

Masteroppgave

NTNU
Norges teknisk- naturvitenskapelige
universitet
Fakultet for samfunnsvitenskap og
teknologiledelse
Institutt for sosiologi og statsvitenskap

Erlend Løvø Fjær

Helse og helseulikheter i politiske regimer

En studie basert på European Social Survey

Masteroppgave i statsvitenskap

Trondheim, våren 2013



Forord

Denne oppgaven markerer fullføringen av masterstudiet i statsvitenskap. Da jeg begynte å studere, trodde jeg denne tilværelsen skulle vare lenge. Når jeg ser tilbake, har det gått meget fort. Det gjelder også arbeidet med denne oppgaven.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder Terje Andreas Eikemo, som har vært involvert i prosjektet helt fra starten. Jeg vil takke for raske tilbakemeldinger, interessante samtaler og god veiledning i denne perioden.

I løpet av denne perioden har det også kommet flere råd og innspill fra andre medstudenter og ansatte ved Institutt for sosiologi og statsvitenskap, og jeg vil takke samtlige for inspirasjonen de har bidratt med. Jeg vil også takke Tim Huijts for inspirasjon til dette arbeidet.

Takk til Kristoffer Vestnes og Kyrre Svarva for god SPSS-hjelp, og til Thomasz Opach for å ha laget kart.

Jeg vil takke Olav Bremer Fjær for gjennomlesning av oppgaven, samt råd og innspill i denne perioden.

Jeg vil benytte anledningen til å takke min tidligere lærer Gunnar Thorbjørnsen, som inspirerte meg til å begynne på dette studiet.

Under arbeidet med denne oppgaven har jeg også satt pris på innspill, råd og generell støtte fra familie og kjente. Å jobbe med en masteroppgave kan være utfordrende. Som Beatles-tilhenger kan jeg ha lett for å ty til relaterte vendinger, og "it don't come easy" (Ringo Starr, 1971) kan være en frase som beskriver denne prosessen. Samtidig vil jeg understreke at det hele har blitt lettere "with a little help from my friends".

Trondheim, 18. mai 2013
Erlend Løvø Fjær

Sammendrag

Flere studier har undersøkt forbindelsen mellom politisk ideologi og helse. Disse studiene kan kategoriseres som individstudier og kontekststudier. Individstudiene har generelt kommet fram til at de som har en høyreorientert ideologi, i gjennomsnitt har bedre helse sammenliknet med de som har en venstreorientert ideologi. Kontekststudiene har vist at land som styres av mer progressive regimer, i gjennomsnitt har bedre helseforhold sammenliknet med de som styres av mer konservative regimer. Det har blitt argumentert for å inkludere både individnivået og kontekstnivået i samme studie.

Hovedformålet med masteroppgaven har vært å undersøke hvordan politisk ideologi påvirker helseforskjeller i og mellom politiske regimer, og hvor stor betydning utdanning har for disse forskjellene.

Dataene i denne undersøkelsen er basert på modul 4 og modul 5 av European Social Survey (ESS). Helsevariabelen beskriver folks generelle helsetilstand, og er basert på egenrapportering. Det er benyttet logistisk regresjon, hvor den opprinnelige helsevariabelen har blitt dikotomisert til "veldig god eller god" helse og "mindre enn god" helse. I tillegg er det gjennomført deskriptive analyser som beskriver helseforhold i de enkelte landene og regimene. Utvalget består av 90 125 respondenter i 27 europeiske land, som er 25 år og eldre. Politisk ideologi har på individnivå blitt målt gjennom egenplassering på en venstre/høyre-skala, som videre har blitt omkodet til en kategorisk variabel for venstre, sentrum og høyre. På aggregert nivå har politisk ideologi blitt operasjonalisert ved å gruppere de europeiske landene inn i seks politiske regimer med utgangspunkt i dominerende politisk tradisjon de siste tiårene. I tillegg til sosialdemokratisk, kristendemokratisk og liberalt regime omfattes også Sør-Europa, Øst-Europa og tidligere Sovjetrepublikker. Utdanning ble målt gjennom fullført utdanningsnivå, inndelt i de tre kategoriene grunnskole, videregående skole og høyskole/universitet.

Helse og helseforskjeller varierte mellom politiske regimer i Europa. Prevalens av dårlig helse var størst i tidligere Sovjetrepublikker og minst i det liberale regimet. De relative helseforskjellene mellom politiske grupperinger var størst blant menn i det sosialdemokratiske regimet, mens disse forskjellene var minst i det liberale regimet. Utdanning hadde ikke

nevneverdig betydning for helseforskjellene mellom de politiske grupperingene i de politiske regimene.

Helseforskjellene som eksisterer mellom de europeiske landene, kan både forklares på individuelt og kontekstueit nivå. På et individuelt nivå eksisterer det helseforskjeller mellom politiske grupperinger. Utdanning hadde liten betydning for disse helseforskjellene, og kan ikke regnes som et mål på politisk ideologi. Det indikerer at politisk ideologi har god forklaringskraft som selvstendig variabel. Videre studier bør undersøke hvilke mekanismer som leder fra politisk ideologi til helseatferd.

