessara tveggja hópa kvenna minnkað frá árinu 2012, einkum vegna meiri aukningar á tíðni offitu í hópi þeirra sem áttu auðvelt með að ná endum saman. Var aukningin 45% í þeim hópi á móti 12% aukningu í hópi þeirra sem áttu erfitt með að ná endum saman.



Mynd 12b. Hlutfall fullorðinna með offitu 2007, 2012 og 2017, greint eftir mati á erfiðleikum fjölskyldunnar við að ná endum saman.

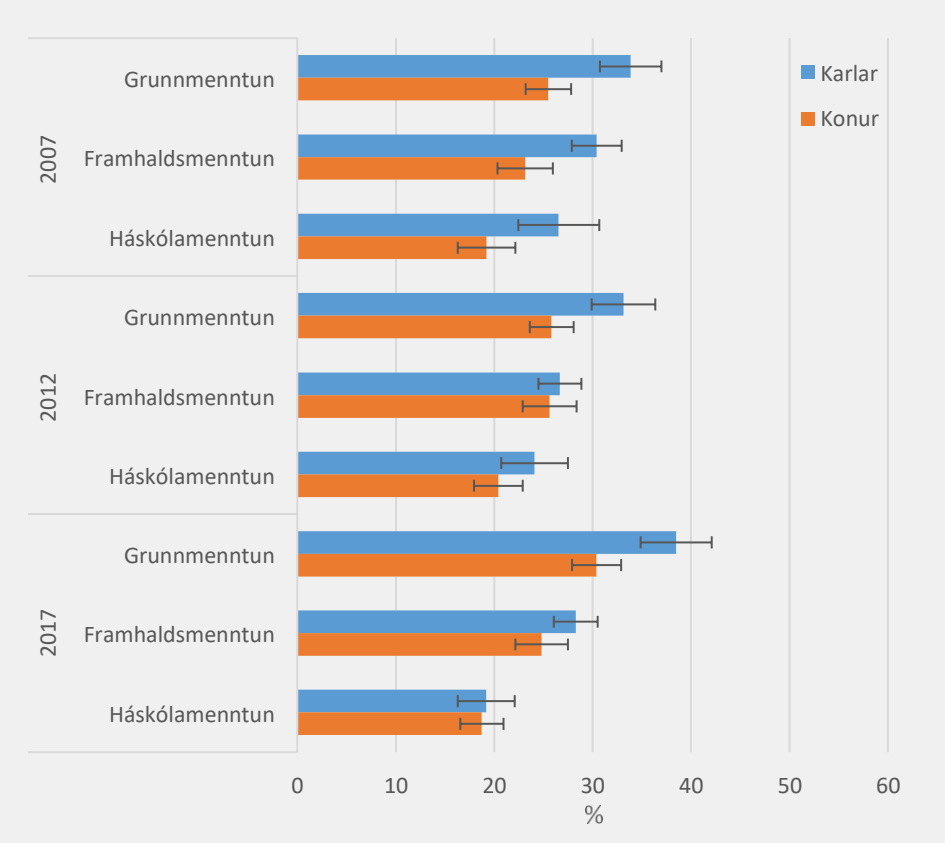
Hlutfall fullorðinna sem sefur að jafnaði 6 klst. eða minna á nóttu

***Spurning**: Hversu margar klukkustundir sefur þú að jafnaði á nóttu?*
***Svarmöguleikar**: Minna en 5 klukkustundir. Um 5 klukkustundir. Um 6 klukkustundir. Um 7 klukkustundir. Um 8 klukkustundir. Um 9 klukkustundir. Um 10 klukkustundir. Meira en 10 klukkustundir.*

Samkvæmt rannsókninni Heilsa og líðan Íslendinga virðist lítil breyting hafa orðið milli áranna 2007 og 2017 á hlutfalli fullorðinna sem sofa minna en sex klukkustundir á nóttu. Á það við um fjórðung fullorðinna Íslendinga en almennt sofa hlutfallslega fleiri karlmenn of stutt heldur en konur. Á hinn bóginn er talsverður munur á svefni ef tekið er mið af efnahagslegri stöðu og menntunarstigi.

Um 38% karla með grunnmenntun svaf að jafnaði 6 klukkustundir eða minna árið 2017. Samsvarandi hlutfall fyrir háskólamenntaða karla var liðlega 19%. Er munurinn milli þessara tveggja hópa marktækur. Árið 2017 voru karlar með grunnmenntun því tvisvar sinnum líklegri en karlar með háskólamenntun til þess að sofa of stutt. Bilið milli menntunarhópa karla hefur aukist frá árinu 2012.

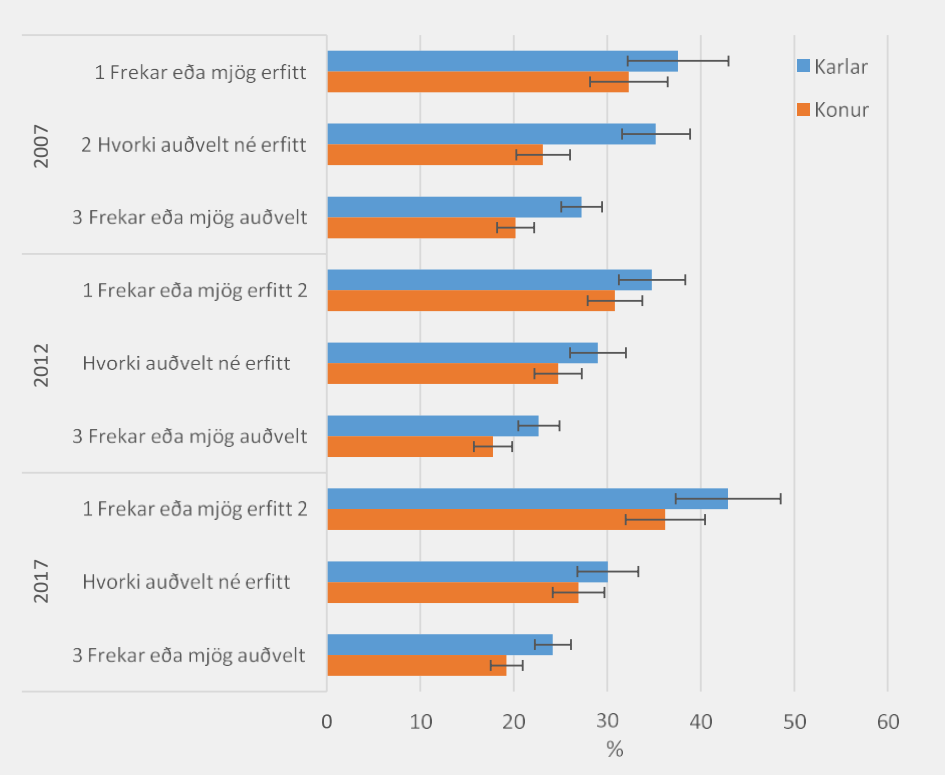
Tæplega þriðjungur kvenna með grunnmenntun (30,4%) svaf að jafnaði 6 klukkustundir eða minna árið 2017 en tæplega fimmtungur kvenna með háskólamenntun (18,7%). Marktækur munur er á milli hópanna tveggja. Árið 2017 voru konur með grunnmenntun 1,6 sinnum líklegri en konur með háskólamenntun til þess að sofa of stutt. Hefur bilið milli menntunarhópa kvenna aukist frá árinu 2012.



Mynd 13a. Hlutfall fullorðinna sem sefur að jafnaði 6 klst. eða minna á nóttu 2007, 2012 og 2017, greint eftir menntun.

Þegar á heildina er litið sofa fleiri of stutt í hópi þeirra sem eiga erfitt með að ná endum saman heldur en í hópi þeirra sem eiga auðvelt með að ná endum saman. Á það við um bæði kyn og allar fyrirlagnir rannsóknarinnar Heilsa og líðan Íslendinga. Um 43% karla sem áttu erfitt með að ná endum saman sváfu að jafnaði 6 klukkustundir eða minna árið 2017. Til samanburðar sváfu um 24% karla sem áttu auðvelt með að ná endum saman 6 klukkustundir eða minna það sama ár. Um 19 prósentustig skilja hópana tvo að og er munurinn milli þeirra marktækur. Karlar sem áttu erfitt með að ná endum saman voru nærri 1,8 sinnum líklegri en karlar sem áttu auðvelt með að ná endum saman til þess að sofa of stutt árið 2017. Hefur bilið milli þessara tveggja hópa karlmanna aukist frá árinu 2012.

Um 36% kvenna sem áttu erfitt með að ná endum saman sváfu 6 klukkustundir eða minna á nóttu árið 2017 en um fimmtungur þeirra sem áttu auðvelt með að ná endum saman (19%). Um sautján prósentustig skilja hópana tvo að og er munurinn marktækur. Konur sem áttu erfitt með að ná endum saman voru nærri 1,9 sinnum líklegri en konur sem áttu auðvelt með að ná endum saman til þess að sofa of stutt árið 2017. Hefur bilið milli þessara tveggja hópa kvenna aukist frá árinu 2012.



Mynd 13b. Hlutfall fullorðinna sem sefur að jafnaði 6 klst. eða minna á nóttu 2007, 2012 og 2017, greint eftir mati á erfiðleikum fjölskyldunnar við að ná endum saman.

