

Malin Wevang

Helse, velferd og ulikhet

En analyse av velferdsstater og helseparadokser

Mai 2020

NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
Fakultet for samfunns - og utdanningsvitenskap
Institutt for sosiologi og statsvitenskap

Bacheloroppgave

2020



Malin Wevang

Helse, velferd og ulikhet

En analyse av velferdsstater og helseparadokser

Bacheloroppgave

Mai 2020

NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Fakultet for samfunns - og utdanningsvitenskap

Institutt for sosiologi og statsvitenskap



Kunnskap for en bedre verden

Innholdsfortegnelse

1. INTRODUKSJON	2
1.1 HVORFOR ER SOSIAL ULIKHET I HELSE ET VIKTIG TEMA?	4
1.1.1 SAMFUNNSMESSIG AKTUALITET	4
1.1.2 KUNNSKAPSSTATUS OG TIDLIGERE FORSKNING	4
1.2 FORSKNINGSSPØRSMÅL OG OPPGAVENS STRUKTUR	5
2. TEORI	6
2.1 TEORIER ELLER FORKLARINGER?	6
2.1.1 SOSIAL POSISJON, KLASSE OG STATUS	6
2.1.2 SOSIOØKONOMISK STATUS	7
2.1.3 SOSIAL ULIKHET	7
2.1.4 SOSIAL ULIKHET I HELSE	7
2.2 ATFERDS- OG KULTURELLE FORKLARINGER	8
2.3 LIVSLØSPERSPEKTIVET	8
2.4 PSYKO-SOSIALE FAKTORER OG TEORI	9
2.5 NEO-MATERIALISTISK FORKLARING OG TEORI	10
2.6 DIFFUSJON AV INNOVASJON	10
3. LITTERATUR OG METODE	11
3.1 FREMGANGSMÅTE OG DATAGRUNNLAG	11
3.2 INNVENDINGER	12
3.3 HVORDAN ANALYSEN BLE GJENNOMFØRT	13
4. ANALYSE OG DISKUSJON	13
4.1 VELFERDSSTATER OG DEKOMMODIFISERING	14
4.1.1 NORDEN OG DEN SOSIALDEMOKRATISKE VELFERDSSTATEN	15
4.1.2 USA OG DEN LIBERALE VELFERDSSTATEN	15
4.2 HØY KOMMODIFISERING GIR BEDRE HELSE?	16
4.3 DET NORDISKE HELSEPARADOKSET	17
4.3.1 SKAPER SOSIAL POSISJON BESTEMTE ATFERDER?	18
4.3.2 MULIGHETER FOR ALLE	19
4.3.3 PRESS FRA ALLE KANTER	19
4.3.4 VELFERDSSTATEN GJØR MYE, MEN IKKE NOK	20
4.3.5 MANGLENDE VILJE ELLER MANGLENDE EVNE?	21
5. DISKUSJON OG KONKLUSJON	22
5.1 SKAPER ULIKE VELFERDSSYSTEMER ULIKHETER I HELSE?	23
5.2 HVA KAN FORKLARE DET NORDISKE HELSEPARADOKSET?	24
5.3 AVSLUTTENDE TANKER OG VIDERE FORSKNING	25
LITTERATURLISTE	26

1. INTRODUKSJON

Sosial ulikhet i helse er et vedvarende fenomen som eksisterer selv i godt utviklede velferdsstater som de i Norden. Disse ulikhetene har vedvart, og de har blitt større over tid. Videre er ikke den sosioøkonomiske ulikheten i helse noe mindre i land med godt utviklede velferdssystemer, i sammenligning med land som har mindre utviklede velferdssystemer. Det er systematiske ulikheter, både i sykkelighet og dødelighet, blant innbyggere med lavere og høyere sosioøkonomisk posisjon. Flere land i Vest-Europa har brukt ulike midler for å redusere den sosioøkonomiske ulikheten. Tiltakene består eksempelvis av en omfordelingspolitikk hvor det etableres skatteordninger for innbyggerne. Slik kan ulike velferdstilbud som helsetjenester, utdanning og kommunale boliger bli finansiert av det kollektive. Denne velferdspolitikken i de forskjellige landene har bidratt til å øke tilgangen på helsetjenester, redusere ulikheter i inntekt, og øke bokvaliteten, samt en bedring av andre økonomiske og sosiale utfall. Likevel vedvarer helseulikhetene, og fra 1950-tallet har ulikhetene blitt større (Mackenbach, 2012).

De siste 30-40 årene har flere vesteuropeiske land rapportert om en økning av helseulikhetene. Det paradoksale ligger i hvordan det ikke er samsvar mellom de velferdspolitikken som føres, og de økende ulikhetene i helse. Komparative studier har funnet ut at sosioøkonomiske ulikheter i sykkelighet og dødelighet ikke er noe mindre i land med relativt universelle og generøse velferdssystemer som de nordiske landene, enn de er i andre land som for eksempel Storbritannia og USA som har et mer liberalt velferdsregime (Mackenbach, 2012).

Helseulikheter eksisterer mellom grupper innenfor hvert enkelt samfunn. Selv om mennesker i de industrielle samfunnene nå lever lengre, forblir gapet mellom de sosioøkonomiske gruppene uforandret. Helseulikhetene forblir høye. Det er en vedvarende ulikhet mellom grupper, og det viser til at vi har å gjøre med sterke sosiale krefter. Når ulike studier finner at det er en gruppe på den sosioøkonomiske stigen som har dårligere helse enn en annen, må det forsøkes å finne ut av hvilke forskjeller det er mellom disse gruppene som kan vise seg som ulikhetene i helse. Det blir viktig å se på andre forklaringer enn kun de statistiske fordi disse viser ikke til motivasjoner, intensjoner eller følelser for de menneskene som er involvert. Det blir viktig å gå mer i dybden (Bartley, 2017).

Denne oppgaven handler om sosial ulikhet. Ulikhet er noe annet enn forskjeller. Therborn (2009) skriver at en forskjell er horisontal, hvor ingenting blir rangert som høyere eller lavere. Her er det snakk om preferanser og kategoriseringer uten verdi. En ulikhet vil derimot alltid være vertikal og rangerende. Ulikheter er noe mer enn kun kategoriseringer, og noe som bryter med den moralske likestillingsnormen blant mennesker. Ulikheter er derfor hierarkiske forskjeller, de er uunngåelige og moralsk ulegitimerte. For at en forskjell skal bli omtalt som en ulikhet, må det være muligheter for at den kan avskaffes. Therborn (2009) forteller òg hvordan alle samfunn består av subtile former for hierarkisering av sosial status. Hierarkiene skaper en ulik fordeling av anerkjennelse og respekt, ulik handlingsfrihet, og påvirker individers selvfølelse. Sosiale hierarkier produserer eksistensiell ulikhet, og virker å være en av de større årsakene til hvorfor helseulikheter består over tid.

Denne oppgaven handler også om velferdsstater. Esping-Andersen (2006) skildrer velferdsstaten som en stat som har ansvar for å sikre noen grunnleggende former for velferd for dets innbyggere. Som et minimum må hovedvekten ligge på å dekke det behovet som husholdninger har. Viktige kjennetegn for velferdsstaten er statsaktiviteter, markedet og familien. Ifølge Kuhnle og Kildal (2011) er den moderne velferdsstaten en europeisk oppfinnelse. For rundt 100 år siden ble det etablert nasjonale sosialforsikringsordninger. Sosialforsikring var en ny praksis, en politisk og institusjonell innovasjon, som skulle dekke ulike inntektsbehov som arbeidsledighet, sykdom, alderdom, behov for medisinsk behandling og helsetjenester. Videre, i samme tidsrom, var det britiske William Beveridge som kom opp med idéen om universelle velferdsordninger. Universelle ordninger er ordninger som omfatter hele befolkningen, eller eventuelt alle som tilhører en konkret befolkningskategori. Disse ordningene ble et kjennetegn etter den andre verdenskrigen, både i Storbritannia og i Skandinavia (Kuhnle & Kildal, 2011).

Esping-Andersen (siteret i Bartley 2017) skriver om ulike velferdsregimer. Det ene omhandler et liberalt regime hvor fordelene er de samme for alle, men disse fordelene er begrenset. Eksempler på stater innenfor denne kategorien er engelsktalende land som USA, Australia, New Zealand, og Storbritannia etter 1980. Et annet regime er det sosialdemokratiske regimet. Her kan de som ikke er i stand til å arbeide i samfunnet av ulike årsaker, fortsatt ha rett til relativt generøse goder. Landene som har denne regimeformen, har også en tendens til å ha mindre ulikhet i inntekt fordi skatteavgiftene må være høye for å finansiere velferdstilbudene. De nordiske landene er typiske eksempler her.

1.1 HVORFOR ER SOSIAL ULIKHET I HELSE ET VIKTIG TEMA?

I dette avsnittet vil jeg fortelle om hvorfor sosial ulikhet i helse er et viktig tema. Jeg skal først se på hvordan temaet har samfunnsmessig aktualitet gjennom å vise til hva regjeringen nylig har skrevet om temaet. Her blir det gitt et innblikk i hvordan den nåværende situasjonen er. Deretter skal beskrive hvordan kunnskapsstatusen er i dag ved å vise til tidligere forskning på feltet. Dette gjør jeg for å få frem den faglige aktualiteten.