Innhold

Forord	1
Sammendrag	2
Innhold.....	5
Liste over figurer, tabeller og vedlegg	7
1 Introduksjon.....	9
1.1 Hvordan bidrar politiske regimer til å påvirke helseulikheter?.....	12
1.2 Problemstilling	14
1.3 Oppgavens oppbygning	15
2 Teori og tidligere forskning.....	17
2.1 Regimetyper	17
2.2 Esping-Andersens velferdsregimer	17
2.2.1 <i>Liberalt regime</i>	18
2.2.2 <i>Konservativt regime</i>	18
2.2.3 <i>Sosialdemokratisk regime</i>	19
2.3 Debatt og nye regimer	20
2.3.1 <i>Søreuropeisk regime</i>	20
2.3.2 <i>Østeuropeisk regime</i>	20
2.3.3 <i>Tidligere Sovjetrepublikker</i>	21
2.4 Politiske regimer	21
2.5 Forskjellen mellom velferdsregimer og politiske regimer	22
2.6 Velferdsregimer, helse og helseulikheter	23
2.7 Betydningen av politisk ideologi i forskjellige politiske regimer	24
2.8 Sosioøkonomisk posisjon og helse.....	28
2.9 Utdanning som indikator på sosioøkonomisk posisjon.....	29
2.10 Utdanningsforskjeller og helseulikheter	31
2.11 Utdanning og helseforskjeller mellom politiske grupperinger	32
3 Data og metode.....	35
3.1 Design	35
3.2 Datamaterialet	35
3.2.1 <i>European Social Survey (ESS)</i>	35
3.2.2 <i>Dataenes kvalitet i ESS</i>	36
3.2.3 <i>Datainnsamling</i>	37
3.3 Utvalg	37
3.4 Variabler.....	40
3.4.1 <i>Helserelaterte variabler: Å definere og måle helse</i>	40
3.4.2 <i>Politisk ideologi</i>	42
3.4.3 <i>Utdanning</i>	44
3.5 Metode: Logistisk regresjon.....	46
4 Resultater	49
4.1 Fordeling av respondenter/regimer	49
4.2 Fordeling av helse og utdanningsnivå	50
4.3 Fordeling av politisk ideologi og helse	51
4.4 Regresjon: Politisk ideologi og utdanning.....	58

5 Diskusjon	63
5.1 Metodediskusjon og begrensninger ved studien.....	63
5.1.1 Absolutte og relative helseulikheter	66
5.2 Det liberale regimet	67
5.3 Tidligere Sovjetrepublikker	71
5.4 Det sosialdemokratiske regimet	73
5.5 Sør-Europa	76
5.6 Helseforskjeller mellom politiske regimer	79
5.7 Utdanningsforskjeller etter politisk ideologi.....	81
6 Konklusjon	85
Referanser	89
Vedlegg	103

Liste over figurer, tabeller og vedlegg

Figurer

Figur 3.1: Kategorisering av europeiske land i politiske regimer	43
Figur 3.2: Kart over politiske regimer og land som er med i undersøkelsen	43
Figur 4.1: Prosentandel som rapporterer dårlig helse etter kjønn, alle regimer	49
Figur 4.2: Prosentandel som rapporterer dårlig helse etter utdanning, alle regimer	51
Figur 4.3: Prosentandel som rapporterer dårlig helse etter utdanning, regimer og kjønn	51
Figur 4.4: Prosentandel som rapporterer dårlig helse etter politisk ideologi, alle regimer	52
Figur 4.5: Prosentandel som rapporterer dårlig helse etter regimer	52
Figur 4.6: Prosentandel som rapporterer dårlig helse etter regimer og kjønn	53
Figur 4.7: Prosentandel som rapporterer dårlig helse etter land, regimer og kjønn	54
Figur 4.8: Prosentandel som rapporterer dårlig helse etter politisk ideologi, regimer og kjønn	55
Figur 4.9: Prosentandel som rapporterer dårlig helse etter politisk ideologi og regimer (menn)	56
Figur 4.10: Prosentandel som rapporterer dårlig helse etter politisk ideologi og regimer (kvinner)	57
Figur 5.1: En modell som beskriver røykeepidemien sine fire faser	78

Tabeller

Tabell 3.1: Oversikt over moduler og land i ESS1-5, og hvilke som er inkludert i undersøkelsen (uthevet skrift) (total N = 90 125)	39
Tabell 3.2: Utdanningskategorier i EISCED-variabelen	45
Tabell 4.1: Deskriptiv statistikk for alle variabler og prosentandel som rapporterer dårlig helse per kategori i European Social Survey (2008/2010) (N = 90 125) (Valid %)	50
Tabell 4.2: Resultater av logistisk regresjon som viser oddsrater (OR) og 95 % konfidensintervaller (KI) for å rapportere dårlig helse etter politisk regime, kjønn, politisk ideologi (kategorisk), utdanning og alder i European Social Survey (2008/2010) (N = 90 125)	59
Tabell 5.1: Oversikt over helseutfall etter politiske regimer	79