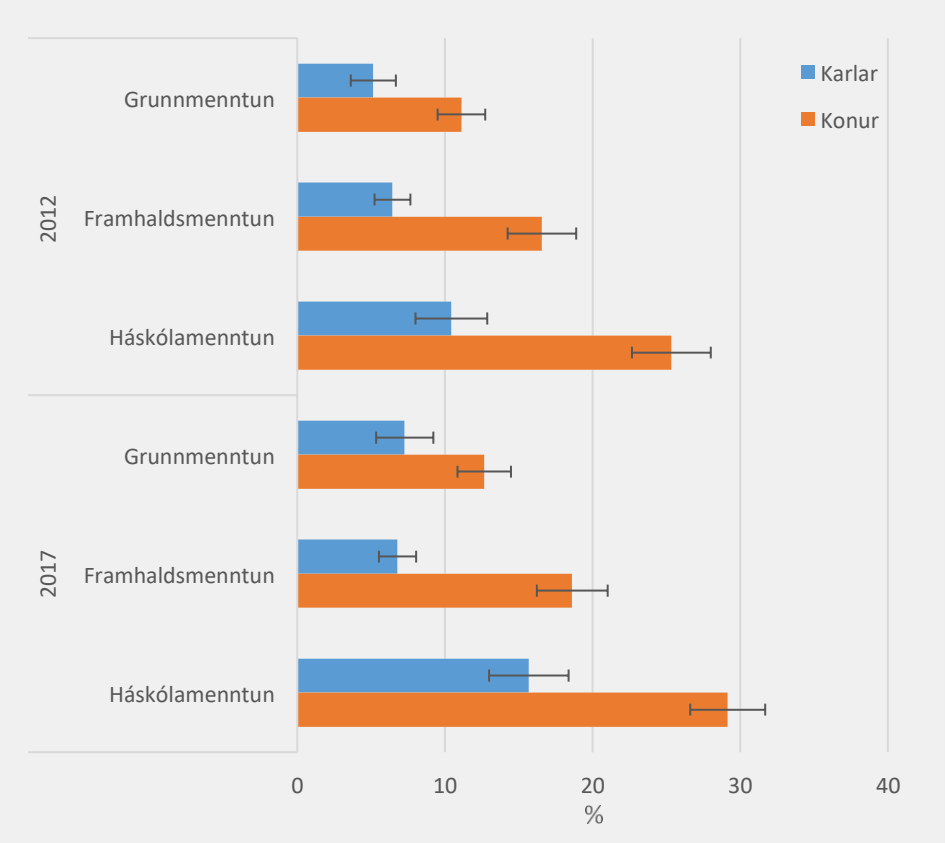
Hlutfall fullorðinna sem borðar grænmeti að minnsta kosti tvisvar á dag

Spurning: *Hversu oft borðar þú grænmeti (ferskt, fryst, soðið eða matreitt)?*
Svarmöguleikar*: Sjaldnar en einu sinni í viku. Einu sinni í viku. 2-3 sinnum í viku. 4-6 sinnum í viku. Einu sinni á dag. 2 sinnum á dag. 3 sinnum á dag eða oftar.*

Samkvæmt rannsókninni Heilsa og líðan Íslendinga fjölgaði þeim lítillega sem borða grænmeti tvisvar á dag eða oftar á milli áranna 2012 og 2017. Á það við um bæði kyn þó að mun fleiri konur borði grænmeti tvisvar á dag eða oftar heldur en karlar. Fylgni er milli grænmetisneyslu og menntunarstöðu annars vegar og grænmetisneyslu og efnahagslegrar stöðu hins vegar.

Rúmlega 7% karla með grunnmenntun borðuðu grænmeti að minnsta kosti tvisvar á dag árið 2017 en tæplega 16% karla með háskólamenntun. Er munurinn milli þessara tveggja menntunarhópa karla marktækur og hefur bilið milli þeirra aukist frá árinu 2012.

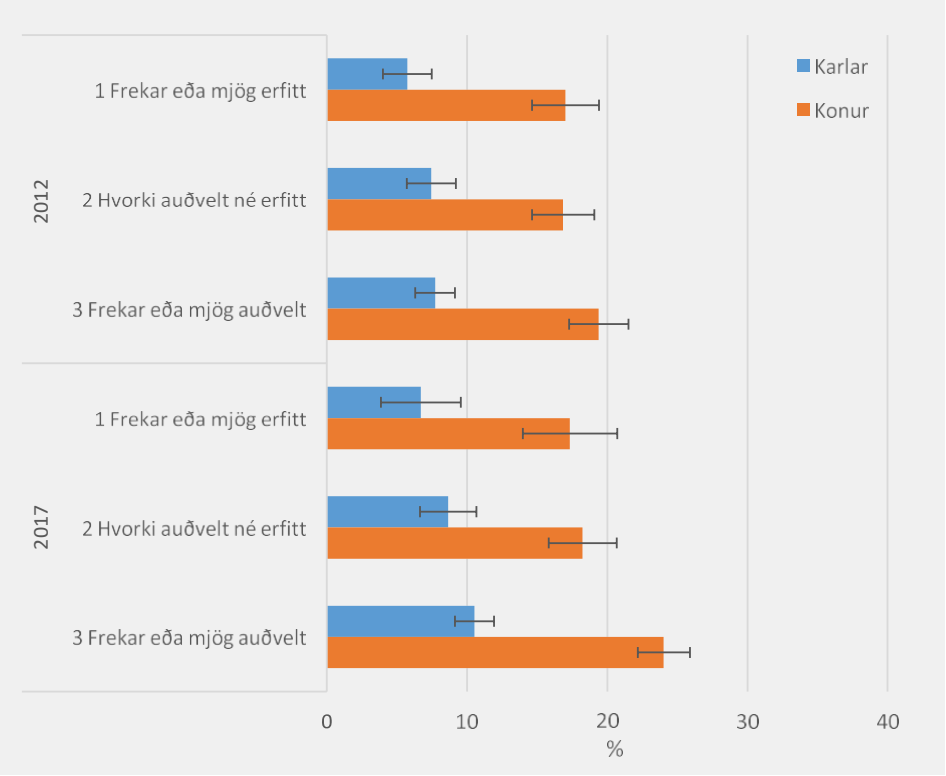
Eins og fyrr segir borða hlutfallslega fleiri konur grænmeti tvisvar á dag eða oftar heldur en karlar. Er það óháð menntun og því hvernig fjölskyldunni gengur að ná endum saman. Tæplega 13% kvenna með grunnmenntun borðuðu grænmeti að minnsta kosti tvisvar á dag árið 2017 en 29% kvenna með háskólamenntun. Marktækur munur er á milli hópanna tveggja. Hefur bilið milli menntunarhópa kvenna staðið í stað frá árinu 2012.



Mynd 14a. Hlutfall fullorðinna sem borðar grænmeti að minnsta kosti tvisvar á dag 2012 og 2017, greint eftir menntun.

Tæplega 7% karla sem áttu erfitt með að ná endum saman borðuðu grænmeti að minnsta kosti tvisvar á dag árið 2017. Til samanburðar borðuðu 10,5% karla sem áttu auðvelt með að ná endum saman grænmeti að minnsta kosti tvisvar á dag það sama ár. Er munurinn milli hópanna tveggja marktækur. Hefur bilið milli þessara tveggja hópa karlmanna aukist frá árinu 2012.

Liðlega 17% kvenna sem áttu erfitt með að ná endum saman borðuðu grænmeti að minnsta kosti tvisvar á dag árið 2017 en 24% kvenna sem áttu auðvelt með að ná endum saman. Tæplega sjö prósentustig skilja hópana tvo að og er munurinn marktækur. Hefur bilið milli þessara tveggja hópa kvenna aukist frá árinu 2012.



Mynd 14b. Hlutfall fullorðinna sem borðar grænmeti að minnsta kosti tvisvar á dag 2012 og 2017, greint eftir mati á erfiðleikum fjölskyldunnar við að ná endum saman.

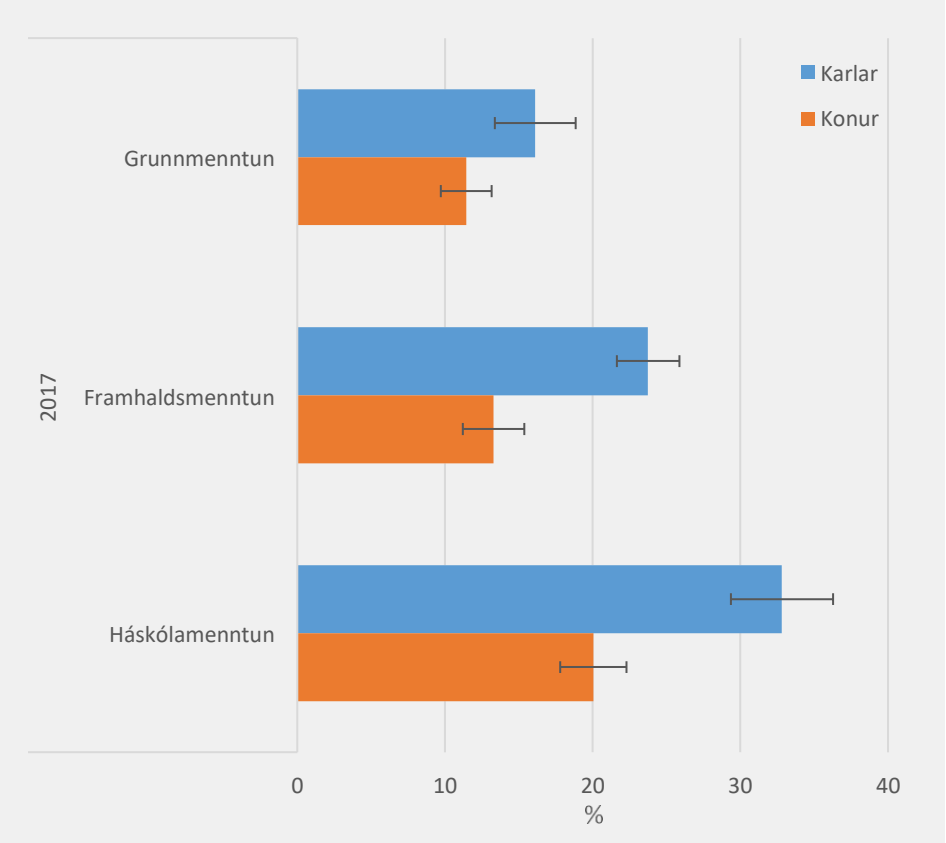
Hlutfall fullorðinna sem drekkur áfengi að minnsta kosti tvisvar í viku

***Spurning**: Hversu oft á síðustu 12 mánuðum hefur þú drukkið áfengan drykk?*
***Svarmöguleikar**: Daglega eða næstum daglega. 4-5 sinnum í viku. 2-3 sinnum í viku. 2-4 sinnum í mánuði. Einu sinni í mánuði eða sjaldnar. Aldrei á síðustu 12 mánuðum.*

Eins og fram hefur komið fylgir heilsufarslegur ójöfnuður oftar en ekki félags- og efnahagslegri stigskiptingu samfélagsins. Þannig er fólk með hærra menntunarstig og/eða meiri tekjur alla jafna við betri heilsu og ástundar heilsusamlegra líferni heldur en þeir sem hafa minni menntun eða búa við betri afkomu. Þessu er hins vegar þveröfugt farið þegar áfengisnotkun er annars vegar. Rannsóknin Heilsa og líðan Íslendinga gefur vísbendingar um að áfengisnotkun aukist með meiri menntun og að einhverju leyti með betri afkomu, þó að sá munur sé ekki marktækur. Á þetta bæði við um karla og konur. Þá er áfengisneysla karla að jafnaði nokkuð meiri heldur en áfengisneysla kvenna. Því miður hefur verið gerð breyting á spurningum um áfengisnotkun í rannsókninni Heilsa og líðan Íslendinga þannig að samanburðarmælingar eru ekki fyrir hendi.