1.1.1 Samfunnsmessig aktualitet

Sosial ulikhet i helse er et viktig og aktuelt tema innenfor politikken i dag. I Meld. St. nr. 19 (2018-2019), «Muligheter for alle. Fordeling og sosial bærekraft» (Finansdepartementet, 2019), står det at det er viktig for regjeringen at det skal være små forskjeller i Norge. Videre skrives det at regjeringen har satt søkelys på utbyggingen av helsevesen, utdanningssystem og overføringsordninger for å utjevne forskjellene, og for å skape muligheter for alle. At dette fortsetter, er viktig. Når det kommer til ulikheten, er det viktig å forstå mekanismene bak dette. Politikken må bestå av å kartlegge, og få forståelse for de ulike sammenhengene i helseforskjellene. De skriver at den generelle folkehelsen i Norge er god, men at de sosiale forskjellene i helse likevel er en utfordring. Forskjellene viser seg gjennom sosioøkonomiske kjennetegn. For at de sosiale ulikhetene i helse skal reduseres, må det legges til rette for at alle kan ta gode valg for sin egen helse. Det nasjonale målet for folkehelsen er derfor at flest mulig skal ha gode leveår, og at den sosiale helseulikheten i befolkningen blir redusert.

1.1.2 Kunnskapsstatus og tidligere forskning

Folkehelse rapporten – kortversjonen fra Folkehelseinstituttet (2018) viser til forskning på den norske folkehelsen. (Folkehelseinstituttet vil heretter bli omtalt med forkortelsen FHI). FHI viser til at det eksisterer systematiske forskjeller i helse blant ulike samfunnsgrupper. Det er en sammenheng mellom utdanning og inntekt, hvor lengre utdanning og høyere inntekt sammenfaller med god helse. Helsen blir bedre for hvert trinn opp på den sosioøkonomiske stigen. Helsen blir altså bedre desto lengre utdanningen er. Det samme gjelder for inntekt. De aller rikeste har i snitt bedre helse enn de nest rikeste, og de nest fattigste har bedre helse enn de aller fattigste. Det er blitt rapportert om en solid sammenheng mellom helse og utdanning i en rekke land, også i Norge. I tillegg er det dokumentert at frafall i videregående skole blir knyttet til helseproblemer senere i livet. De faktorene som påvirker disse helseforskjellene, blir kalt for helsedeterminanter.

Videre viser FHI til at det er forventet at de med høyere utdanning kommer til å leve i gjennomsnitt fem til seks år mer enn de som kun har grunnskoleutdanning. Dersom personen er gift, i tillegg til å ha høyere utdanning, og ektefellen har samme utdanningsnivå, er det forventet at disse lever i snitt åtte til ni år lengre enn de ugifte med bare grunnskoleutdanning. I tillegg gjelder ikke ulikhetene i forventet levealder kun fra fødselen av, den vil fortsette gjennom hele livet. Som eksempel har 95-åringene med høyere utdanning lengre gjenstående levetid enn de 95-åringene som har lav utdanning. Videre er det forskjellene i røykevaner, og dermed forskjeller i dødelighet av røykerelaterte sykdommer. Dette er viktige årsaker til at det eksisterer sosiale forskjeller i forventet levealder og dødelighet i Norge, og i andre land. Det var personene med høyere utdanning som først begynte å stumpe røyken, og helsen ble derfor først forbedret i denne gruppen. For de med grunnskoleutdanning, er andelen på 24 prosent røykere mot fem prosent røykere for de med høyere utdanning. Når gruppene med lavere utdanning endrer sine røykevaner, er det forventet at også disse får forbedring i helsa, og at ulikheten mellom gruppene blir mindre.

Det er ikke kun ulikheter i forventet levealder og vaner, det er òg sosioøkonomiske ulikheter i sykdom. Disse ulikhetene gjelder for nesten alle typer sykdommer. For å nevne noen, så er det større fare for å dø av kreft for de med lav utdanning, i sammenligning med de som har lengre utdanning. De har også tre ganger så høy risiko for å utvikle kols, akutt hjerteinfarkt oppstår oftere, og risikoen for å utvikle psykiske lidelser er høyere (FHI, 2018).

1.2 FORSKNINGSSPØRSMÅL OG OPPGAVENS STRUKTUR

Fokuset for denne oppgaven vil ligge på de sosiale helseulikhetene. Forskningsspørsmålet mitt er: «Hvordan påvirker sosial ulikhet helsa?». Dette er det overordnede spørsmålet. For å svare på denne problemstillingen, tar jeg med meg to underspørsmål. Det ene er: «Skaper ulike velferdssystemer ulikheter i helsa?». Det andre er: «Hva kan forklare det nordiske helseparadokset?». Slik deler jeg forskningsspørsmålet mitt i to og ser på sosial ulikhet i helsa på systemnivå og på individnivå. Jeg skal se på hva sosial ulikhet er, og på hva som kan forklare forskjeller på individnivå. Samtidig sammenligner jeg velferdssystemet i Norden og i USA for å se på hva som kan forklare forskjeller mellom land på et mer overordnet nivå. Jeg vil se på helsesituasjonen i de nordiske landene, samtidig som jeg ser på andre velferdssystemer. Forskjelligheter i velferdsstater blir en sentral del av oppgaven, men det blir òg det nordiske helseparadokset med forskjeller på individnivå.

Jeg starter med å presentere de teoriene jeg har valgt å bruke til denne oppgaven. Her har jeg valgt å inkludere både sosiologiske begreper som er relevante for oppgaven min, og teori som skal brukes til å diskutere forskningsspørsmålet mitt. Deretter skal jeg vise til valg av metode og fremgangsmåten i hvordan jeg tilegnet meg data til denne oppgaven. I denne delen har jeg også inkludert et par innvendinger for oppgaven min, i tillegg til en kort forklaring på hvordan jeg gjennomførte analysen min. Så kommer hoveddelen og selve analysen. Her tar jeg i bruk teoriene og tidligere forskning for å analysere data. Til slutt skal jeg diskutere de funnene jeg har gjort og komme med noen avsluttende tanker.

2. TEORI

Når jeg skulle finne teori og gjøre et utvalg av disse til oppgaven min, fant jeg ut at forfatterens bidrag består både av teorier og forklaringer. I denne teoridelen vil jeg derfor først forklare forskjellen mellom teorier og forklaringer. Deretter skal jeg introdusere et sett med teoretiske begreper som jeg bruker gjennomgående i oppgaven min. Til slutt skal jeg presentere de teoriene og forklaringene som jeg skal bruke til å analysere og diskutere forskningsspørsmålet mitt.

2.1 TEORIER ELLER FORKLARINGER?

En teori må ha et innhold, og teorien må bestå av noe. En teori innenfor samfunnsvitenskapene er antakelser om sosiale fenomen, og kan derfor omtales som teoretiske antakelser. Et fenomen kan i utgangspunktet være hva som helst. Teorier er slik antakelser, og det handler om hvordan vi tror at verden er (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2018). Fenomener kan være empiriske observasjoner. En naturalistisk tilnærming bruker empirien til å lage teorier. Ut ifra teoridannelsen blir et sett med lover etablert. Det er teoriene og lovene som danner grunnlaget for forklaringer. Gjennom teorien skal ulike fenomen forklares, og gjennom forklaringer skal det òg kunne gis predikasjoner om fenomenene. Forklaringer må inneholde lovmessigheter, og ha en eller annen form for logisk tilslutning om det fenomenet som skal forklares (Risjord, 2014).

2.1.1 Sosial posisjon, klasse og status

En persons sosiale posisjon blir vanligvis representert gjennom bruken av sosial klasse eller sosial status. Disse to begrepene blir likevel ofte brukt om hverandre. Målinger av sosial klasse handler om teorier som ser på sosial struktur. Sosial klasse kan måles på ulike måter,

og det finnes flere teorier innenfor dette begrepet. Det er gjerne definisjonene til Karl Marx og Max Weber som blir dratt frem som sentrale. Både Marx og Weber delte yrker inn i grupper basert på arbeidsforhold og ansettelsesforhold, og disse gruppene utgjorde sosiale klasser. Her etablerte de ikke et rangeringssystem hvor noen grupper er høyere eller lavere enn andre. For dem var det viktig å skille mellom de som eier og de som ikke eier, altså de som ikke trenger å arbeide for å få inntekt, og de som må arbeide for å få inntekt (Bartley, 2017).

2.1.2 Sosioøkonomisk status

Begrepet sosioøkonomisk indikerer at det handler både om økonomiske og sosiale forhold. Innenfor dette begrepet inkluderes derfor gjerne klasse eller status og prestisje, og inntekt og utdanning for å måle sosiale posisjoner i samfunnet. Sosioøkonomisk status er et mål som måler ulikhetsdimensjoner i samfunnet hvor mennesker gjennomgår en rangering fra topp til bunn (Bartley, 2017).