Vedlegg

Vedlegg 1: Tabell 4.3: Deskriptiv statistikk for prosentandel som rapporterer dårlig helse etter land og politisk regime i European Social Survey (2008/2010) (N = 90 125) (Valid %)	103
Vedlegg 2: Tabell 4.4: Prosentandel som rapporterer dårlig helse etter utdanningsnivå, kjønn og politisk regime i European Social Survey (2008/2010) (Valid %)	104
Vedlegg 3: Tabell 4.5: Prosentandel som rapporterer dårlig helse etter politisk ideologi, kjønn, land og politisk regime i European Social Survey (2008/2010) (Valid %)	105
Vedlegg 4: Tabell 4.6: Fordeling av utdanningsnivå etter land og politisk regime i European Social Survey (2008/2010) (Valid %)	106
Vedlegg 5: Tabell 4.7: Plassering på venstre/høyre-skalaen (venstre, sentrum og høyre) etter land og politisk regime i European Social Survey (2008/2010) (Valid %)	107

1 Introduksjon

Sosiale ulikheter i helse ble for alvor satt på dagsordenen – både innenfor offentlig politikk og akademia – da Black-rapporten ble publisert i Storbritannia i 1980 (Department of Health and Social Security 1980). Rapporten, som ble forfattet av en regjeringsoppnevnt kommisjon¹, ga en omfattende oversikt over den britiske helsetilstanden og påviste store sosiale forskjeller i sykkelighet og dødelighet. Innholdet i rapporten vakte betydelig oppsikt da den ble publisert, og bidro også til å øke interessen og bekymringen for at det eksisterte sosiale helseulikheter i flere land (Bartley 2004: 1, 3). På 2000-tallet har sosiale ulikheter i helse fortsatt vist seg å være en vesentlig utfordring for utviklede samfunn, også for europeiske land (Siegrist & Marmot 2006: 1).

Helseulikheter har som deskriptivt begrep blitt brukt til å betegne "differences, variations, and disparities in the health achievements of individuals and groups" (Kawachi, Subramanian & Almeida-Filho 2002: 647). Etter hvert har det blitt mer vanlig å vektlegge de moralske og etiske sidene ved begrepet; sosiale ulikheter i helse fanger opp dette aspektet (Krieger 2001), og legger spesielt vekt på systematiske helseforskjeller mellom sosioøkonomiske grupper innenfor et samfunn. Ettersom disse forskjellene er sosialt skapt og mulig å forebygge, blir de regnet for å være unngåelig, urettferdig og unødvendig (Whitehead 2007). Et resultat av dette har vært en omfattende forskning omkring hva som er opphavet til disse helseulikheterne.

I de seinere årene har det oppstått et økt søkelys på velferdsstater og velferdsregimer som viktige helsedeterminanter. Denne forskningen har rettet fokus på kontekstnivå, hvor regimeteori har blitt anvendt i økende grad (Brennenstuhl, Quesnel-Vallée & McDonough 2012). Enkelte betegner denne tilnærmingen for politisk helseøkonomi (*the political economy of health*) (Bambra 2011). En slik tradisjon kan spores tilbake til midten av det 19. århundret, med Friedrich Engels' bok *The Condition of the Working Class in England* (1845).² Her lanserte Engels en hypotese om at det var sosiale mønstre for sykdom og demonstrerte at politikken med industriell kapitalisme førte til tidlig død og unødvendig sykdom blant arbeiderklassen i Manchester. Rudolf Virchow – regnet som en av grunnleggerne av sosialmedisin (Navarro 2008) – fant ut noe tilsvarende da han undersøkte utbruddet av tyfus

¹ Den fikk sitt navn etter formannen Sir Douglas Black.

² Jf. Muntaner et al. (2011: 947) og Bambra (2011: 187).

ved Øvre Schlesien³ i 1848 (Taylor & Rieger 1984), hvorpå han konkluderte at "disease is not something personal and special, but only a manifestation of life under (pathological) conditions ... Medicine is a social science and politics is nothing else but medicine on a large scale" (Virchow 1985 [1848]: 33, sitert i Muntaner et al. 2011: 947).

Perspektivene til Engels og Virchow har fremdeles vist seg å ha betydning, men dagens forskning omkring politikk og helse har i stor grad blitt videreutviklet (Muntaner et al. 2011). Som et resultat av dette, finnes det flere nyere studier innenfor politisk helseøkonomi (Navarro et al. 2003, 2006; Borrell, Espelt, Rodriguez-Sanz & Navarro 2007; Beckfield & Krieger 2009; Wilkinson & Pickett 2010). Et sentralt fokus i den politiske helseøkonomien er hvordan sosiale determinanter for helse på mesonivå, for eksempel boligforhold og arbeidsmiljø, blir påvirket av strukturelle determinanter på makronivå, som politikken, økonomien, staten, organisering av arbeidet og arbeidsmarkedet (Bambra 2011: 19, 191-192).