Árið 2017 drakk um þriðjungur karla (32,8%) með háskólamenntun áfengi að minnsta kosti tvisvar í viku. Samsvarandi hlutfall karla með grunnmenntun var 16,1%. Er munurinn milli þessara tveggja hópa marktækur.

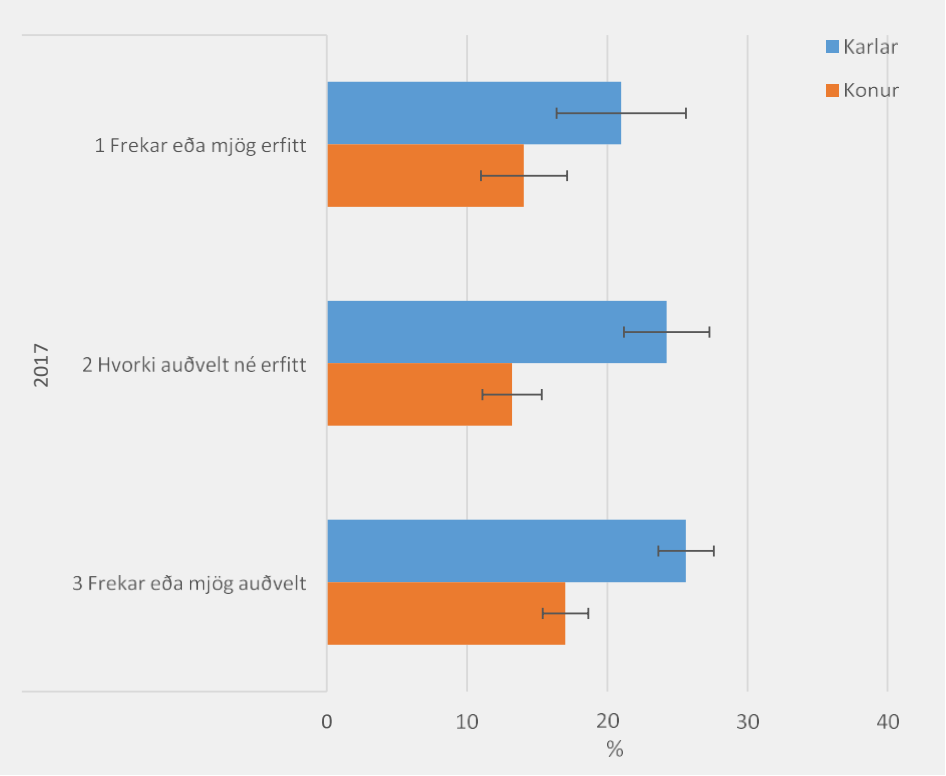
Ríflega 11% kvenna með grunnmenntun drukku áfengi að minnsta kosti tvisvar í viku árið 2017 en um 20% kvenna með háskólamenntun. Marktækur munur er á milli hópanna tveggja.



Mynd 15a. Hlutfall fullorðinna sem drekkur áfengi að minnsta kosti tvisvar í viku 2017, greint eftir menntun.

Hlutfallslega minni munur er á áfengisneyslu ef gögnin eru greind eftir afkomu heldur en eftir ef þau eru greind eftir menntunarstigi. Um 21% karla í hópi þeirra sem eiga erfitt með að ná endum saman drukku áfengi að minnsta kosti tvisvar í viku árið 2017. Til samanburðar drakk fjórðungur karla (25,6%) sem átti auðvelt með að ná endum saman áfengi að minnsta kosti tvisvar í viku það sama ár. Er munurinn milli hópanna tveggja þó ekki marktækur.

Um 14% kvenna sem áttu erfitt með að ná endum saman drukku áfengi að minnsta kosti tvisvar í viku árið 2017 en 17% kvenna sem áttu auðvelt með að ná endum saman. Er munurinn milli hópanna tveggja ekki marktækur.



Mynd 15b. Hlutfall fullorðinna sem drekkur áfengi að minnsta kosti tvisvar í viku 2017, greint eftir mati á erfiðleikum fjölskyldunnar við að ná endum saman.

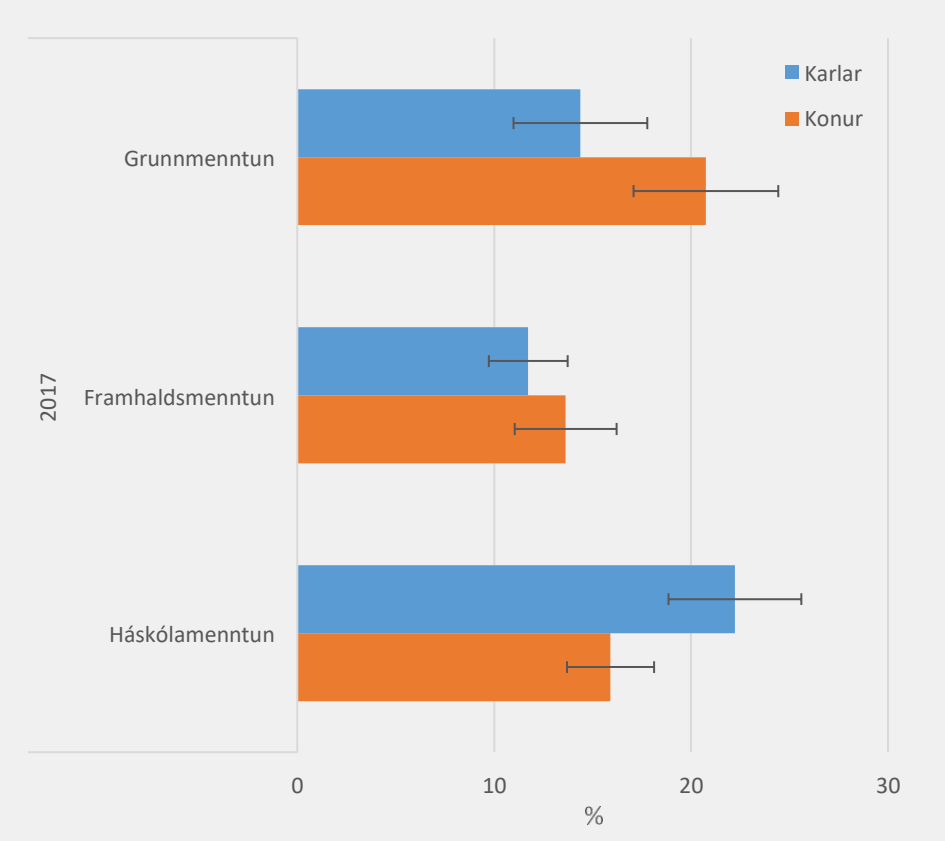
Hlutfall fullorðinna sem hjólar eða gengur þrisvar sinnum í viku eða oftar til vinnu eða skóla

Spurning: *Hvernig hefur þú ferðast til vinnu (eða skóla) undanfarna sjö daga? a) Gangandi. b) Hjólandi.*
Svarmöguleikar: *Aldrei. 1 sinni. 2 sinnum. 3 sinnum. 4 sinnum. 5 sinnum. 6 sinnum. 7 sinnum.*
Athugasemd: *Greiningin tekur aðeins til þeirra sem eru á vinnumarkaði eða í skóla.*

Vísirinn virkur ferðamáti fullorðinna, þ.e. hlutfall þeirra sem hjóla eða ganga þrisvar sinnum í viku eða oftar til vinnu eða skóla fylgir ekki félagslegri stigskiptingu með jafn afgerandi hætti og margir aðrir lykilvísar sem hér eru til skoðunar. Því miður hefur verið gerð breyting á spurningu er varðar virkan ferðamáta í rannsókninni Heilsa og líðan Íslendinga þannig að samanburðarmælingar eru ekki fyrir hendi.

Árið 2017 voru karlar með háskólamenntun líklegri til þess að nota virkan ferðamáta heldur en kynbræður þeirra með minni menntun. Þannig notuðu rúmlega 22% karla með háskólamenntun virkan ferðamáta þrisvar í viku eða oftar árið 2017. Samsvarandi hlutfall karla með grunnmenntun var 14,4%. Er munurinn milli þessara tveggja hópa þó ekki marktækur auk þess sem karlmenn með framhaldsmenntun voru ólíklegri en þeir sem eru með grunnmenntun til þess að ganga eða hjóla til vinnu eða skóla.

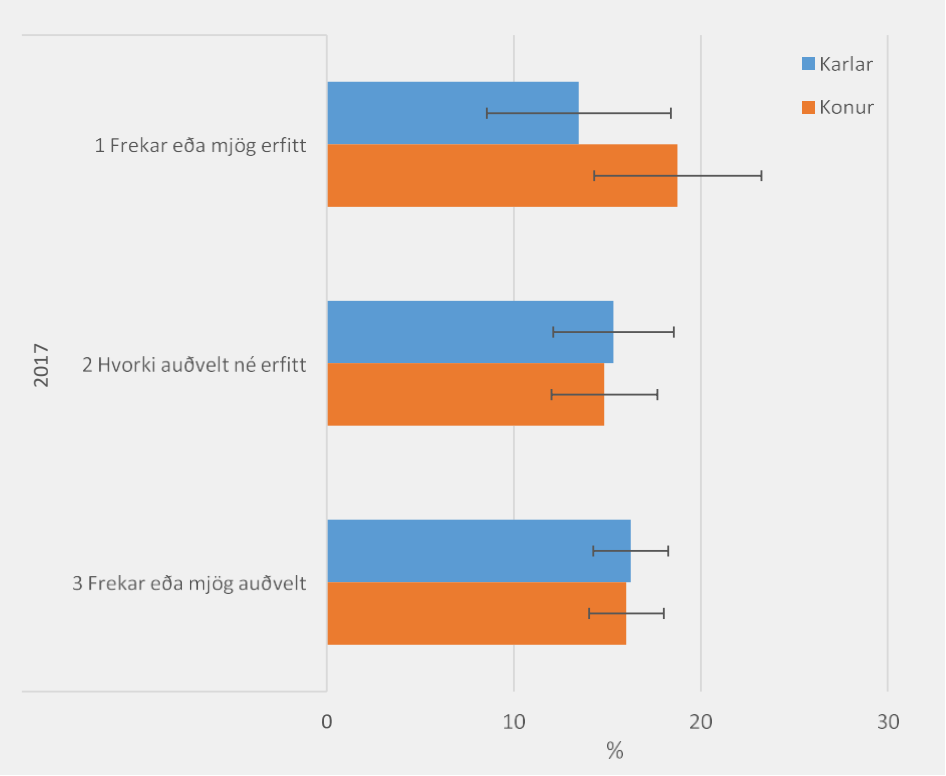
Hvað konurnar áhrærir þá snýst myndin við á þann veg að konur með grunnmenntun voru líklegri til þess að nota virkan ferðamáta þrisvar í viku eða oftar (20,8%) heldur en konur með háskólamenntun (15,9%). Marktækur munur er á milli hópanna tveggja en eins og hjá körlunum. Þá voru konur með framhaldsmenntun ólíklegastar til þess að nota virkan ferðamáta.