2.1.3 Sosial ulikhet

Sosial ulikhet handler om de systematiske prosessene som fører til en ulik fordeling av goder og byrder i samfunnet. Det handler om at noen har mer, mens andre har mindre. Denne ulikheten har en tendens til å bestå over tid, og nedarves til flere generasjoner. Sosial ulikhet eksisterer overalt i alle land, og i alle slags samfunn. Hvor omfattende ulikheten er, varierer (Schiefløe, 2011). Ulikhetene kan refereres til de økende skjevhetene mellom inntekt på den ene siden og livssjanser på den andre siden. Ulikhetene blir reproduisert i samfunnet. Dermed blir det viktig å identifisere de sosiale mekanismene som ligger bak ulikhetsprosessene. Sosiale mekanismer handler om gjentakende prosesser og utviklinger, og knytter sammen menneskers utgangspunkt og betingelser med konkrete sluttresultater. Det finnes ulike sosiale mekanismer, og noen av dem er ekskludering, hierarkisering og utnytting (Faist, 2014).

2.1.4 Sosial ulikhet i helse

Den sosiale ulikheten i helse kommer direkte fra sosial ulikhet, og derfor burde den sosiale lagdelingen av samfunnet være i fokus når sosiale helseulikheter skal undersøkes. Sosial ulikhet i helse handler om sosiale klasser og sosial stratifisering (Mackenbach, 2012). Elstad (2016) skriver i tillegg at sosial ulikhet i helse er på lik linje med sosial ulikhet er en systematisk ulik fordeling av goder og ressurser mellom ulike samfunnsgrupper. Dette omtales gjerne for sosioøkonomiske helseulikheter. Sykelighet og dødelighet er sosialt konstruert, og det er de som har de beste livsomstendighetene og de fleste ressursene som har

i gjennomsnitt bedre helse. Det spesielle med de sosioøkonomiske helseulikhetene er at det handler ikke om at det særlig er de på bunnen av det sosiale hierarkiet som har spesielt dårlig helse. Det handler om helsa blir bedre for hvert steg en tar opp den sosiale stigen. Denne stigen kan måles etter utdanning, yrke eller inntekt, og resultatet vil likevel bli det samme.

2.2 ATFERDS- OG KULTURELLE FORKLARINGER

Atferds- og kulturelle forklaringer setter søkelys på at uansvarlig og uforsvarlig atferd er determinanten til dårlig helse, og at slik atferd innad i ulike sosiale grupper er en konsekvens av mangel på utdanning. Videre er det også en mulighet at det er den sosiale strukturen, som for eksempel klasse, som er med på å skape god eller dårlig helse. Denne forklaringen ser på den rollen som røyking, matvaner, alkohol og trening spiller når det kommer til ulikheter i helse. De kaller forklaringen for atferds- og kulturelle forklaringer, men fokuset ligger på atferd heller enn kultur (Bartley, 2017).

Den viktigste forskningen som kaster lys over koblingen mellom kultur og helseatferd er Bourdieu. Bourdieus habitusbegrep er et teoretisk begrep som handler om hvordan tillærte atferdsformer blir formet gjennom livsløpet av eksponering til visse sosiale miljøer og omstendigheter. Bourdieu klarte å vise at en stor andel av handlinger, som valg av kosthold og fritidsaktiviteter, henger sammen med både jakten på høyere status, og distanseringen fra grupper med lavere status. Dette viser til at folk generelt søker å etablere en høy sosial status. Dermed behøver ikke sosiale forskjeller i valg av sunn livsstil være et resultat av troen på helse i seg selv. Det kan enkelt være et resultat av at god helse er en del av det som blir sett på som passende atferd for ulike statusgrupper (Bartley, 2017).

2.3 LIVSLØSPERSPEKTIVET

Livsløpsperspektivet er en tilnærming som baserer seg på at helse i voksen alder ofte er bestemt av erfaringer som er gjort tidligere i livet, både biologisk og sosialt. Ugunstige sosiale og helsemessige forhold fra tidlig av kan være starten på en vei mot både dårligere helse og sosiale ulemper i voksen alder. Noen av disse prosessene har vist seg å bli nedarvet til flere generasjoner. Den sosioøkonomiske ulikheten kommer frem som ulik utvikling av personlige egenskaper (Mackenbach, 2012). Elstad (2016) forklarer i tillegg hvordan forskjeller i livsløpet på grunn av ulik tilgang til materielle ressurser og ulik livsstil trolig forklarer en større andel av de sosioøkonomiske helseulikhetene. Det er de som har flest ressurser tilgjengelig som alltid vil kunne unngå helseskadelige situasjoner, de vil alltid ha større

sosiale nettverk som gjør at de nye helserådene blir tatt i bruk raskere, og de vil alltid ha bedre økonomi som gir enklere tilgang på de nyeste og mest avanserte behandlingene.

Bourdieu og hans habitus kan det også trekkes linjer mot her. I Bourdieus verker er det en hovedvekt med analyser av klasseskiller, og hvordan disse opprettholdes og reproduseres i moderne samfunn til tross for store forestillinger om likhet. Habitus handler også om hvordan personer tilegner seg ervervede disposisjoner som blir avgjørende for ulike handlemåter. Disposisjonene er ubevisste ressurser som ligger i kroppen. Habitus betegner en strukturert og sosialisert kropp som har tilegnet seg de strukturene fra den verden den lever i. Erfaringer og omgivelser fra barndommen og gjennom livsløpet resulterer i at mennesker blir disponert til å handle på bestemte måter. Bourdieu mener derfor at alle mennesker blir sosialt formet, og ikke formet av biologiske betingelser (Prieur & Sestoft, 2006).

2.4 PSYKO-SOSIALE FAKTORER OG TEORI

Mackenbach (2012) skriver hvordan psykososial teori legger vekt på hvordan psykososialt stress, mangel på sosial støtte og kontroll er med på å skape helseulikhetene. Det er en ujevn fordeling av de psykososiale faktorene som bidrar til opprettholdelsen av ulikhetene. Til tross for velferdsstatens arbeid, vedvarer fortsatt forskjellene. Det er de med høyere utdanning og inntekt som har mer kontroll over sine egne liv, noe som kan kobles opp mot sunnere atferd og lavere tall på sykkelighet og dødelighet. Persepsjonen av materiell ulikhet generelt, og persepsjonen av individers egne relative deprivasjon spesielt, kan ha en direkte påvirkning på individets helse gjennom at det fører til psykososialt stress. Videre skriver Mackenbach at velferdsstatene selv fører med seg psykososiale konsekvenser. Han argumenterer for at velutviklede velferdsstater skaper urealistiske forventinger om et bedre liv for de med lavere sosioøkonomisk status. Dette forsterker det allerede eksisterende stressnivået.

Bartley (2017) skriver hvordan psyko-sosiale faktorer er faktorer som sosial støtte, kontroll og autonomi på jobben, balanse mellom jobb og hjem, og balansen mellom innsats og belønninger på arbeidsplassen. Fokuset er på de følelsene som oppstår på grunn av ulikheten, og hvordan dette direkte påvirker de biologiske prosessene. Det handler om hvordan sosial ulikhet får mennesker til å føle seg, og hvordan disse følelsene i seg selv kan endre kroppens kjemiske prosesser. Videre skriver Bartley at når stressfulle situasjoner oppstår, er sosial støtte tenkt som en viktig forsvarsfaktor mot alle disse bivirkningene. Dermed er det forventet at mennesker med få støttende venner eller slektninger som opplever vanskelige hendelser

regelmessig, kan få høyere nivåer av psykososialt stress, enn de som har flere støttende relasjoner rundt seg. Slik har sosial støtte blitt sett på som en psyko-sosial faktor som best kan relateres til helse. Videre er det de som har gode relasjoner med familie og venner, og som deltar i samfunnet, som har høyere forventet levealder, enn de som lever mer isolert. I tillegg har de i høyere sosiale posisjoner en tendens til å få mer sosial støtte, spesielt fra folk på utsiden av nærmeste familie.

2.5 NEO-MATERIALISTISK FORKLARING OG TEORI

En neo-materialistisk forklaring vil si at den viktige forskjellen mellom land kan ha å gjøre med offentlige goder og tjenester, heller enn hvordan innbyggerne oppfatter sin relative posisjon i et inntekts- eller statushierarki. Neo-materialister leter etter årsaker til hvorfor innbyggere, i mer egalitære samfunn, har opplevelser som er gunstigere for god helse i en lang rekke situasjoner. Disse gode opplevelsene kommer av politikk som er rettet mot en utbygging av offentlige tjenester, som utdanning og helsetjenester. Denne forklaringen retter seg altså mot at vi finner helseforskjeller mellom land som har ulike nivåer av offentlige tjenester. Siden andre verdenskrig har de fleste industrialiserte land forbedret tilbudene sine av offentlige tjenester, og forventet levealder har så blitt høyere. Likevel har ikke en forbedring i helse nødvendigvis vært størst i disse landene (Bartley, 2017).