Denne tilnærmingen retter dermed et spesielt fokus mot politikk og statens rolle som premissleverandør for helse og helseulikheter. Ettersom statsvitenskap kan forstås som studiet av politikk (Østerud 2007: 15), innebærer det at faget også kan komme med bidrag til studier innen helse og sosialepidemiologi. I denne sammenhengen blir politikk definert i vid forstand som "the process through which the production, distribution and use of scarce resources is determined in all areas of social existence" (Bambra, Fox & Scott-Samuel 2005: 190). Dermed kan ikke politikken avgrenses til kun å gjelde handlingene til regjeringer og politiske partier. Hovedbudskapet er at helseutfall og helseulikheter ikke oppstår "naturlig" som en konsekvens av markedet, men snarere er politisk konstruert (Beckfield & Krieger 2009: 154). Politikk kan her forstås som en prosess, som bidrar til å bestemme hva som skal være et akseptabelt nivå av ulikhet i et samfunn (Bambra, Fox & Scott-Samuel 2007).

Siden politikk har blitt nært knyttet til makt og fordelingen av knappe ressurser, er det også en av grunnene til at temaet har blitt regnet som kontroversielt (Navarro 2008). Enkelte av

³ Schlesien er betegnelsen på et historisk landskap i Mellom-Europa, ved Oders øvre og mellomste løp, skilt fra Böhmen ved Sudetene. I 1742 ble det meste av Schlesien erobret av Preussen i den østerrikske arvefølgekrig og på 1800-tallet utviklet det seg til et av de viktigste industriområdene i Tyskland. De tidligere tyske og østerrikske delene av Schlesien tilhører i dag hovedsakelig Polen og Tsjekkia (Store norske leksikon 2013).

studiene har også gitt merknader om hvilke politiske partier en bør stemme på for å få en best mulig helsepolitikk (f.eks. Navarro & Shi 2001; Navarro et al. 2003). Andre har vært kritiske til en slik praksis (Lundberg 2008). Enkelte har også påpekt at helseutfall ikke varierer vesentlig mellom regjeringer og politiske regimer, og at det derfor ikke er overbevisende å gi slike anbefalinger (Granados 2010). Det kan også være forskjeller i de dataene som blir benyttet i ulike undersøkelser. Forskningen på feltet kan bidra til å beregne hvor mye helseulikheter kan reduseres (Mackenbach et al. 2007). I tillegg har det blitt demonstrert at sosiale helsedeterminanter kan påvirkes av politiske beslutninger (Marmot 2010).

Det har etter hvert blitt klart at det eksisterer sosiale helseulikheter i europeiske land, noe som kommer til uttrykk gjennom tydelige sosioøkonomiske forskjeller i dødelighet og sykdom, på tvers av Europa (Cavelaars 1998; Mackenbach et al. 1997; Knesebeck, Verde & Dragano 2006). Når land har blitt gruppert sammen i klynger, ut fra at de deler felles politisk bakgrunn, styreform eller velferdsregimer (Esping-Andersen 1990; Huber & Stephens 2001), har det også blitt enklere å se systematiske forskjeller mellom grupper av land. Flere av studiene har konkludert med at helse blir forbedret som følge av universelle og relativt generøse velferdsytelser i de sosialdemokratiske landene (Coburn 2004; Navarro et al. 2003, 2006; Bambra 2006a; Chung & Muntaner 2007). For eksempel har det gått fram at spedbarnsdødelighet varierer signifikant mellom forskjellige regimer (Navarro et al. 2003, 2006), hvor disse ratene er lavest i de sosialdemokratiske landene og høyest i de liberale og søreuropeiske landene.

Imidlertid har komparative studier påvist at de nordiske landene ikke har de minste helseulikheter (Mackenbach et al. 1997). Dette har framstått som et paradoks (Mackenbach 2012), fordi disse landene har lagt stor vekt på likhetsprinsipper og omfordeling (Esping-Andersen 1990). I etterkant har det også blitt diskutert hvordan helseulikheter skal måles og håndteres (Judge, Platt, Costongs & Jurczak 2006). Når det gjelder de mer generelle systematiske forskjellene mellom de ulike landgruppene, har de blitt satt i sammenheng med landnivåegenskaper, slik som helsetjenester, velferdssystemer eller politiske egenskaper (Eikemo, Bambra, Judge & Ringdal 2008a; Bambra 2005a, 2005b; Navarro et al. 2003).

1.1 Hvordan bidrar politiske regimer til å påvirke helseulikheter?

Sammenhengen mellom politisk ideologi og helse har etter hvert blitt undersøkt i flere studier innenfor sosial epidemiologi og politisk sosiologi (Beckfield & Krieger 2009). Disse studiene har for det meste sett på sammenhengen mellom politisk ideologi og helse på et aggregert (økologisk) nivå (f.eks. land eller kommuner) eller den kontekstuelle innflytelsen som politisk ideologi har for enkeltindividers helse (Espelt et al. 2008; Lundberg 2008; Davey Smith & Dorling 1996; Navarro & Shi 2001; Eikemo et al. 2008a). Flere av dem bygger på en eksplisitt eller implisitt forståelse om at ulike politiske regimer i forskjellige land fører til ulik grad av helse og helseulikheter.