Mynd 16a. Hlutfall fullorðinna sem hjólar eða gengur þrisvar sinnum í viku eða oftar til vinnu eða skóla 2017, greint eftir menntun.

Hlutfallslega minni munur er á virkum ferðamáta ef gögnin eru greind eftir afkomu heldur en ef þau eru greind eftir menntunarstigi. Rúmlega 16% karla í hópi þeirra sem áttu auðvelt með að ná endum saman árið 2017, hjóluðu eða gengu til vinnu eða skóla þrisvar sinnum í viku eða oftar. Til samanburðar notaði tæplega 14% karla sem áttu erfitt með að ná endum saman virkan ferðamáta að minnsta kosti þrisvar sinnum í viku. Ekki er marktækur munur á milli hópanna.

Árið 2017 sagðist tæplega 19% kvenna sem áttu erfitt með að ná endum saman hjóla eða ganga til vinnu eða skóla að minnsta kosti þrisvar sinnum í viku. Samsvarandi hlutfall kvenna sem áttu auðvelt með að ná endum saman var 16% og er munurinn milli hópanna tveggja ekki marktækur.



Mynd 16b. Hlutfall fullorðinna sem hjólar eða gengur þrisvar sinnum í viku eða oftar til vinnu eða skóla 2017, greint eftir mati á erfiðleikum fjölskyldunnar við að ná endum saman.

Lykilvísar í kaflanum búsetuskilyrði

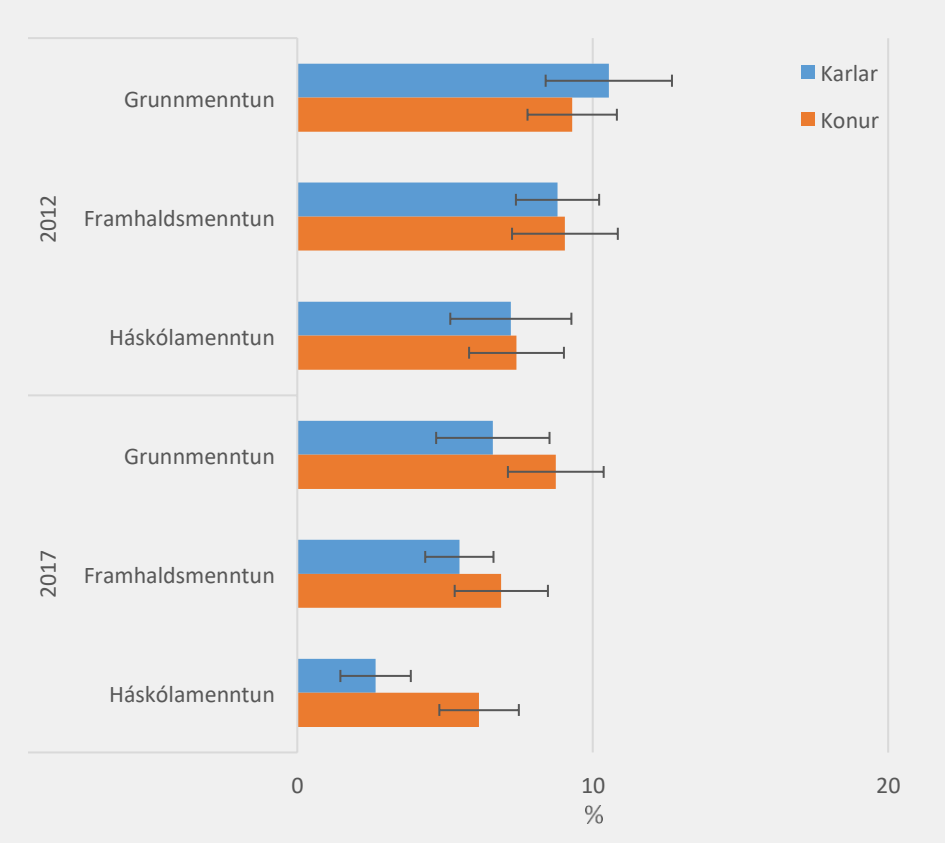
Hlutfall fullorðinna sem óttast glæpi þar sem það býr

***Spurning**: Hversu sammála eða ósammála ertu eftirfarandi fullyrðingum um svæðið þar sem þú býrð? d) Ég óttast glæpi þar sem ég bý.*
***Svarmöguleikar**: Mjög sammála. Frekar sammála. Frekar ósammála. Mjög ósammála.*
***Athugasemd**: Greiningin nær til þeirra sem eru frekar eða mjög sammála fullyrðingunni „Ég óttast glæpi þar sem ég bý“.*

Félags- og efnahagsleg staða virðist hafa nokkur áhrif á ótta við glæpi. Þannig óttast ívið fleiri með grunnmenntun glæpi þar sem þeir búa heldur en þeir sem eru með meiri menntun að baki. Hið sama gildir um þá sem eiga erfitt með að ná endum saman. Á þetta bæði við um karla og konur og fyrirlagnirnar árin 2012 og 2017 en ekki var spurt um ótta við glæpi árið 2007. Þá óttast konur frekar glæpi heldur er karlar.

Árið 2017 sagðist 6,6% karla með grunnmenntun og 2,6% karla með háskólamenntun óttast glæpi þar sem þeir búa. Er munurinn milli þessara hópa marktækur. Árið 2017 voru karlar með grunnmenntun því 2,5 sinnum líklegri en karlar með háskólamenntun til þess að óttast glæpi þar sem þeir búa. Hefur hlutfallslegt bil milli menntunarhópanna aukist frá árinu 2012 þrátt fyrir að þeim hafi fækkað hlutfallslega milli ára í báðum hópum sem óttast glæpi.

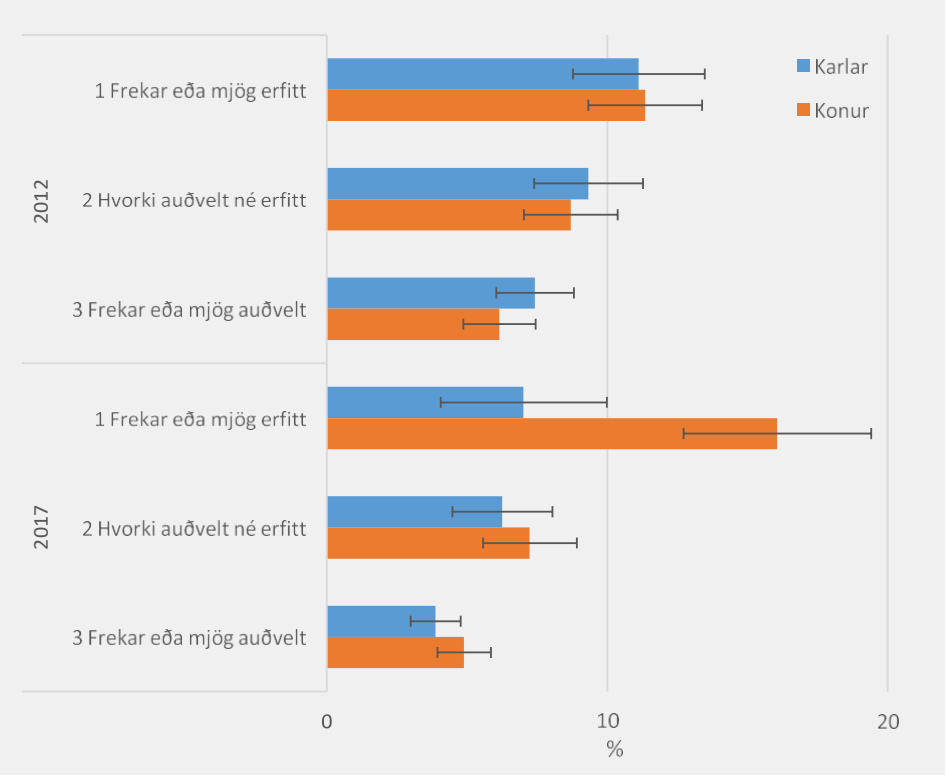
Tæplega 9% kvenna með grunnmenntun sagðist óttast glæpi árið 2017 en rúmlega 6% kvenna með háskólamenntun. Munurinn milli hópanna tveggja er þó ekki marktækur. Árið 2017 voru konur með grunnmenntun 1,4 sinnum líklegri en konur með háskólamenntun til þess að óttast glæpi þar sem þær búa. Bilið milli menntunarhópa kvenna hefur aukist frá árinu 2012.



Mynd 17a. Hlutfall fullorðinna sem óttast glæpi þar sem það býr 2012 og 2017, greint eftir menntun.

Árið 2017 sagðist um 7% karla í hópi þeirra sem eiga erfitt með að ná endum saman óttast glæpi þar sem þeir búa. Til samanburðar óttuðust tæplega 4% karla sem áttu auðvelt með að ná endum saman glæpi sama ár. Munurinn milli hópanna tveggja er þó ekki marktækur. Árið 2017 voru karlar sem áttu erfitt með að ná endum saman 1,8 sinnum líklegri en karlar sem áttu auðvelt með að ná endum saman til þess að óttast glæpi þar sem þeir búa. Hefur bilið milli þessara tveggja hópa karlmanna aukist frá árinu 2012 þrátt fyrir að lækkun hafi orðið á hlutfalli þeirra sem óttast glæpi í báðum hópum.