Mackenbach (2012) beskriver en neo-materialistisk teori som en teori som baserer seg på at selv om det har vært en økning i gjennomsnittlig velstand, og en viss omfordeling av ulikheter, er tilgangen til de materielle ressursene fremdeles universell og frembringer helseulikheter. Det er ingen tvil om at ulikheter i materielle fordeler fortsatt eksisterer, selv i land hvor det er relativt lav inntektsulikhet. Velferdsstatenes beskatninger og omfordelinger klarer å dempe ulikhetene, men ikke nok.

2.6 DIFFUSJON AV INNOVASJON

Teorier om diffusjon av innovasjon handler, ifølge Mackenbach (2012), om hvordan folk i høyere sosioøkonomisk sjikt har en tendens til å ta til seg nye atferdsmønstre mye raskere enn de i lavere sosioøkonomisk sjikt. Videre handler det i tillegg om hvordan velferdsstatene velger å ta grep. Det er velferdsstatene som må innføre og gjennomføre helseintervensjonene. Sammen med helseintervensjoner på statsnivå og atferdsendring på individnivå, er dette med på å skape større helseulikheter. De høyest opp på den sosioøkonomiske stigen vil følge rådene først, så vil det gå gradvis nedover, og dermed vil de fleste til slutt følge rådene.

Videre skriver Mackenbach hvordan økonomiske ressurser kan spille en rolle. De nye helseintervensjonene som kan forbedre helsa kan være dyrt, så det å besitte økonomisk kapital kan midlertidig være et fortrinn i bevarelsen av god helse.

3. LITTERATUR OG METODE

Da jeg skulle bestemme meg for den metodiske tilnærmingen til denne oppgaven, falt valget til slutt på en teoretisk oppgave. Både fordi en teoretisk tilnærming er det som var best egnet til denne oppgaven, og fordi det er den teoretiske dimensjonen som interesserer meg mest. En teoretisk oppgave handler om å se på teorier og analysere dem. Det var dette jeg hadde mest lyst til å gjøre, da jeg synes det er spennende å se på ulike teorier og bruke dem til å gjøre opp en mening om hvordan verden kan være, og hvordan verden er. I denne delen skal jeg forklare min metodiske fremgangsmåte og hvilke data som danner grunnlaget for denne oppgaven. Videre skal jeg nevne noen innvendinger, og hvordan dette har påvirket oppgaven. Til slutt beskriver jeg hvordan jeg gjennomførte analysen.

3.1 FREMGANGSMÅTE OG DATAGRUNNLAG

Troverdighet innenfor forskning handler om hvorvidt forskningen er gjennomført på en tillitvekkende måte (Thagaard, sitert i Ringdal 2013:248). For å øke troverdigheten til oppgaven min, skal jeg nå gå igjennom hvordan jeg samlet inn data og hvilke data jeg samlet inn. For å samle inn data til oppgaven min, startet jeg med å gå igjennom litteratur som jeg allerede har. Gjennom mine tre år som sosiologistudent har jeg tatt vare på pensumbøker og annen litteratur som jeg liker spesielt godt. Ut ifra dette fikk jeg et godt utgangspunkt til å starte på oppgaven min. Deretter hentet jeg litteratur fra andre emner som jeg har tatt innenfor ulike studieretninger. Dette ble til slutt nok til å dekke det jeg ville skrive om i denne oppgaven. Dette kan ha ført til begrensninger i innsamling av ekstern litteratur utover det som har vært anbefalinger på forskjellig pensum. Samtidig har jeg brukt disse årene til å ta vare på den litteraturen som muligens kunne bli brukt til akkurat denne oppgaven. Derfor kan det tenkes at det både er fordeler og ulemper med dette.

I dette avsnittet skal jeg fortelle litt om den litteraturen jeg har valgt ut og som danner datagrunnlaget for denne oppgaven. Mel Bartleys bok (2017) *Health inequality: An introduction to concepts, theories and methods* er en tidligere pensumbok som jeg har brukt gjennomgående i oppgaven, både til teoridelen og til inspirasjon. Helt i starten av dette

prosjektet startet jeg med å lese denne. Videre har artikkelen til Johan Mackenbach (2012) vært et sentralt bidrag for teoridelen, men også generelt for oppgaven. Ulike kapitler fra andre tidligere pensumbøker slik som begge tekstene til Jon Ivar Elstad i *Det norske samfunn* (2010) og *Særtrykk av det norske samfunn* (2016), boka til Per Morten Schiefloe (2011) og boka til Annick Prieur og Carsten Sestoft (2006) har alle vært med på å supplere på ulike måter til oppgaven min. I Bartleys bok (2017) ble Gøsta Esping-Andersen nevnt flere ganger i sammenheng med teorier om velferdsstater og utformingen av disse. For å få en mer utfyllende beskrivelse av hans tanker, ble en av hans artikler «Three Worlds of Welfare Capitalism» (2006) inkludert. Dette bidraget ble mest brukt til å få frem kjernen i hva en velferdsstat er og ulike utforminger av disse. På samme måte ble artikkelen til Stein Kuhnle og Nanna Kildal (2011) brukt til å skrive om velferdsstaten, og da spesielt systemene i Skandinavia og Norden. For å finne utdypende beskrivelser av hva sosial ulikhet er, ble artikkelen til Thomas Faist (2014) og Göran Therborn (2009) brukt. For å aktualisere temaet mitt viste jeg til rapporten til Folkehelseinstituttet (2018), samt en stortingsmelding fra Finansdepartementet (2019).

3.2 INNVENDINGER

I denne oppgaven har jeg valgt å analysere to velferdssystemer, det sosialdemokratiske og det liberale. Gjennomgående i den utvalgte litteraturen min ble en tredje velferdsstat nevnt, den konservative eller den kontinentale. En analyse av dette systemet og en sammenligning med de to andre falt utenfor denne oppgaven. Dette valget ble tatt for å snevre inn analysen min og fordi det ellers hadde blitt plassmangel. Videre handler denne oppgaven om de nordiske landene og USA. Her kunne jeg eksempelvis inkludere Storbritannia, som også er et liberalt land, for å skape mer likevekt mot de nordiske landene. Årsaken til at jeg ikke gjorde dette er at litteraturen jeg valgte gjerne slår sammen de nordiske landene til én enhet. Samtidig var det viktig for meg å se på velferdssystemene på to ulike kontinenter for å frem kontraster.

I tillegg, i de ulike litteraturbidragene var det noen forfattere som valgte å beskrive den nordiske velferdsmodellen, og noen som valgte å skrive om de skandinaviske landene. I oppgaven min følger jeg også denne begrepsbruken fordi landene i Norden har klare likhetstrekk, men når det skrives om Skandinavia blir det gjort en avgrensning av disse landene. Poenget er å vise hvordan det er en høyere konsentrasjon av likheter i akkurat denne delen av Norden. Samtidig er den tidligere forskningen og empirien jeg har bruk fra Folkehelseinstituttet (2018) hovedsakelig om helseforholdene i Norge. FHI har likevel

gjennomgående i rapporten sammenlignet Norge med andre nordiske land, og viser til hvordan det finnes likheter for land i Norden. Samtidig blir det gjort henvisninger til forskjellige samfunnsgrupper, og samfunnsgrupper eksisterer i hele Norden.

3.3 HVORDAN ANALYSEN BLE GJENNOMFØRT

Bekreftbarhet handler om kvaliteten i de tolkningene som forskeren gjør, og om innsikten oppgaven gir kan støttes av andre undersøkelser (Thagaard, sitert i Ringdal 2013:248).

Gjennomgående i analysen og ellers i oppgaven reflekterer jeg rundt de valgte teoriene og viser hvordan det er samsvar mellom teori og empiri. De tolkningene jeg gjør, gjør jeg på bakgrunn av eksisterende kunnskap. Slik får jeg frem hvordan oppgaven min kan bli støttet av tidligere forskning, men jeg forsøker også å gjøre egne tolkninger underveis. Da jeg skulle starte med analyseringen, startet jeg fra et overordnet nivå før jeg gradvis gikk ned mot et lavere nivå. Jeg startet med å se på velferdsstatene i Norden og i USA for å se på forskjeller i utformingen av velferdsstater. Her analyserer jeg på strukturnivå. Dette gjør jeg for å få frem en sammenligning av to industrialiserte regioner for å se på hva som kan forklare forskjeller mellom land. Derfra gikk jeg til de nordiske landene for å se på ulikhetene innad i landene, og dermed ulikheter mellom innbyggerne. Her analyserer jeg på individnivå. Selv om analysen er utført på to ulike nivåer, vil jeg prøve å få frem hvordan disse nivåene henger sammen og påvirker hverandre.

Analysen min, og oppgaven min generelt, baserer seg på spesifikke land og regioner. Likevel er et av målene å vise til at denne forskningen kan gjøres gjeldende for andre steder og for ulike situasjoner. Dette kalles for overførbarhet (Thagaard, sitert i Ringdal 2013:248). For å få til dette har jeg tatt i bruk en klassisk sosiologisk problemstilling som handler om aktører og strukturer. Diskusjonen ligger rundt om det er strukturene som påvirker aktørene, eller om det er aktørene som påvirker strukturene. Dette inngår i problemstillingen for denne oppgaven. Slik blir det mulig å bruke de samme resultatene på andre områder.