Grovt sett kan studiene som har undersøkt forholdet mellom politikk og helse, deles i to grupper. Disse kan for enkelthets skyld betegnes som individstudier og kontekststudier. Den første av dem har studert politisk ideologi på individnivå. Slike studier har påvist at helse generelt er bedre i områder hvor folk stemmer på konservative eller høyreorienterte partier, og at individer med en konservativ eller høyreorientert ideologi generelt har bedre helse sammenliknet med de som har en liberal eller venstreorientert ideologi (Subramanian, Huijts & Perkins 2009; Huijts, Perkins & Subramanian 2010; Davey Smith & Dorling 1996; Dorling, Davey Smith & Shaw 2001; Kelleher, Timoney, Friel & McKeown 2002; Subramanian & Perkins 2010). Det er forskjeller i sosioøkonomisk posisjon mellom hvem som stemmer på ulike partier i ulike områder. De som identifiserer seg med høyresiden, har generelt en høyere sosioøkonomisk posisjon (Davey Smith & Dorling 1996). Konservativ ideologi har også blitt tolket som en markør for et samlende sett med holdninger og verdier, som kan føre til en helsefremmende atferd (Subramanian et al. 2009; Huijts et al. 2010).

Den andre gruppa med studier – kontekststudiene – har gjort undersøkelser på aggregert nivå. Disse studiene har vist at regimer, regioner eller land som har vært styrt av sosialdemokratiske regimer, har hatt bedre helseutfall (for eksempel lavere spedbarnsdødelighetsrater (IMR), høyere forventet levealder, lavere selvmordsrater, bedre egenvurdert helse) sammenliknet med mer konservative regimer (Navarro et al. 2003, 2006; Page, Morrell & Taylor 2002; Shaw, Dorling & Davey Smith 2002). En mulig årsaksmekanisme kan være at de sosialdemokratiske regimene ofte har hatt en egalitær (likhetsorientert) ideologi, med vekt på å iverksette en omfordelende politikk (Esping-Andersen 1990). Et eksempel på dette er en aktiv arbeidsmarkedspolitikk, med fokus på full sysselsetting, og en helsepolitikk hvor

helseutgifter og helsedekning er et offentlig anliggende (Esping-Andersen 1990; Bambra 2005a). Slike faktorer har hatt en positiv effekt på befolkningens helse (Navarro et al. 2006, 2003; Page et al. 2002; Shaw et al. 2002). Imidlertid har andre påpekt at det er manglende empirisk grunnlag for å hevde at helseulikheter varierer mellom høyre- og venstreorienterte regjeringer (Granados 2010). Andre har igjen funnet at befolkningen i politiske regimer i Øst-Europa og tidligere Sovjetrepublikker har dårligere egenvurdert helse, mens det ikke er tilsvarende signifikante forskjeller mellom de vestlige europeiske regimene, det vil si de sosialdemokratiske, kristendemokratiske og liberale landene (Huijts et al. 2010).

Disse hovedgruppene med studier viser et noe motstridende og paradoksalt mønster: Det er de individene med en høyrevendt ideologi som generelt har best helse, mens det er de politiske regimene med en venstrevendt ideologi som generelt utviser de beste helseutfallene. I tillegg ser vi at kontekststudiene har kommet fram til noe ulike resultater, selv om brorparten av studiene det refereres til har kommet fram til de samme hovedfunnene. Dersom vi oppsummerer studiene innenfor politisk ideologi, ser vi for det første at det er forskjellige funn på individnivå og aggregert nivå. For det andre framgår også uregelmessige mønstre i studiene på aggregert nivå. Til sist er det et behov for å undersøke sammenhengene mellom politiske regimer og helse mer generelt (Navarro 2008). En litteraturstudie (Beckfield & Krieger 2009) har konkludert med at det er nyttig å koble feltene sosialepidemiologi og velferdsstatsforskning, selv om det ikke har blitt påvist noen klare linker mellom velferdssystem og helse (Beckfield & Krieger 2009: 154).

Mot denne bakgrunnen håper jeg at denne studien kan gi et bidrag innenfor dette fagfeltet. Med utgangspunkt i ESS4-2008 og ESS5-2010 vil det være mulig å studere politisk ideologi og helse med nyere datagrunnlag enn tidligere studier innenfor dette feltet spesielt (Subramanian et al. 2009; Huijts et al. 2010), samt velferdsregimer og helse generelt (f.eks. Eikemo et al. 2008a). Disse dataene gir også mulighet til å inkludere flere land enn enkelte av de tidligere studiene om velferdsregimer og helse (f.eks. Dahl et al. 2006b; Granados 2010) og politisk ideologi og helse (f.eks. Davey Smith & Dorling 1996; Page et al. 2002; Kelleher et al. 2002). Hittil har politisk ideologi og helse bare unntaksvis blitt undersøkt samtidig på et individuelt og et kontekstuellt nivå (Huijts 2010). Derfor vil denne studien benytte politisk ideologi på individuelt nivå og politiske regimer på kontekstuellt nivå.