Árið 2017 óttuðust um 16% kvenna sem áttu erfitt með að ná endum saman glæpi þar sem þær búa. Samsvarandi hlutfall kvenna sem áttu auðvelt með að ná endum saman var tæplega 5%. Er munurinn milli hópanna marktækur. Konur sem áttu erfitt með að ná endum saman árið 2017 voru þannig 3,3 sinnum líklegri til þess að óttast glæpi heldur en konur sem áttu auðvelt með að ná endum saman. Bilið milli þessara tveggja hópa kvenna hefur aukist frá árinu 2012, einkum vegna aukins ótta milli ára í hópi kvenna sem eiga erfitt með að ná endum saman.



Mynd 17b. Hlutfall fullorðinna sem óttast glæpi þar sem það býr 2012 og 2017, greint eftir mati á erfiðleikum fjölskyldunnar við að ná endum saman.

Lykilvísar í kaflanum félags- og mannauður

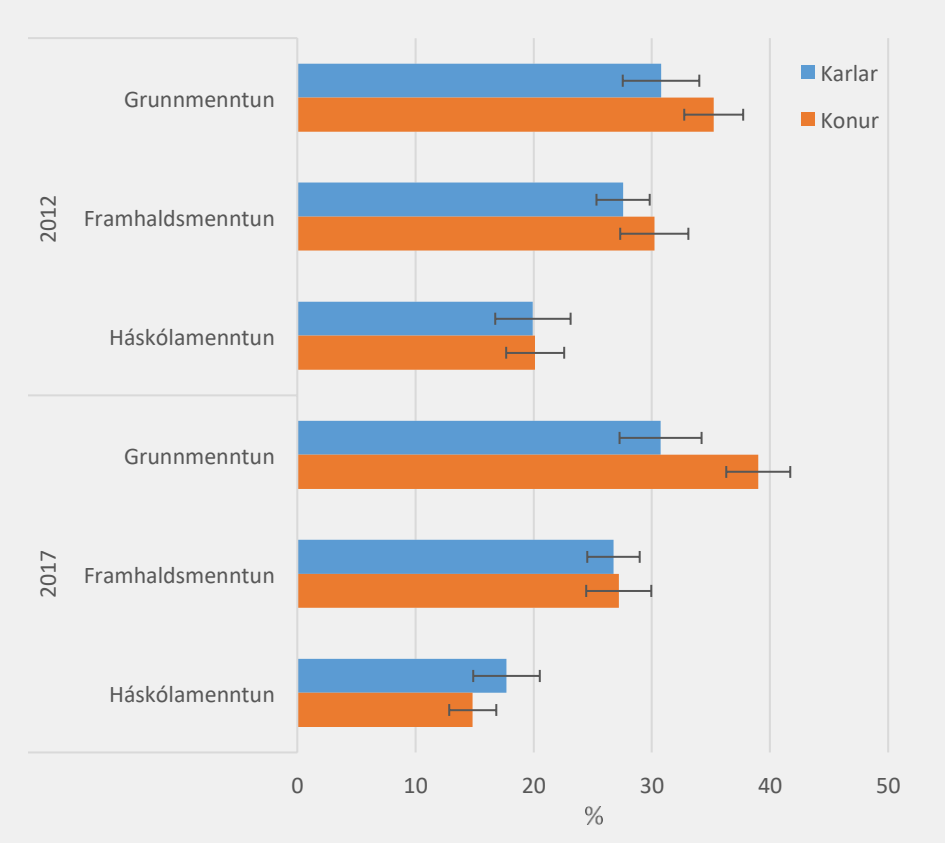
Hlutfall fullorðinna sem ber lítið traust til annars fólks

***Spurning**: Hversu sammála eða ósammála ert þú eftirfarandi fullyrðingum? b) Almennt séð þarf að gæta mikillar varúðar í samskiptum við annað fólk.*
***Svarmöguleikar**: Mjög sammála. Frekar sammála. Hvorki sammála né ósammála. Frekar ósammála. Mjög ósammála.*
***Athugasemd**: Greiningin nær til þeirra sem eru frekar eða mjög sammála því að gæta þurfi varúðar í samskiptum við annað fólk.*

Eins og með flesta aðra mælikvarða sem teknir eru til skoðunar í þessari samantekt er bæði fylgni milli trausts til annars fólks og menntunarstöðu og milli trausts til annars fólks og afkomu. Þannig bera hlutfallslega fleiri með grunnmenntun lítið traust til annars fólks heldur en þeir sem eru með meiri menntun. Hið sama má segja um þá sem eiga erfitt með að ná endum saman. Á þetta bæði við um karla og konur og fyrirlagnirnar 2012 og 2017. Ekki var spurt um traust í fyrirlögninni árið 2007.

Árið 2017 sagðist tæplega þriðjungur karla með grunnmenntun (30,7%) og tæplega 18% karla með háskólamenntun bera lítið traust til annars fólks. Er munurinn milli þessara hópa marktækur. Karlar með grunnmenntun voru því 1,7 sinnum líklegri en karlar með háskólamenntun til þess að bera lítið traust til annars fólks árið 2017. Hefur bilið milli menntunarhópa aukist frá árinu 2012.

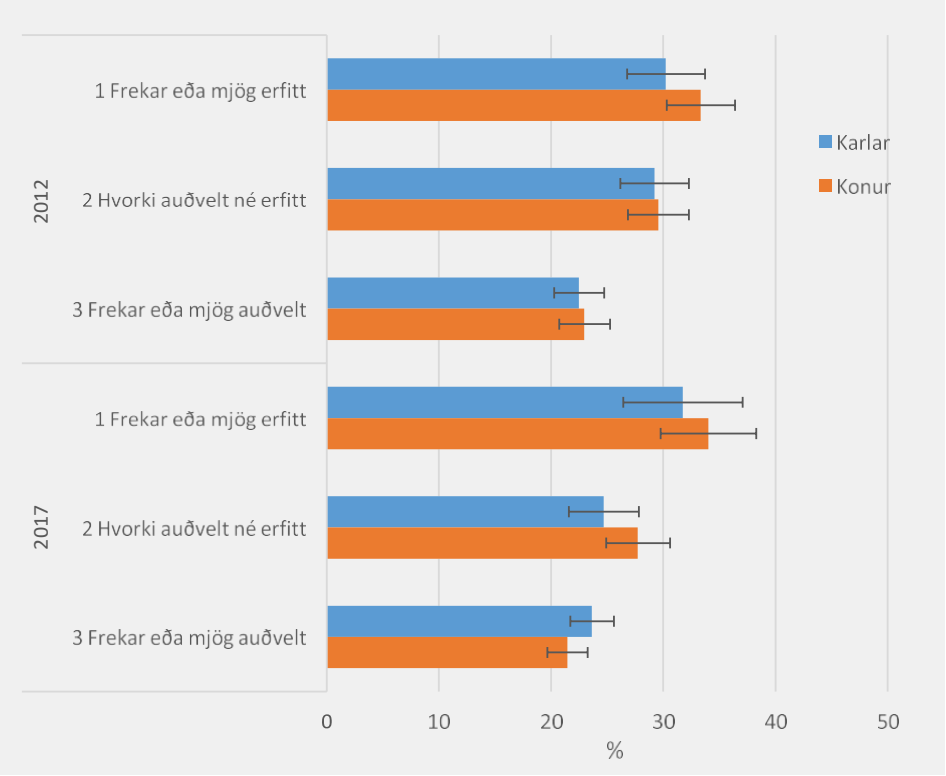
Um 39% kvenna með grunnmenntun báru lítið traust til annars fólks árið 2017 en tæplega 15% kvenna með háskólamenntun. Marktækur munur er á milli hópanna tveggja. Konur með grunnmenntun voru 2,6 sinnum líklegri en konur með háskólamenntun til þess að bera lítið traust til annars fólks árið 2017. Bilið milli menntunarhópa kvenna hefur aukist frá árinu 2012.



Mynd 18a. Hlutfall fullorðinna sem ber lítið traust til annars fólks 2012 og 2017, greint eftir menntun.

Árið 2017 sagðist tæpur þriðjungur karla í hópi þeirra sem eiga erfitt með að ná endum saman (31,7%) bera lítið traust til annars fólks. Til samanburðar báru tæplega 24% karla sem áttu auðvelt með að ná endum saman lítið traust til annars fólks það sama ár. Er munurinn milli hópanna tveggja marktækur. Árið 2017 voru karlar sem áttu erfitt með að ná endum saman 1,3 sinnum líklegri en karlar sem áttu auðvelt með að ná endum saman til þess að bera lítið traust til annars fólks. Hefur bilið milli þessara tveggja hópa karlmanna staðið í stað frá árinu 2012.

Árið 2017 báru um 34% kvenna sem áttu erfitt með að ná endum lítið traust til annars fólks. Samsvarandi hlutfall kvenna sem áttu auðvelt með að ná endum saman var rúmlega 21%. Er munurinn milli hópanna marktækur. Konur sem áttu erfitt með að ná endum saman árið 2017 voru þannig 1,6 sinnum líklegri til þess að bera lítið traust til annars fólks heldur en konur sem áttu auðvelt með að ná endum saman. Bilið milli þessara tveggja hópa kvenna hefur aukist frá árinu 2012.



Mynd 18b. Hlutfall fullorðinna sem ber lítið traust til annars fólks 2012 og 2017, greint eftir mati á erfiðleikum fjölskyldunnar við að ná endum saman.