4. ANALYSE OG DISKUSJON

Så, hvordan påvirker sosial ulikhet helsa? Skaper ulike velferdssystemer ulikheter i helse? Og hva kan forklare det nordiske helseparadokset? I denne delen skal jeg analysere teoriene og litteratur, og vise til hvordan empirien kan understøtte dem. Jeg starter med å analysere den sosialdemokratiske velferdsstaten og den liberale. Forskjellene mellom det nordiske og det

amerikanske systemet vil bli trukket frem for å se på om ulike velferdssystemer skaper ulikheter i helse. Videre analyserer jeg teoriene for å se på hva som kan forklare det nordiske helseparadokset. Alle teoriene jeg har beskrevet ovenfor baserer seg ved første øyekast på individnivå og på hvordan menneskers atferd, utgangspunkt, psykososiale helse, tilgang på ressurser og kunnskap spiller en rolle i møte med sosial ulikhet i helse. Det er individorienterte teorier, men velferdsstatens ansvar og innblanding spiller òg en viktig rolle for hvordan individene har det og lever sine liv. Innledningsvis beskrev jeg kort to former for velferdssystemer. Det ene var et liberalt velferdssystem, og det andre var et sosialdemokratisk. Det liberale er, som beskrevet, typisk for USA, mens det sosialdemokratiske er typisk for nordiske land. Jeg skal nå analysere den ulike utformingen av disse velferdsstatene.

4.1 VELFERDSSTATER OG DEKOMMODIFISERING

I før-kapitalistiske samfunn var det få arbeidere som måtte selge arbeidskraften sin for å overleve i samfunnet. Når kapitalismen kom, skjedde det en kommodifisering av arbeiderne hvor de måtte selge arbeidskraften sin på markedet. Dekommodifisering derimot oppstår når en tjeneste blir sett på som en rett, og når en person kan opprettholde et godt liv uten avhengighet til markedet. Det skjer en svekkelse av markedet, og det skjer en svekkelse av arbeidsgivere. Dekommodifiseringen styrker arbeiderne fordi det gjør dem uavhengig av markedet (Esping-Andersen, 2006).

Esping-Andersen (siteret i Bartley 2017) utarbeidet fenomenet dekommodifisering som et mål som måler om nivået av arbeidskraften i ulike samfunn er kommodifisert. Dette målet tar for seg andelen av den gjennomsnittlige arbeiders lønn som blir erstattet av ulike fordeler tilgjengelig for de som ikke kan arbeide, enten fordi de er arbeidsledige, har dårlig helse eller er eldre. Videre skriver Esping-Andersen (2006) at dekommodifiserte velferdsstater er av den nyere typen. Her kan innbyggerne fritt og uten muligens å miste jobben, inntekten eller generell velferd, velge bort jobben sin når de synes det er nødvendig. Innbyggerne får sykepenger som sikrer lønn, og retten til å være borte fra jobben med minimale bevis på at de er syke. Det finnes også pensjonsordninger og fødselspermisjon. Dekommodifiseringen har likevel utviklet seg forskjellig i de moderne velferdsstatene.

4.1.1 Norden og den sosialdemokratiske velferdsstaten

Som nevnt innledningsvis ble universelle ordninger et kjennetegn i de skandinaviske landene etter andre verdenskrig. Det ble viktig å bygge opp samfunnene, og krigserfaringen kan ha ført til den sosialpolitiske konsensusen om å utvide velferdsstaten. Spesielt de skandinaviske landene har i nyere tid vært preget av universalisme. Innbyggerne har fått rettigheter gjennom å være bosatt i landet, og ikke på grunn av statsborgerskap eller arbeid i bestemte yrker eller innenfor spesifikke næringer. Staten står her for organiseringen av helse- og sosialtjenester (Kuhnle & Kildal, 2011). Den nordiske velferdsmodellen er i dag karakterisert av offentlig finansiering, og representerer en region som har en omfattende offentlig styring av myndighetene. Regionen er et velferdssamfunn hvor behovene til innbyggerne blir håndtert gjennom offentlige tjenester finansiert av skattelegging (Faist, 2014). Esping-Andersen (2006) konkluderer derfor med at det er den skandinaviske velferdsstaten som er den mest dekommodifiserte.

Ut ifra dette kan det trekkes paralleller mellom krigen og utbyggingen av den sosialdemokratiske velferdsstaten. Før krigen brøt ut var det allerede tanker om sosiale forsikringsordninger, som jeg nevnte innledningsvis, og det kan godt hende at disse tankene ble forsterket etter krigens utbrudd. Solidaritet, og det å stå sammen om oppbyggingen av landene, kan ha vært en viktig faktor for utviklingen av den sosialdemokratiske velferdsstaten. Likevel er dette kun starten på utviklingen av den nordiske velferdsstaten, slik at andre verdenskrig kan bli sett på som én mulig utløsende faktor, men ikke som den avgjørende faktoren. Velferdsstaten var ikke ferdig utviklet etter andre verdenskrig.

4.1.2 USA og den liberale velferdsstaten

Kuhnle og Kildal (2011) beskriver hvordan forskjellen i utbyggingen av velferdsstaten mellom de nordiske landene og USA kan ligge i hvordan andre verdenskrig utspilte seg. USA kom seirende ut av krigen, samtidig som landet og dets sivilbefolkning ikke fikk noen skader. Dette kan ha bidratt til at landets ledere oppfattet sitt samfunnssystem som vellykket og sterkt, og hadde derfor ikke behov for å etablere en velferdsstat av europeisk type. Videre virker USA å være et spesielt tilfelle fordi nabolandet Canada, som heller ikke ble særlig påvirket av krigen, gikk for en europeisk heller enn en amerikansk utvikling av velferdsstaten. Esping-Andersen (2006) konkluderer her med at det er den anglosaksiske, hvor USA inngår, som er den minst dekommodifiserte velferdsstaten. I tillegg, i de anglosaksiske landene er ikke

rettigheter like tilknyttet til jobb, som det er til behov. Her blir landenes markeder styrket fordi det er i høyere grad foretrukket å gå til privat sektor for velferdsordninger.

På samme måte blir det vist også her hvordan andre verdenskrig fikk utslag for de amerikanske statene. At amerikanerne ikke ble like påvirket av krigen som Europa, kan ha utløst tankene om at deres statssystem ikke trengte vesentlige endringer. Samtidig burde disse tankene bli sett på med et kritisk blikk. Andre verdenskrig tok sted, for det meste, på det europeiske kontinentet. Selv om lederne oppfattet sitt samfunnssystem som vellykket, så er det vanskelig å se for seg at dette var av avgjørende karakter for deres utforming av velferdsstaten. Dersom krigen var på deres kontinent, hadde utfallet kanskje blitt annerledes. Her kunne også krigen ha vært én faktor for utformingen av velferdsstaten, men kanskje ikke den avgjørende faktoren.

4.2 HØY KOMMODIFISERING GIR BEDRE HELSE?

Ifølge Bartley (2017) er Esping-Andersens tanke i grunn enkel; i samfunn der hvor folk har nok inntekter til å opprettholde kostnadene til et liv med god helse, selv når de ikke kan jobbe, burde ulikhetene i helse være lavere. Altså, land med høyere nivåer av dekommodifisering burde ha lavere nivåer av helseulikheter. I tillegg skriver Elstad (2010) at de nordiske landene som har en omfattende offentlig sektor, med helsevesenet og universelle velferdsordninger, har ført til en sosial utjevning. Disse tiltakene har ført til en god folkehelse i den nordiske landene, og derfor er det ingen overraskelse at land som USA med mindre offentlig sektor og færre tilbud innenfor velferdsordninger, har dårligere helse.

Her kan en sammenligning mellom Norden og USA gjøres. For det første burde det være slik at de nordiske landene har lavere helseulikheter enn USA fordi Norden har høyere grad av dekommodifisering. Den høye dekommodifiseringen har ført til utbyggingen av universelle velferdsordninger, og et statlig ansvar for helse- og sosialtjenester som indirekte blir finansiert av innbyggerne selv. Slik blir staten en sterk aktør, mens markedet blir svekket. I USA er det lite dekommodifisering hvor det er markedet som blir styrket fordi velferdsordningene ikke er knyttet til arbeid slik det er i Norden. For det andre har Norden en mer omfattende offentlig sektor enn det USA har. USA har også flere velferdsordninger knyttet til det private. Dette gjør at den offentlige sektoren i USA har færre helsetilbud enn det Norden har. Slik sett burde helseulikhetene i Norden være mindre enn de er i USA. I introduksjonen nevnte jeg også at de sosioøkonomiske ulikhetene i sykkelighet og dødelighet ikke er noe mindre i de nordiske

landene i sammenligning med liberale land som USA. Ifølge litteraturen min virker det som at Norden generelt sett har bedre helse enn USA, men at ulikheten mellom innbyggerne ikke er noe bedre i Norden enn det er i USA. Spørsmålet blir da hva det er som gjør at de nordiske landene likevel har helseulikheter innad i sine egne land. Dette kalles for det nordiske helseparadokset, og i det neste skal jeg analysere dette paradokset og se på mulige årsaker til hvorfor det eksisterer.