Bambra (2007a) har påpekt at flere av regimestudiene i stor grad har vært basert på Esping-Andersens (1990) velferdstypologier. Et av unntakene har vært studier innenfor politisk helseøkonomi (Navarro & Shi 2001; Navarro et al. 2003, 2006; Chung & Muntaner 2007). Dermed kan det argumenteres for at politiske regimer generelt har vært understudert i velferds litteraturen (Bambra 2007a). I denne undersøkelsen vil jeg derfor gruppere de europeiske landene inn i politiske regimer. De tidligere studiene innenfor dette området (Navarro & Shi 2001; Navarro et al. 2003, 2006; Chung & Muntaner) har tradisjonelt operert med fire regimer, henholdsvis sosialdemokratiske, kristendemokratiske, liberale og søreuropeiske land. Jeg vil benytte seks politiske regimer, ved å legge til østeuropeiske land og tidligere Sovjetrepublikker.⁴ På den måten håper jeg det er mulig å synliggjøre flere nyanser i helseforskjellene på tvers av de europeiske landene.

1.2 Problemstilling

Med bakgrunn i temaet vil problemstillingen bygge på arbeider som omhandler forholdet mellom politikk og helse. Regimeteori har blitt benyttet i økende grad innenfor helselitteraturen (Brennenstuhl et al. 2012), og utgjør grunnlaget for å gruppere bestemte land sammen. Inndelingen vil også omhandle elementer fra flere forfattere (f.eks. Esping-Andersen 1990; Ferrera 1996; Huber & Stephens 2001). Masteroppgaven vil baseres på modul 4 og 5 fra European Social Survey (ESS). Ettersom dette er en flernasjonalt spørreundersøkelse, egner den seg godt til å foreta kryssnasjonale sammenlikninger mellom land. ESS har utgjort et grunnlag for flere studier innen helse i de seinere årene (se f.eks. Eikemo 2009; Huijts 2011; Knesebeck et al. 2006). I likhet med disse studiene vil denne masteroppgaven benytte egenvurdert helse som avhengig variabel. Samtidig vil politisk ideologi og utdanning fungere som uavhengige variabler. Dermed vil det være snakk om et selektivt utvalg av variabler, og det impliserer at det ikke vil være mulig å studere alle politiske forhold av betydning. En studie av Huijts et al. (2010) har analysert helseutfall og sammenliknet nivået av god og dårlig helse, og videre undersøkt om politiske regimer har større sannsynlighet for å ha bedre helse enn andre. I forlengelsen av dette søker denne undersøkelsen å se på koblingen mellom helseulikheter i politisk ideologi og utdanning. Masteroppgaven vil mer presist belyse følgende problemstillinger:

⁴ Så vidt jeg kjenner til er det bare Huijts et al. (2010) som har benyttet disse seks regimetyperne innenfor studiet av politisk ideologi og helse.

1. Hvordan påvirker politisk ideologi helse og helseforskjeller i og mellom politiske regimer?
2. Hvor stor betydning har utdanning for disse forskjellene?

1.3 Oppgavens oppbygning

Denne masteroppgaven er inndelt i 6 hovedkapitler, som igjen er inndelt i flere underkapitler. Kapittel 1 har søkt å plassere oppgaven inn i en faghistorisk kontekst. I tillegg er det presentert et rammeverk for hvordan politiske regimer bidrar til å påvirke helseulikheter. Kapitlet har munnet ut i framstilling av problemstillingene. I kapittel 2 blir det presentert et teoretisk grunnlag for regimetyper, dessuten forventninger til hvordan politisk ideologi antas å variere i hvert enkelt regime. Styrker og svakheter ved utdanning som mål på sosioøkonomisk posisjon, blir også diskutert. I kapittel 3 gjøres det rede for data og metode. Denne delen inkluderer også en gjennomgang av helsebegrepet generelt og egenrevidert helse spesielt. Resultatene fra denne undersøkelsen presenteres i kapittel 4. Hovedfunnene blir diskutert i kapittel 5. Her drøftes helseforskjellene mellom de politiske regimene, samt betydningen utdanningen har for disse forskjellene. I kapittel 6 blir funnene oppsummert og belyst på en måte som viser hvordan de enkelte funnene til sammen bidrar til å gi et bilde av helseforskjeller etter politisk ståsted.

2 Teori og tidligere forskning

2.1 Regimetyper

Ettersom inndelingen av europeiske velferdsstater kan variere mye, har det etter hvert blitt vanlig å dele inn de enkelte landene i klynger av grupper. Velferdstypologier grupperer velferdsstater som likner på hverandre i forskjellige velferdsregimer, hvor det legges vekt på likhet innenfor et regime og forskjell mellom regimer (Eikemo et al. 2008a: 2282). Disse velferdsregimene utgjør dermed grupper av land som deler viktige sosialpolitiske, men også historiske og kulturelle fellestrekk, og som samtidig skiller seg fra andre velferdsregimer i sin velferdsytelse (Kautto, Fritzell, Hvinden, Kvist & Uuisitalo 2001b: 4; Esping-Andersen 1990: 3). De er samtidig kjennetegnet av geografisk nærhet (Esping-Andersen 1990). Velferdsregimene må også forstås som dynamiske, fordi velferdssystemet i et land kan utvikle seg over tid, og et land kan flytte seg fra et regime til et annet (Kautto et al. 2001b: 5).