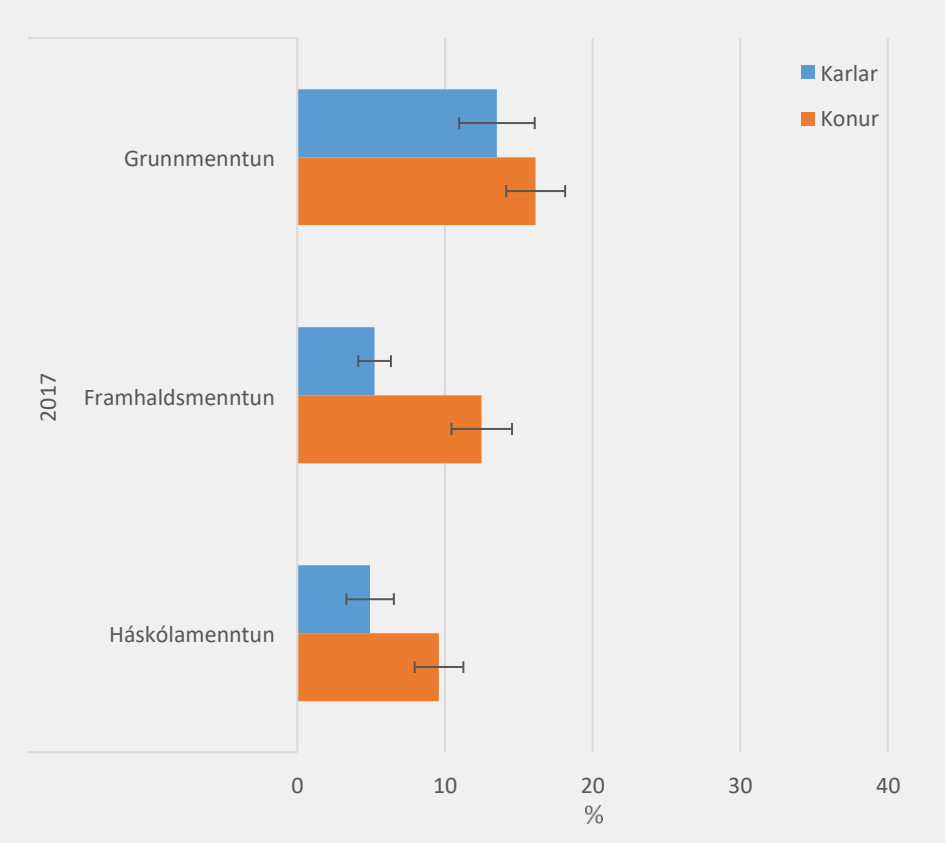
Hlutfall fullorðinna sem segist vera einmana

***Spurning**: Hversu oft á þetta við þig? d) Ég finn fyrir einmanaleika.*
***Svarmöguleikar**: Mjög oft. Oft. Stundum. Sjaldan. Aldrei.*
***Athugasemd**: Greiningin nær til þeirra sem segist oft eða mjög oft finna fyrir einmanaleika*

Rannsóknin Heilsa og líðan Íslendinga gefur tilefni til að ætla að einmanaleiki fylgi félagslegri stigskiptingu. Þannig sögðust hlutfallslega fleiri með grunnmenntun vera einmana árið 2017 heldur en þeir sem eru með meiri menntun. Hið sama gildir um þá sem eiga erfitt með að ná endum saman og er munurinn milli hópa þar raunar mun meiri heldur en þegar gögnin eru greind eftir menntun. Á þetta bæði við um karla og konur en einmanaleiki virðist almennt vera algengari meðal kvenna. Samanburðarmælingar skortir þar sem ekki var spurt um einmanaleika í fyrirlögnum árin 2007 og 2012.

Tæplega 14% karla með grunnmenntun sögðust vera einmana árið 2017 en tæplega 5% karla með háskólamenntun. Er munurinn milli þessara tveggja hópa marktækur. Karlar með grunnmenntun voru 2,8 sinnum líklegri en karlar með háskólamenntun til þess að vera einmana árið 2017.

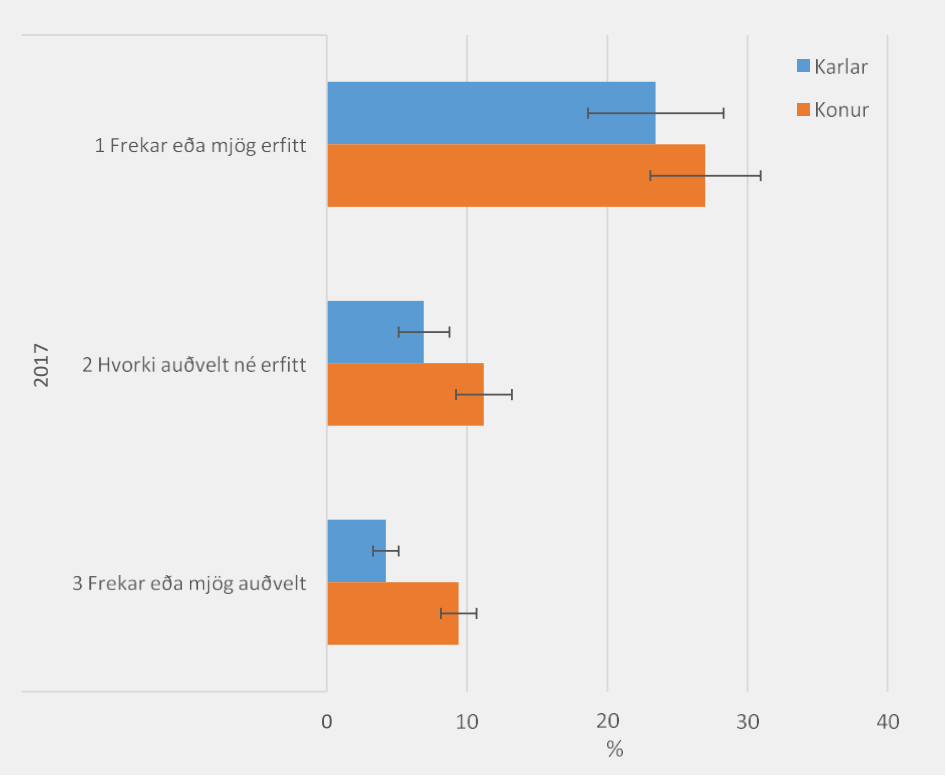
Liðlega 16% kvenna með grunnmenntun sögðust vera einmana árið 2017 en tæplega 10% kvenna með háskólamenntun. Marktækur munur er á milli hópanna tveggja. Konur með grunnmenntun voru 1,7 sinnum líklegri en konur með háskólamenntun til þess að segjast vera einmana árið 2017.



Mynd 19a. Hlutfall fullorðinna sem segist vera einmana 2017, greint eftir menntun.

Um 23% karla í hópi þeirra sem eiga erfitt með að ná endum saman sögðust vera einmana árið 2017. Til samanburðar sögðust um 4% karla sem áttu auðvelt með að ná endum saman vera einmana það sama ár. Um 19 prósentustig skilja hópana tvo að og er munurinn milli þeirra marktækur. Karlar sem áttu erfitt með að ná endum saman voru 5,6 sinnum líklegri en karlar sem áttu auðvelt með að ná endum saman til þess að segjast vera einmana árið 2017.

Um 27% kvenna sem áttu erfitt með að ná endum saman sögðust vera einmana árið 2017 en rúmlega 9% kvenna sem áttu auðvelt með að ná endum saman. Er munurinn marktækur. Konur sem áttu erfitt með að ná endum saman voru því 2,9 sinnum líklegri en konur sem áttu auðvelt með að ná endum saman til þess að vera einmana árið 2017.



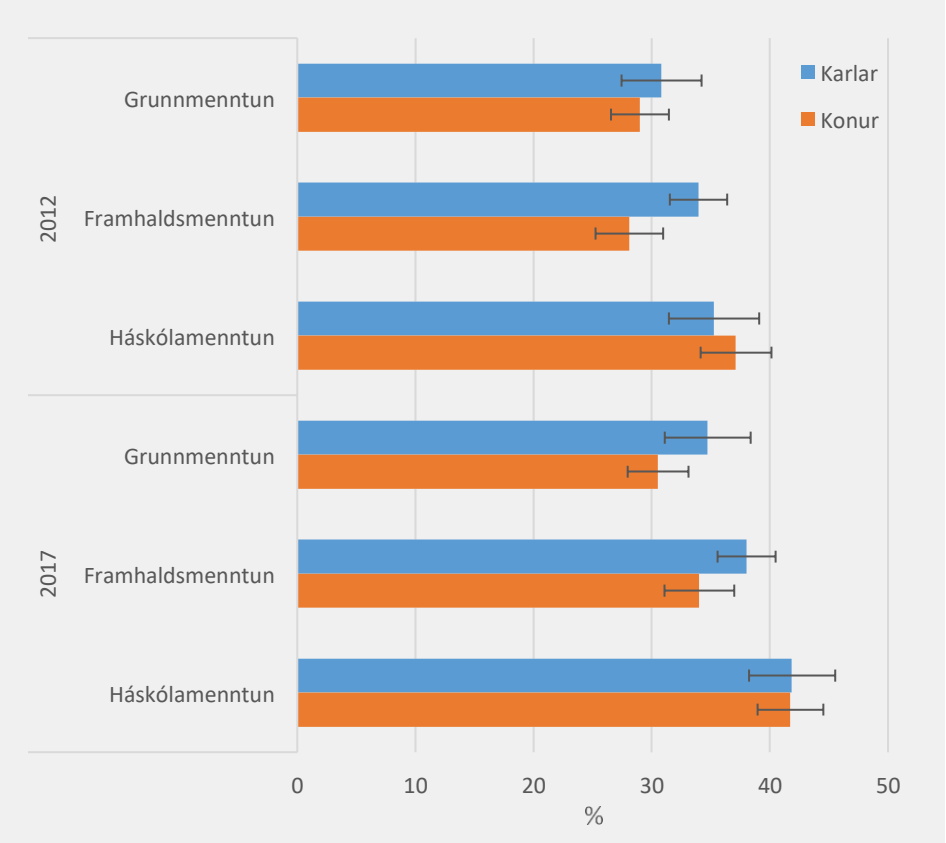
Mynd 19b. Hlutfall fullorðinna sem segist vera einmana 2017, greint eftir mati á erfiðleikum fjölskyldunnar við að ná endum saman.

Hlutfall fullorðinna sem ver 20 klst. eða meira á viku með fjölskyldu og vinum

***Spurning**: Hve mörgum klukkustundum verð þú að jafnaði á viku í eftirfarandi verkefni? e) Samveru með fjölskyldu og vinum.*
***Svarmöguleikar**: 0 klst. Innan við 1 klst. Um 1-3 klst. Um 4-6 klst. Um 7-10 klst. Um 11-14 klst. Um 15-19 klst. Um 20-24 klst. Um 25-29 klst. Um 30-39 klst. Um 40-49 klst. Um 50-59 klst. 60 klst. eða meira.*

Fylgni er á milli félagslegrar stöðu og mikillar samveru með fjölskyldu og vinum þrátt fyrir að hún sé ekki mjög sterk. Þannig sögðust tæplega 35% karla með grunnmenntun og tæplega 42% karla með háskólamenntun verja 20 klukkustundum eða meira á viku með fjölskyldu og vinum árið 2017. Er munurinn milli þessara hópa ekki marktækur. Hefur bilið milli menntunarhópa aukist frá árinu 2012.