4.3 DET NORDISKE HELSEPARADOKSET

Bartley (2017) viser til Johann Mackenbachs forskning på helseulikheter på tvers av land. Et overraskende funn var at forskjeller i dødelighet mellom de mest og de minst fordelaktige yrkesgruppene ikke er lavere i de nordiske landene i sammenligning med andre europeiske land som Italia, Spania, og til og med England. Videre skriver Bartley at det eksisterer en solid gradering fra det aller øverste sosioøkonomiske sjikt til det aller nederste sjikt. Det er ikke slik at det er en gruppe veldig fattige mennesker på bunnen av inntektsfordeling, eller statusrangeringen, som har spesielt dårlig helse mens resten av gruppene har det fint. Det er dette som kalles for den sosiale gradienten. Gradienten tar for seg forholdet mellom sosioøkonomisk status og sannsynlighet. Jo lavere sosioøkonomisk status, desto høyere sannsynlighet er det at det vil begås atferder som ikke er gunstig for helsa. En sosial gradient viser altså til at det er signifikante helseforskjeller mellom de mest privilegerte gruppene og de minst privilegerte gruppene. Men, gradienten viser også til at det er ulikheter mellom de mest privilegerte og nest mest privilegerte gruppene innad i et samfunn, og ikke bare mellom de aller fattigste og resten. Elstad (2016) beskriver dette som et trappetrinnmønster hvor det er en trinnvis forbedring i helsa for hvert steg oppover en tar på samfunnsstigen. Denne samfunnsstigen finnes for en stor andel av ulike helseforhold.

For å forklare det nordiske helseparadokset skal jeg nå gå igjennom de valgte teoriene. Jeg skal bruke empiri og tidligere forskning gjort av Folkehelseinstituttet (2018) for å vise hvordan teoriene kan gjøres gjeldende for den nordiske befolkningen. Videre tar jeg med elementer fra Meld. St. nr. 19 (2018-2019) av Finansdepartementet (2019) for å vise hvilke tiltak som er gjort for de ulike omstendighetene, og samtidig vise hvordan deler av stortingsmeldingen kan gjenspeiles i teoriene.

4.3.1 Skaper sosial posisjon bestemte atferder?

Atferds- og kulturelle forklaringer poengterer hvordan determinanten til dårlig helse er uforsvarlig og uansvarlig atferd som kommer av klassestruktur og mangel på utdanning. Her inngår både atferden rundt røyking og inntak av alkohol, og ulikheter i matvaner og trening. Det kulturelle aspektet, ifølge Bourdieu, omhandler hvordan valg av preferanser rundt matvaner og trening henger sammen med hvilken sosial gruppe en ønsker å identifisere seg med. Samtidig innenfor de sosiale gruppene er det visse atferder og væremåter som blir mer naturlig akseptert enn andre (Bartley, 2017).

Denne forklaringen tar for seg individene og hvordan de er, eller ønsker å være. Fokuset ligger også på manglende utdanning og klassestruktur, og hvordan dette utspiller seg som valg av atferd enten det er bevisst eller ikke. FHI (2018) viser til hvordan det eksisterer systematiske forskjeller i helse blant ulike samfunnsgrupper, hvor det er en sammenheng mellom utdanning og inntekt, og helse. Dette gjelder for en rekke land, og ikke bare i Norge. FHI erkjenner at det er de som ligger øverst i den sosiale lagdelingen som har best helse, og at det finnes en gradering ned mot de som ligger nederst. Videre viser FHI til at de med lavest utdanning har større sannsynlighet for å begynne å røyke, og å utvikle forskjellige sykdommer. Slik viser FHI at det er en klar sammenheng mellom helse og utdanning. Utdanning viser også til klasseskiller og hvordan ulike nivåer av utdanning er med på å etablere klassestruktur og den sosioøkonomiske stigen. Ifølge dette, blir atferd- og kulturelle forklaringer gjeldende for de nordiske landene.

Derimot, i Meld. St. nr. 19 (2018-2019), skriver Finansdepartementet (2019) at for å jevne ut forskjellene, blant annet i utdanning, så har det vært en omfattende utbygging av utdanningssystemet. Dette gjelder riktignok for Norge. Generelt er Norden, i likhet med Norge, et velferdssamfunn hvor utdanning er satt i fokus. Dette viser til at det blir satset på å eliminere utdanning som en utløsende faktor på ulikheten. Dette betyr likevel ikke at absolutt alle kommer til å velge høyere utdanning i de nordiske landene. Det er klart at det finnes unntak, og at ikke hele den nordiske befolkningen kommer til å ta like mye utdanning. Bourdieus tanker derimot står sterkt fordi sosiale grupper finnes overalt. Ønsket om å tilhøre en bestemt gruppe, og å identifisere seg med denne, kan utløse ulike atferder som er passende for den aktuelle gruppen. Dermed kan den kulturelle dimensjonen være med på å forklare hvorfor det er ulikheter i helse mellom befolkningen i Norden.

4.3.2 Muligheter for alle

Livsløpsperspektivet handler om hvordan erfaringer fra barndommen er med på å bestemme hvordan helsa blir i voksen alder. Den sosioøkonomiske ulikheten viser seg som ulik utvikling av personlige egenskaper (Mackenbach, 2012). Ulikheten viser seg også som ulik tilgang på materielle ressurser gjennom livsløpet (Elstad, 2016). Bourdieus habitus viser i tillegg til hvordan personer tilegner seg ervervede disposisjoner, og hvordan erfaringer fra barndommen og gjennom hele livsløpet til slutt blir avgjørende for bestemte måter å handle på (Prieur & Sestoft, 2006).

Her kan det trekkes en del likheter mellom livsløpsperspektivet og Bourdieus teori. Begge omhandler hvordan barndommen og tidlige erfaringer er viktig for å etablere gode forutsetninger videre i livet, og at barndommen er med på å forme ens sosiale posisjon i voksenalderen. Livsløpsperspektivet og Bourdieu gir en beskrivelse av hvordan verden kan være, og hvordan verden er. De sier ikke direkte hvorfor ulikheter i helse oppstår, men at de kan oppstå på bakgrunn av omgivelser. Det blir gitt en forklaring på hvordan ulike utgangspunkt kan etablere hindringer som følger mennesker livet ut. Disse hindringene består av ulik tildeling av sosioøkonomisk status. Hindringene gjelder for alle samfunnsgrupper i alle samfunn, også for befolkningen i Norden. I Meld. St. nr. 19 (2018-2019) bekrefter Finansdepartementet (2019) at de sosiale helseulikhetene viser seg gjennom sosioøkonomiske kjennetegn. Det poengteres også hvordan det må legges til rette for at alle kan ta gode valg for sin egen helse. Dette inkluderer et mål om at flest mulig skal ha gode leveår. Det virker som at stortingsmeldingen viser til livsløpsperspektivet gjennom, for det første tittelen «Muligheter for alle. Fordeling og sosial bærekraft», og for det andre anerkjenner den at det ikke er like muligheter for alle, og at dette må gjøres noe med. Målet om at flest mulig skal ha gode leveår kan vise til at alle menneskers utgangspunkt, uansett hvilken samfunnsgruppe en blir født inn i, ikke skal ha noe å si for etableringen av et godt liv.

4.3.3 Press fra alle kanter

Psykososial teori handler om en ujevn fordeling av psykososiale faktorer som skaper helseulikheter. De med høyere utdanning og inntekt har mer kontroll over egne liv og de har sunnere atferd. Psykososialt stress kommer av individets egen oppfatning av sin relative deprivasjon i sammenligning med andre (Mackenbach, 2012). Videre er det de følelsene som oppstår på grunn av ulikheten som er med på å reproducere ulikheten. De som er utsatt for

psykososialt stress opplever å ha mindre sosial støtte, samtidig som de finner seg lengre ned på den sosioøkonomiske stigen (Bartley, 2017).

Denne teorien og forklaringen utdyper hvordan det er en sammenheng mellom psykososialt stress, sosial posisjon, utdanning og atferd. Den beskriver en sirkel hvor det ene påvirker det andre. FHI (2018) sin tidligere forskning kan også her bekrefte at det er de med høyere utdanning og inntekt som har sunnere atferd og bedre helse. De med lavere utdanning har større risiko for å utvikle blant annet psykiske lidelser. Psykiske lidelser kan forstås som de psykososiale stressfaktorene. Psykososial teori tilsier også at det er en ujevn fordeling av psykososialt stress, og at de psykososiale hindringene viser seg som ulikt belastet hos individene. Denne ujevne fordelingen kan overføres til ulikheter i utdanningsnivå.