Det er viktig å understreke at velferdsregimene bør forstås som idealtyper i weberiansk forstand. Det betyr at ingen land vil ha alle kjennetegnene på en av modellene (Katto et al. 2001b: 5). En idealtipe representerer snarere en rendyrket teoretisk standard som de empiriske tilfellene kan sammenliknes opp mot (Weber 1949: 90). Det kan være et nyttig hjelpemiddel for empiriske sammenlikninger, ettersom det gir forskerne anledning til å studere i hvilken grad det er nærhet eller samsvar mellom landene opp mot modellen (Weber 1949: 90). Velferdsregimene som idealtyper, kan mer eller mindre passe til hver enkelt nasjonalstat. Velferdspolitikken i et land kan ha elementer av ulike regimetyper (Arts & Gelissen 2002: 139).

2.2 Esping-Andersens velferdsregimer

En av de mest innflytelsesrike arbeidene innen velferdstypologier og velferdsregimer er Esping-Andersens bok *The Three Worlds of Welfare Capitalism* (1990). Her har velferdsregimene blitt kategorisert på bakgrunn av tre overordnede prinsipper: (i) dekommodifisering, som sier hvor viktig markedet er som styringsmekanisme for å sikre individets velferd, (ii) sosial lagdeling, som omhandler hvilken rolle velferdsstaten har i å opprettholde eller redusere de sosiale forskjellene i befolkningen, og (iii) forholdet mellom privat og offentlig ansvar, som sier noe om den relative betydningen til staten, familien og

markedet i å sørge for enkeltindividets velferd (Esping-Andersen 1990).⁵ Ut fra disse prinsippene skiller Esping-Andersen mellom tre typer velferdsregimer: liberalt, konservativt og sosialdemokratisk. Kort fortalt skiller disse regimene seg fra hverandre ved hvilken mekanisme som primært benyttes for å fordele goder og ressurser i samfunnet; henholdsvis markedet (liberalt regime), familien (konservativt regime) og staten (sosialdemokratisk regime).

2.2.1 Liberalt regime

I det liberale velferdsregimet har markedet vært en sentral mekanisme for å fordele goder og ressurser i velferdspolitikken. Graden av statlig støtte har vært minimal, og har begrenset seg til behovsprøvde ytelser som skal forhindre sosial nød. Som følge av de strenge kriteriene, har mottakere av disse ytelsene ofte blitt stigmatisert (Esping-Andersen 1990: 26). I dette regimet blir markedet derfor oppfordret til å fungere som velferdsyter, både passivt – ved kun å garantere et minimum – og aktivt – ved å subsidiere private velferdsordninger (Esping-Andersen 1990: 26-27). Det liberale velferdsregimet bidrar dermed til å minimere den dekommodifiserende effekten av velferdsstaten og til potensielt å øke skillet mellom de som er avhengig av statlige bidrag, og de som er i stand til å betale for private forsikringer (Esping-Andersen 1990: 27). Det eksisterer en basisk likhet innenfor systemet, men det er mer en likhet avgrenset til fattigdom (Bambra 2011: 29). Flere av ordningene er riktignok universelle (Bambra 2011: 29), men de er såpass begrenset at det oppstår et klart politisk og økonomisk skille mellom de som kan, og de som ikke kan skaffe seg velferdsstøtte ved hjelp av en posisjon på arbeidsmarkedet (Esping-Andersen 1990: 27). Det går derfor et klart skille i befolkningen mellom de som kan klare seg selv, og mottakere av sosialhjelp. Eksempler på liberale velferdsregimer er Storbritannia, Irland USA, Canada, Australia og New Zealand.

2.2.2 Konservativt regime

Det konservative velferdsregimet kjennetegnes av sosiale skiller og statusforskjeller i befolkningen, ofte basert på inntekt eller klasse (Esping-Andersen 1990: 26). Det er derfor mer vekt på likhet mellom grupper enn mellom enkeltindivider. Det konservative

⁵ Et fjerde prinsipp, defamilisering, har seinere blitt lagt til i analysen (Esping-Andersen 1999). Formålet har vært å ta hensyn til at familien ofte er kvinnenens viktigste kilde til velferd, spesielt i Sør-Europa (Esping-Andersen 1999: 62-63). Prinsippet klassifiserer velferdsregimer ut i fra hvilken grad voksne familiemedlemmer kan opprettholde en akseptabel levestandard uavhengig av familien, enten gjennom betalt arbeid eller sosiale ytelser (Eikemo & Bambra 2008; Esping-Andersen 1999: 51).

velferdsregimet kjennetegnes av statusdifferensierende velferdsordninger. Disse er relatert til tidligere inntekt og arbeid, administrert av tidligere arbeidsgiver og på den måten rettet mot å opprettholde sosiale mønstre (Eikemo & Bambra 2008). I tillegg er det også lagt vekt på familiens rolle som velferdsprodusent. Regimet fremmer en modell hvor mannen er hovedforsørgeren i familien (Lewis 1992; Esping-Andersen 1999). Kvinner blir oppfordret til å være hjemme mens barna er små, ved blant annet å motta skattelette og andre familierelaterte tilskuddsordninger (Svallfors 1997). Imidlertid er markedets rolle marginalisert (Esping-Andersen 1990: 27), så når det gjelder dekommodifisering, inntar det konservative velferdsregimet en mellomposisjon mellom det liberale og det sosialdemokratiske velferdsregimet (Bambra 2011: 32). I tråd med "subsidiaritetsprinsippet" skal staten bare gripe inn dersom familien ikke er i stand til å gi enkeltindividet nødvendig velferd (Esping-Andersen 1990: 27). Koblet med betydningen av sosiale skiller, har dette prinsippet ført til at regimet legger lite vekt på omfordeling (Esping-Andersen 1990: 27). Tyskland, Frankrike, Østerrike og Belgia er eksempler på konservative velferdsregimer.