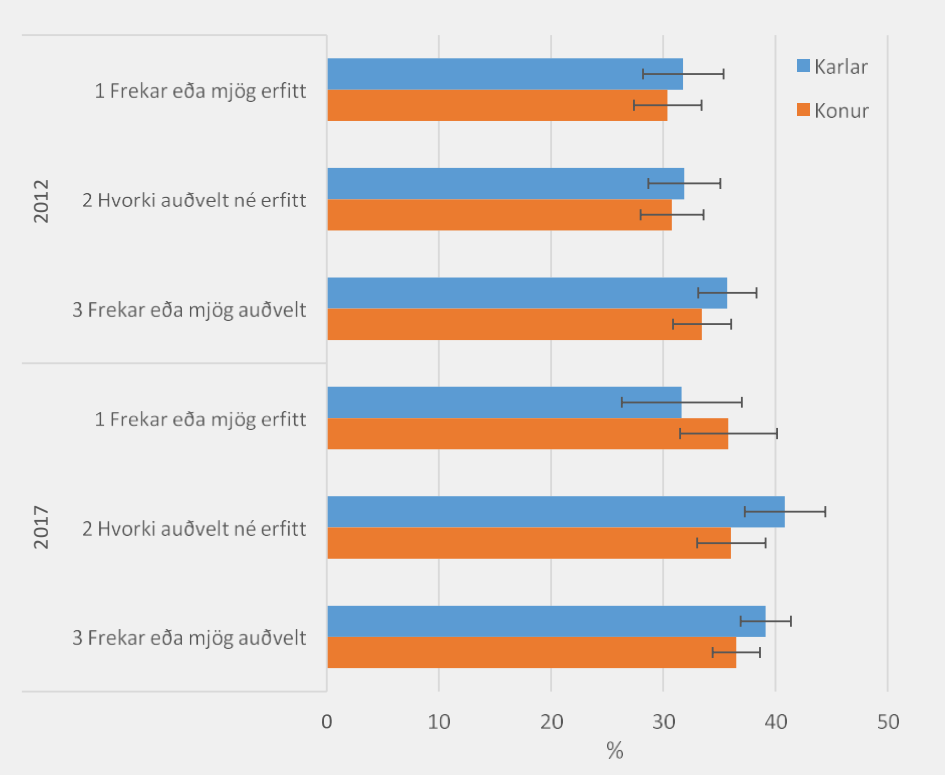
Um 31% kvenna með grunnmenntun vörðu 20 klukkustundum eða meira á viku með fjölskyldu og vinum árið 2017 en tæplega 42% kvenna með háskólamenntun. Marktækur munur er á milli hópanna tveggja. Bilið milli menntunarhópa kvenna hefur aukist frá árinu 2012.



Mynd 20a. Hlutfall fullorðinna sem ver 20 klst. eða meira á viku með fjölskyldu og vinum 2012 og 2017, greint eftir menntun.

Tæplega þriðjungur karla (31,6%) í hópi þeirra sem eiga erfitt með að ná endum saman vörðu 20 klukkustundum eða meira á viku með fjölskyldu og vinum árið 2017. Til samanburðar sögðust um 39% karla sem áttu auðvelt með að ná endum saman verja 20 klukkustundum eða meira á viku með fjölskyldu og vinum það sama ár. Er munurinn milli hópanna tveggja marktækur. Hefur bilið milli þessara tveggja hópa karlmanna aukist frá árinu 2012.

Tæplega 37% kvenna sem áttu auðvelt með að ná endum saman sögðust verja 20 klukkustundum eða meira á viku með fjölskyldu og vinum árið 2017 en tæplega 36% kvenna sem áttu erfitt með að ná endum saman. Er munurinn ekki marktækur. Bilið milli þessara tveggja hópa kvenna hefur minnkað lítillega frá árinu 2012.



Mynd 20b. Hlutfall fullorðinna sem ver 20 klst. eða meira á viku með fjölskyldu og vinum 2012 og 2017, greint eftir mati á erfiðleikum fjölskyldunnar við að ná endum saman.

Lykilvísar í kaflanum atvinna og vinnuaðstæður

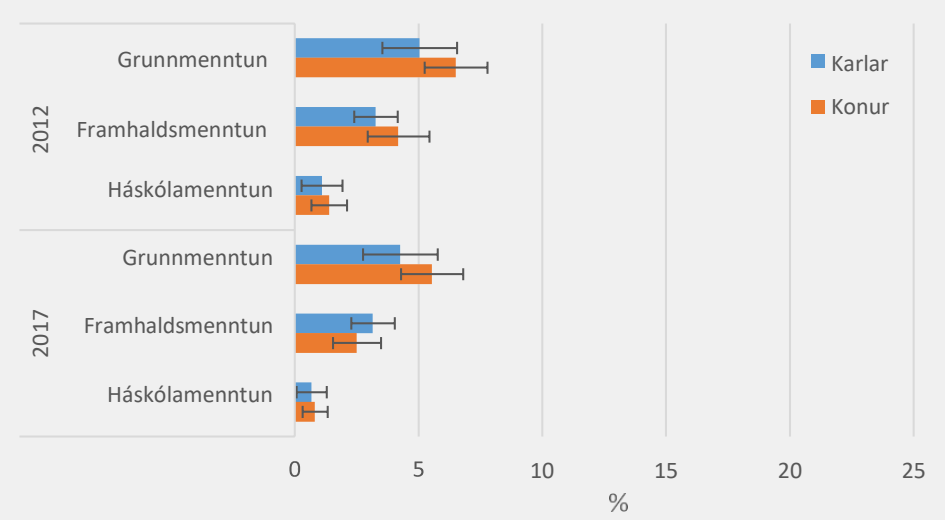
Hlutfall fullorðinna sem hefur verið atvinnulaus í meira en 6 mánuði

***Spurning**: Ef þú ert atvinnulaus, hversu lengi hefur þú samfellt verið atvinnulaus?*
***Svarmöguleikar**: Er ekki atvinnulaus. Minna en mánuð. 1-3 mánuði. 4-6 mánuði. 7-11 mánuði. Um 1 ár. Um 2 ár. Um 3 ár. Um 4 ár. Um 5 ár. Lengur en 5 ár.*

Rannsókninni Heilsa og líðan Íslendinga gefur vísbendingar um að nokkuð sterk fylgni sé milli langtímaatvinnuleysis og stöðu menntunar annars vegar og erfiðleika við að ná endum saman hins vegar. Almennt eru þó fleiri í hópi þeirra sem eiga erfitt með að ná endum saman sem hafa verið atvinnulausir lengi heldur en í hópi þeirra sem eru með minnsta menntun. Á þetta við um bæði kyn og fyrirlagnirnar árin 2012 og 2017.

Árið 2017 höfðu ríflega 4% karla með grunnmenntun verið atvinnulausir í hálft ár eða meira. Samsvarandi hlutfall fyrir háskólamenntaða karla var 0,7%. Er munurinn milli þessara tveggja hópa marktækur. Árið 2017 voru karlar með grunnmenntun því meira en sex sinnum líklegri en karlar með háskólamenntun til þess vera langtíma atvinnulausir. Bilið milli menntunarhópa karla hefur aukist frá árinu 2012.

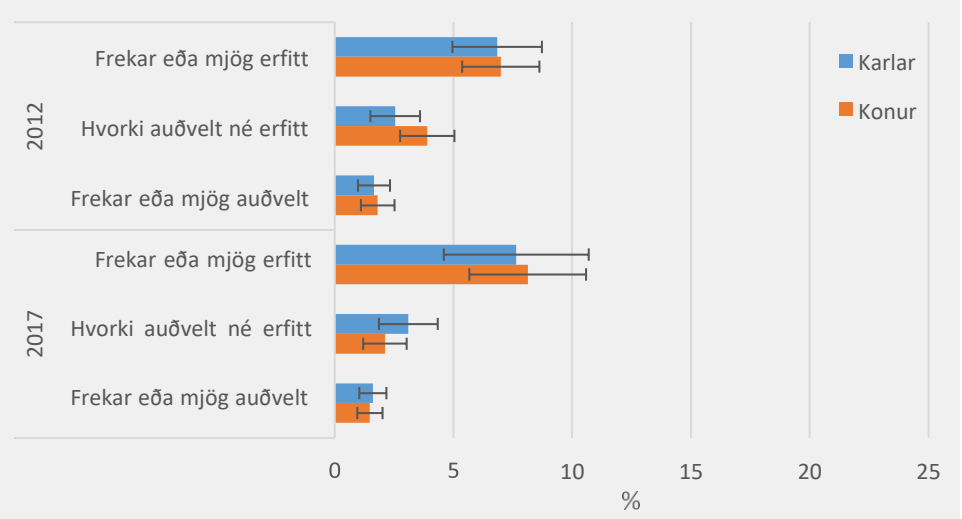
Tæplega 6% kvenna með grunnmenntun höfðu verið atvinnulausar í hálft ár eða meira árið 2017 en 0,8% kvenna með háskólamenntun. Marktækur munur er á milli hópanna tveggja. Árið 2017 voru konur með grunnmenntun nærri sjö sinnum líklegri en konur með háskólamenntun til þess að vera langtímaatvinnulausar. Hefur bilið milli menntunarhópa kvenna aukist frá árinu 2012.



Mynd 21a. Hlutfall fullorðinna sem hefur verið atvinnulaus í meira en 6 mánuði, 2012 og 2017, greint eftir menntun.

Tæplega 8% karla í hópi þeirra sem eiga erfitt með að ná endum saman höfðu verið atvinnulausir í hálft ár eða meira árið 2017. Til samanburðar höfðu um 1,6% karla sem áttu auðvelt með að ná endum saman verið langtíma atvinnulausir það sama ár. Er munurinn milli hópanna marktækur. Karlar sem áttu erfitt með að ná endum saman árið 2017 voru nærri fimm sinnum líklegri en karlar sem áttu auðvelt með að ná endum saman til þess að hafa verið atvinnulausir lengi. Hefur bilið milli þessara tveggja hópa karlmanna aukist frá árinu 2012.