På én måte er denne posisjonen en blanding av atferds- og kulturelle forklaringer, og livsløpsperspektivet. Livsløpsperspektivet beskriver hindringer i voksen alder på grunn av opplevelser i barndommen. Atferds- og kulturelle forklaringer beskriver hindringer som følge av manglende utdanning. Psykososial teori beskriver de psykososiale hindringer. Alle tre teorier har til felles at atferden blir bestemt både av utdanning, og av ulike utgangspunkt. Psykososial teori viderefører dette og legger til egen persepsjon av deprivasjon. Her sammenligner individene seg selv med andre, og det er denne sammenligningen som påvirker de psykososiale faktorene. Det oppstår følelser av å ha mindre enn andre. Dette er med på å forsterke et allerede dårlig psykososialt utgangspunkt. Slik blir sosial posisjon også viktig her, da det er de med lavere sosial status som blir påvirket av de med høyere sosial status. Videre blir også velferdsstaten dratt inn som en tilleggsfaktor til hvorfor disse følelsene oppstår. I de nordiske landene er velferdsstaten generøs og setter en standard for hvordan det skal og bør være i disse landene. Dersom individene selv ikke føler at de kan etterleve dette, kan dette bidra til å skape et større press på dem enn det de allerede har. Den psykososiale teorien forklarer her hvordan sosiale ulikheter i helse opprettholdes av press fra strukturelle forhold. Det er likevel snakk om et selvopplevd press, og en følelse av å ikke strekke til.

4.3.4 Velferdsstaten gjør mye, men ikke nok

I motsetning til psykososial teori, ser neo-materialistiske forklaringer på fordelingen av offentlige goder og tjenester, heller enn hvordan innbyggerne oppfatter sin egen posisjon i et hierarki. Denne forklaringen ser at helseforskjeller eksisterer mellom land som har ulike nivåer av offentlige tjenester (Bartley, 2017). Videre forklarer neo-materialistisk teori at til

tross for en økning i velstand og en omfordeling av ulikhet, er det fortsatt ulikheter i tilgangen på materielle goder og ressurser. Velferdsstatens omfordeling evner å dempe ulikhetene, men ikke nok (Mackenbach, 2012).

Denne teorien er todelt. Den ser først på hvordan det eksisterer helseforskjeller mellom land som har ulike nivåer av offentlige tjenester. Dette samsvarer med Eping-Andersens (2006) tanker om dekommodifisering, og det Elstad (2010) skriver om de nordiske landene og USA. Elstad skriver hvordan et velferdssystem med stor offentlig sektor og universelle velferdsordninger fører til god folkehelse, mens et velferdssystem med mindre offentlig sektor og færre velferdstilbud resulterer i dårligere folkehelse. Slik kan neo-materialistisk teori forklare helseulikhetene mellom en region som Norden og et land som USA. Som jeg nevnte tidligere, kan dette forklare hvorfor Norden har bedre helse enn USA, men det kan ikke forklare hvorfor den relative ulikheten ikke er mindre i de nordiske landene i sammenligning med USA. Den andre delen av teorien tar for seg hvordan en økning i velferden hos ulike land ikke har ført til en økning av tilgang på goder og ressurser. Mackenbach (2012) skriver at dette kan forklare hvordan helseulikhetene vedvarer, men ikke hvorfor de utvider seg. Det er en kritikk mot velferdsstaten som klarer å gjennomføre mye, men ikke nok. Dette ligger i kjernen av det nordiske helseparadokset. Noen har tilgang på materielle ressurser som er helsefremmende, mens andre har ikke det. Dette poenget har også likhetstrekk med teorien om diffusjon av innovasjon.

4.3.5 Manglende vilje eller manglende evne?

Diffusjon av innovasjon handler om at det er en spredning av innovasjon blant individene. Dette betyr at de som befinner seg i høyere sosioøkonomisk sjikt tar til seg nye innovative væremåter raskere enn de i lavere sjikt. Når det kommer nye råd som omhandler helsa, er det kun deler av befolkningen som har mulighet til å gjennomføre de nye forslagene. Dette kommer både av ulikheter i tilgang på ressurser, men også ulikheter i atferd. Fra et overordnet nivå handler denne teorien også om hvordan velferdsstaten innfører de nye helseintervensjonene (Mackenbach, 2012).

I likhet med neo-materialistisk teori, handler denne teorien om tilgangen på ressurser. Det er ulik tilgang på ressurser som fører til at det er ulikheter i helse. Når nye helsefremmende forslag blir kjent, enten generelt eller gjennom velferdsstaten, er det ikke alle som har muligheten til å følge disse. Dette fører oss tilbake til den sosioøkonomiske stigen, og

hvordan denne viser til ulikhetsdimensjonen. Økonomisk kapital er ikke en kapital som alle har tilgang til. Denne teorien kan ikke rettes mot individenes manglende vilje til å endre atferdsmønstre. Her ligger det strukturelle forhold til rette som begrenser individenes evne til endring. Sosial posisjon gjør seg også gjeldene her, og det samme gjør velferdsstaten. Som Mackenbach (2012) skriver kan denne teorien forklare en midlertidig utvidelse av helseulikhetene fordi det handler om hvordan det kun er deler av befolkningen som har mulighet til å gjennomføre nye forslag som gjelder forbedring av helsa.

FHI (2018) viser også hvordan det var de med høyere utdanning som først begynte å stumpe røyken, og derfor ble helsen forbedret først i denne gruppen. FHI skriver at når gruppene med lavere utdanning endrer sine røykevaner, er det forventet at også de får en forbedring i helsa, og at ulikheten mellom gruppene blir mindre. Dette poenget kan direkte overføres til kjernen av teorien om diffusjon av innovasjon. FHI viser kun til røyking som et eksempel, men det kan tenkes at dette gjelder også for andre helsefremmende forhold som trening og matvaner. Denne teorien viser også til de mulighetene og begrensningene som finnes for individer i et samfunn. Det er, også her, en todeling som beskriver forholdet mellom individers atferd og velferdsstatens utforming. Dette motsetningsforholdet blir trukket frem og viser hvordan det ikke behøver å være individenes manglende vilje til å gjøre endring. Det er ofte snakk om den manglende evnen. Dette kan være relevant for innbyggerne i Norden fordi det igjen er snakk om ulike samfunnsgrupper og velferdsstatlig utforming.

5. DISKUSJON OG KONKLUSJON

Sosial ulikhet i helse er et vedvarende fenomen som eksisterer selv i godt utviklede og generøse velferdsstater som de nordiske landene har. Den sosiale ulikheten i helse er ikke noe mindre i Norden, enn den er i land med mindre generøse velferdssystemer som det amerikanske. Norden har gjennomført ulike tiltak for å redusere den generelle sosiale ulikheten gjennom blant annet en omfordelingspolitikk slik at ulike velferdstilbud kan bli finansiert av det offentlige. Denne velferdspolitikken har bidratt til å redusere ulikheter i inntekt, bedre tilgangen på helsetjenester, boligkvalitet, og andre økonomiske og sosiale utfall. Likevel vedvarer helseulikhetene. Det nordiske helseparadokset viser hvordan det ikke er samsvar mellom den velferdspolitikken som føres, og de økende ulikhetene i helse (Mackenbach, 2012). Disse helseulikhetene har forblitt høye, og det er vedvarende ulikheter mellom forskjellige samfunnsgrupper på den sosioøkonomiske stigen (Bartley, 2017).

Sosiale ulikheter er vertikale hierarkiseringer som finnes i alle samfunn. Hierarkiene skaper eksistensiell ulikhet, og er en av de største årsakene til hvorfor helseulikheter består over tid. Likevel kan sosiale ulikheter bli avskaffet (Therborn, 2009). Det er velferdsstatene som har ansvar for å sikre velferd for sine innbyggere. Velferdsstatene har utviklet seg i forskjellige retninger. Det amerikanske velferdssystemet er et liberalt regime hvor fordelene er begrenset og velferdstilbudene færre. Det nordiske velferdssystemet karakteriseres av generøse goder og generelt mindre sosial ulikhet (Esping-Andersen, 2006).

I denne oppgaven har jeg sett på sosial ulikhet i helse, både på et overordnet nivå og på et lavere nivå. Dette resulterte i forskningsspørsmålet mitt: «Hvordan påvirker sosial ulikhet helsa?» På bakgrunn av de ulike analysenivåene presiserte jeg to underspørsmål: «Skaper ulike velferdssystemer ulikheter i helse?», og «Hva kan forklare det nordiske helseparadokset?». Bakgrunnen for å analysere på denne måten var å skape en forståelse av sosial ulikhet i helse på ulike nivåer. Jeg ville koble sammen nivåene og skape en nyansert og sammensatt forståelse. For å få til dette har jeg presentert og reflektert rundt ulike teorier som både omhandler sosial ulikhet i helse, og andre teorier som kan overføres til å forklare dette temaet. Videre har jeg forsøkt å vise til hvordan forskjellige land og regioner praktiserer velferd på forskjellige, og kanskje ulike, måter. Jeg fremhevet dette for å vise hvordan det er forskjeller mellom dagens industrialiserte land, og for å vise at forskjeller er noe annet enn ulikheter.