Liðlega 8% kvenna sem áttu erfitt með að ná endum saman höfðu verið atvinnulausar í hálft ár eða meira árið 2017 en um 1,5% þeirra sem áttu auðvelt með að ná endum saman. Er munurinn marktækur. Konur sem áttu erfitt með að ná endum saman voru því meira en fimm sinnum líklegri enkonur sem áttu auðvelt með að ná endum saman til þess að hafa verið atvinnulausar lengi árið 2017. Hefur bilið milli þessara tveggja hópa kvenna aukist síðan 2012.



Mynd 21b. Hlutfall fullorðinna sem hefur verið atvinnulaus í meira en 6 mánuði 2012 og 2017, greint eftir mati á erfiðleikum fjölskyldunnar við að ná endum saman.

Lykilvísar í kaflanum fjárhagslegt öryggi og félagsleg vernd

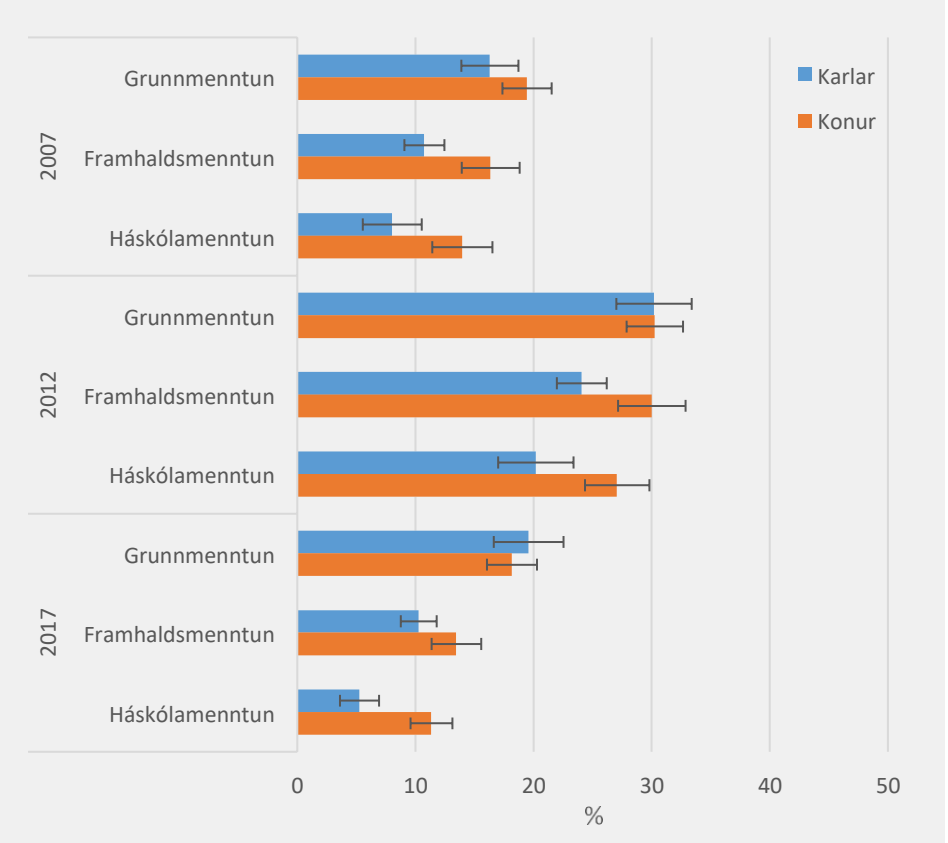
Hlutfall fullorðinna sem segist hafa átt frekar/mjög erfitt með að ná endum saman fjárhagslega undanfarna 12 mánuði.

***Spurning**: Hversu auðvelt eða erfitt hefur það verið fyrir þig og fjölskyldu þína (ef við á) að ná endum saman fjárhagslega undanfarna 12 mánuði (t.d. að borga fyrir mat, húsnæði og reikninga)?*
***Svarmöguleikar**: Mjög auðvelt. Frekar auðvelt. Hvorki auðvelt né erfitt. Frekar erfitt. Mjög erfitt.*

Hlutfallslega fleiri með grunnmenntun eiga erfitt með að láta enda ná saman fjárahagslega heldur en þeir sem eru með meiri menntun að baki. Á það bæði við um karla og konur og allar fyrirlagnir rannsóknarinnar Heilsa og líðan Íslendinga. Athygli vekur að minni munur er á milli menntunarhópa kvenna heldur en karla þegar kemur að því að láta enda ná saman. Með öðrum orðum þá virðist aukin menntun ekki skila sér jafn vel í betri afkomu til kvenna eins og hún gerir til karla.

Árið 2017 sagðist tæpur fimmtungur karla með grunnmenntun eiga erfitt með að ná endum saman fjárhagslega en liðlega 5% karla með háskólamenntun. Er munurinn milli þessara hópa marktækur. Karlar með grunnmenntun voru því nærri fjórum sinnum líklegri en karlar með háskólamenntun til þess að eiga erfitt með láta enda ná saman árið 2017. Hefur bilið milli menntunarhópa karla aukist um meira en 5% frá árinu 2012.

Um 18% kvenna með grunnmenntun sagðist eiga erfitt með að ná endum saman fjárhagslega árið 2017 en rúmlega 11% kvenna með háskólamenntun. Marktækur munur er á milli hópanna tveggja. Konur með grunnmenntun voru því 1,6 sinnum líklegri en konur með háskólamenntun til þess að eiga erfitt með að láta enda ná saman árið 2017. Bilið milli menntunarhópa kvenna hefur aukist frá árinu 2012.



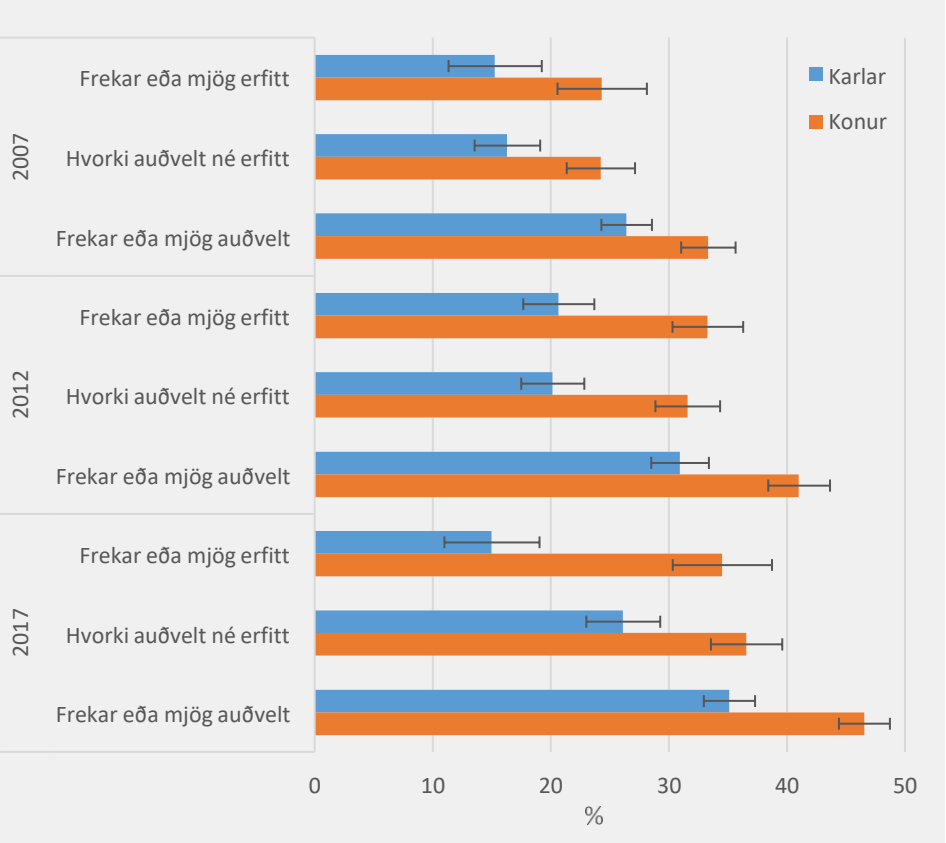
Mynd 22a. Hlutfall fullorðinna sem segist hafa átt frekar eða mjög erfitt með að ná endum saman fjárhagslega 2007, 2012 og 2017, greint eftir menntun.

Hlutfall fullorðinna með háskólapróf

***Spurning**: Hver er hæsta prófgráða sem þú hefur lokið?*
***Svarmöguleikar:** Barna-, unglinga- eða landspróf. Gagnfræða- eða landspróf. Sveinspróf í iðngrein. Meistarapróf í iðngrein. Stúdentspróf. Annað próf á framhaldsskólastigi. Tækniskólapróf (annað en BS-próf). Grunnpróf úr háskóla (t.d. BA-, BS- eða BEd-próf. Meistarapróf úr háskóla (t.d. MA-, MS-, Kandídatspróf eða MEd-próf). Önnur menntun, hver?*
***Athugasemd**: Greiningin nær til þeirra sem eru með grunnpróf úr háskóla, meistarapróf úr háskóla eða doktorspróf.*

Fylgni er á milli þess að vera með háskólapróf og þess hvernig gengur að láta enda ná saman fjárhagslega. Gildir það bæði fyrir karla og konur og allar fyrirlagnir rannsóknarinnar Heilsa og líðan Íslendinga. Þannig áttu um 15% karla með háskólapróf erfitt með að láta enda ná saman árið 2017. Til samanburðar sögðust um 35% karla með háskólapróf eiga auðvelt með að láta enda ná saman fjárlagslega það sama ár. Um 20 prósentustig skilja hópana tvo að og er munurinn milli þeirra marktækur.

Meðal háskólamenntaðra eiga hlutfallslega fleiri konur en karlar erfitt með að láta enda ná saman. Þannig átti meira en þriðjungur kvenna með háskólapróf erfitt með að láta enda ná saman fjárhagslega árið 2017 á móti 15% karla með háskólapróf. Á hinn bóginn sögðust nærri 47% kvenna með háskólapróf eiga auðvelt með að láta enda ná saman. Er munurinn milli þessara tveggja hópa kvenna marktækur og hefur aukist frá árinu 2012.



Mynd 23a. Hlutfall fullorðinna með háskólapróf 2007, 2012 og 2017, greint eftir mati á erfiðleikum fjölskyldunnar við að ná endum saman.