5.1 SKAPER ULIKE VELFERDSSYSTEMER ULIKHETER I HELSE?

Neo-materialistisk teori vil nok mene at den ulike fordelingen av offentlige goder og tjenester, og det ulike nivået av offentlige velferdstjenester mellom Norden og USA er årsaken til at Norden generelt sett har bedre helse enn USA (Bartley, 2017). Sammen med Esping-Andersens (2006) formulering av dekommodifisering, hvor høye nivåer av dekommodifisering tilsvarer lavere nivåer av helseulikheter, viser begge teoriene til hvordan utformingen av USAs velferdsstat er årsaken til at deres innbyggere har dårligere helse enn det de nordiske innbyggerne har. USA har mindre offentlig sektor og færre velferdstilbud, men samtidig er det viktig å se på begge nivåene, systemnivået og individnivået. Teoriene jeg har presentert kan også settes inn i en amerikansk kontekst fordi de omhandler hvordan det er å være mennesker i et samfunn. En analyse av de amerikanske innbyggerne ved bruk av disse teoriene kunne ha gjort analysen min mer nyansert, men denne delen falt bort.

Ifølge litteraturen min og de teoriene jeg har valgt, ser det ut til at Norden generelt sett har bedre helse enn USA på grunn av forskjeller i dekommodifisering og ulik størrelse på offentlig sektor. Dette er med på å forklare forskjeller i helse mellom land basert på forskjeller i velferdsstatlige utforminger. Forskjeller er likevel noe annet enn ulikheter. Ut ifra det litteraturen viser, skaper ikke ulike velferdssystemer ulikheter i helse. Samtidig viser litteraturen min at de sosiale ulikhetene blant samfunnsgrupper innad i de nordiske landene ikke er noe mindre enn det de er i USA. Dette betyr at begge regioner har det samme nivået av relativ ulikhet. Dermed viser dette hvordan både den liberale og den sosialdemokratiske velferdsstaten ikke evner å redusere ulikheter i helse. Ifølge velferdsstatlig utforming burde de nordiske landene ha mindre helseulikheter enn USA, men slik er det altså ikke. Dermed blir det mulig å konkludere med at det ikke er utformingen av ulike institusjonelle velferdssystemer som skaper ulikheter i helse.

5.2 HVA KAN FORKLARE DET NORDISKE HELSEPARADOKSET?

Gjennom atferds- og kulturelle forklaringer blir det vist hvordan manglende utdanning er årsaken til helseulikhetene. Her har de nordiske landene brukt tid på å etablere gode utdanningssystemer. Det blir lagt til rette for at flest mulig skal kunne ta høyere utdanning, og at sosial posisjon ikke skal determinere for valg og atferd. Videre beskriver livsløpsperspektivet hvordan livet kan være, og hvordan livet ofte er for innbyggerne i de nordiske landene. Det blir gitt en beskrivelse av de hindringene som oppstår i barndommen og som følger hele livsløpet. Teorien beskriver at det ikke er muligheter for alle. Så er det psykososial teori som også beskriver en ulik fordeling av belastninger og hindringer. Denne teorien kategoriserer mennesker, hvor den ene kategorien har bedre tilgang på ressurser og materielle goder enn resten. At velferdsstaten er en sentral aktør i forklaringen av helseulikhetene gjennom at den bidrar til ytterligere press kan legitimeres gjennom at innbyggerne i Norden kan føle på et press fra alle kanter. Teorien om diffusjon av innovasjon forteller rett og slett hvordan ikke alle har mulighet til å forbedre sin egen helse på grunn av økonomiske og sosiale hindringer. Denne teorien, sammen med neo-materialistisk teori, beskriver hvordan situasjonen kan være for ulike samfunnsgrupper i de nordiske landene. Det blir satt i perspektiv hvordan det er den manglende evnen, og ikke den manglende viljen til å gjøre endringer. Alle teoriene beskriver ulike dimensjoner av det menneskelige liv. Hvordan menneskers atferd blir påvirket fra ulike hold, hvordan mennesker blir født med ulike utgangspunkt, hvordan psykososialt stress er ulikt fordelt, og hvordan det er ulik tilgang på ressurser og helsefremmende midler.

For å finne et svar på hvorfor det nordiske helseparadokset eksisterer, blir det nødvendig å se på alle teoriene samlet, og ikke hver for seg. Å anvende kun én av teoriene og gjøre den gjeldene for alle og overalt er ikke mulig. Den ene kan supplere den andre. Samtidig er mennesker forskjellige, og livssituasjoner er kontekstavhengige. Det alle teoriene likevel har til felles er at de forsterker den virkningen som sosial posisjon har på helse i dagens samfunn. Hvordan den sosiale gradienten og den sosioøkonomiske stigen gjør seg gjeldene er noen eksempler. Flere av teoriene ser på begrensninger som strukturelle forhold skaper for innbyggerne i Norden. Det nordiske velferdssystemet har utført en utjevning av flere ulikhetsforhold, men ikke når det kommer til helseulikhetene. En forklaring kan muligens ligge her. Det kan tenkes at de nordiske landene ikke har gjort nok på dette feltet, at det ikke er gjort tilstrekkelige strukturelle endringer på helseområdet. Teoriene påpeker hvordan en endring av sosiale og økonomiske hindringer er det som må til for å senke helseulikhetene. Den parten som besitter på mest makt til å endre disse økonomiske og sosiale forholdene er de nordiske statene. Likevel kan ikke alt ansvar ligge på statsapparatet. Staten kan legge til rette for å senke den sosiale ulikheten i helse, men innbyggerne må selv velge om de vil ta i bruk midlene.

5.3 AVSLUTTENDE TANKER OG VIDERE FORSKNING

Hvordan påvirker sosial ulikhet helsa? Sosial ulikhet eksisterer på bakgrunn av at samfunnet er lagdelt. Det eksisterer en sosial stige hvor noen har mer, mens andre har mindre. Det er de som har mest som klarer seg best. Denne ulikhetsdimensjonen gjelder for de fleste samfunnsforhold, også for helsa. Sosial ulikhet påvirker derfor helsa gjennom at det eksisterer ulike hindringer, at belastningene er ulikt fordelt, og gjennom at individene mangler midler til å forbedre helsa. Det er dette som blir gjenspeilet i alle teoriene, og ellers i den tidligere forskningen. Det blir vist hvordan det er et samspill mellom aktørene og strukturene, og at den ene påvirker den andre. For å fjerne hindringene, belastningene og manglene, må det kanskje en omfordeling til, eller en endring av de strukturelle forholdene. Dette er likevel en diskusjon som ikke vil bli gått igjennom i denne oppgaven, og en diskusjon som kunne vært spennende å forske videre på; hva er det som skal til for at den sosiale ulikheten i helse skal bli mindre, eller forsvinne i de nordiske landene. Det samme er en analyse av innbyggerne i USA, og hva som kan gjøres for å bedre helsa og den sosiale ulikheten der.

Litteraturliste

- Bartley, M. (2017). *Health inequality: An introduction to concepts, theories and methods* (2. utg.). Cambridge: Polity Press.
- Elstad, J. I. (2010). Helse. I Frønes, I. & Kjølørød, L. (Red.), *Det norske samfunn* (6. utgave, s. 261-283). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Elstad, J. I. (2016). Norsk helse. I Frønes, I. & Kjølørød, L. (Red.), *Særtrykk av det norske samfunn* (s. 114-135). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Esping-Andersen, G. (2006). Three Worlds of Welfare Capitalism. I Pierson, P. & Castles, F. (Red.), *The Welfare State Reader* (s. 160-174). Cambridge: Polity Press.
- Faist, T. (2014). On the transnational social question: How social inequalities are reproduced in Europe. *Journal of European Social Policy*, 24(3), 207-222. DOI: <https://doi.org/10.1177/0958928714525814>
- Finansdepartementet. (2019). *Muligheter for alle. Fordeling og sosial bærekraft*. (Meld. St. 13 (2018-2019)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-13-20182019/id2630508/?ch=1>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Folkehelse rapporten – kortversjon: Helsetilstanden i Norge 2018*. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2018/fhr-2018/>
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kuhnle, S. & Kildal, N. (2011). Velferdsstatens idégrunnlag i perspektiv. I Hatland, S., Kuhnle, S. & Romøren, T. I. (Red.), *Den norske velferdsstaten* (s. 15-39). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Mackenbach, J. P. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social Science & Medicine*, 75(4), 761-769. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.031>
- Priour, A. & Sestoft, C. (2006). *Pierre Bourdieu. En introduktion*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Risjord, M. (2014). *Philosophy of social science. A contemporary introduction*. New York & London: Routledge.
- Schiefloe, P. M. (2011). *Mennesker og samfunn. Innføring i sosiologisk forståelse* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Therborn, G. (2009). The killing fields of inequality. *International Journal of Health Services*, 42(4), 579-589. DOI: <https://doi.org/10.2190%2FHS.42.4.a>