2.2.3 Sosialdemokratisk regime

Det sosialdemokratiske velferdsregimet – også omtalt som nordiske og skandinaviske land i helseforskningen (Kautto et al. 2001a), – karakteriseres av universelle velferdsordninger, med relativt generøse velferdsytelser og har et mål om full sysselsetting (Esping-Andersen 1990: 27-28; Kautto et al. 2001a; Eikemo & Bambra 2008). Derfor blir ikke sosiale rettigheter begrenset til å gjelde de aller fattigste, men blir utvidet på tvers av de sosiale klassene (Esping-Andersen 1990: 27). I stedet for å akseptere et klart skille mellom staten og markedet, og mellom arbeiderklassen og middelklassen, har det vært et mål å etterstrebe en velferdsstat som fremmer "an equality of highest standards, not an equality of minimal needs" (Esping-Andersen 1990: 27). Staten spiller en sentral rolle for å bidra til sosial likhet gjennom en aktiv omfordelingspolitikk (Kautto et al. 2001a). Dette blir hovedsakelig gjort på to måter: For det første gjennom et sammenpresset skatte- og lønnsnivå som blir organisert gjennom kollektive forhandlinger mellom staten og fagforeningene; for det andre ved å benytte skattesystemet som en omfordelingsmekanisme (Bambra 2011: 32). Denne regimetyper bidrar til å skyve ut markedet som velferdsaktør, og bygger på den måten en universell solidaritet overfor velferdsstaten (Esping-Andersen 1990: 28). Argumentet er at siden alle nyter godt av velferdsstaten og er avhengige av den, så vil de også føle seg forpliktet til å betale for den (Esping-Andersen 1990: 28).

2.3 Debatt og nye regimer

I ettertid har det vært en omfattende akademisk debatt rundt velferdsregimer som teoretisk og empirisk konsept (for en oversikt, se Arts & Gelissen 2002; Bambra 2007a). Som et resultat av denne kritikken, har det også blitt foreslått modifiserte eller alternative typologier av andre (se f.eks. Ferrera 1996; Bonoli 1997; Navarro et al. 2003; Bambra 2004; Bambra 2005b, 2007a), som enten har fokusert på andre kjennetegn enn Esping-Andersen (Bambra 2007a) eller som har omfattet flere land. Typologien til Esping-Andersen har også blitt testet empirisk (Bambra 2006b, 2007b). Selv om funnene ikke er helt konsistente, er en av hovedinnvendingene at typologien ikke fanger opp hele spekteret av antall land og mangfoldet blant ulike regimer (Bambra 2006b, 2007b).

2.3.1 Søreuropeisk regime

Som en konsekvens av regimedebatten, har enkelte foreslått å inkludere Sør-Europa som et eget velferdsregime (Ferrera 1996; Bonoli 1997; Bambra 2007b). Det har ennå ikke kommet en kategorisering som har blitt allment akseptert som en ny standardtypologi innenfor velferdsregimer (Eikemo et al. 2008b). Ferreras (1996) firedelte typologi har imidlertid blitt framhevet som den empirisk mest nøyaktige av de ulike typologiene når det gjelder likhet innenfor regimer og variasjon mellom regimer (Bambra 2007b). Det er klare likhetstrekk mellom Ferreras og Esping-Andersens typologier. Ferrera fokuserer i større grad på hvordan velferden blir levert og organisert, mens Esping-Andersen legger større vekt på kvantiteten i velferden som leveres (Bonoli 1997; Bambra 2007b). De søreuropeiske velferdsstatene blir beskrevet som fragmenterte ("rudimentary"), fordi de kjennetegnes av et todelt velferdssystem, hvor inntektssikringsordningene varierer fra magre til svært generøse, og hvor velferdsytelsene – spesielt helsesystemet – kun har begrenset dekningsgrad (Ferrera 1996; Bonoli 1997). Avhengigheten til familien og frivillig sektor som velferdsbeskytter, er også framtreende i det søreuropeiske regimet (Ferrera 1996; Eikemo & Bambra 2008). Hellas, Portugal og Spania er eksempler på søreuropeiske land.

2.3.2 Østeuropeisk regime

De østeuropeiske landene (Bulgaria, Kroatia, Polen, Slovakia, Slovenia Tsjekkia og Ungarn) representerer en ny utfordring for den tradisjonelle regimetytologien. Ifølge Eikemo & Bambra (2008) tilhører disse landene den minst definerte og utforskede regionen med hensyn til velferdsutvikling. Det er først nylig at de østeuropeiske landene har blitt anerkjent og

analysert som et eget regime (Cerami & Vanhuysse 2009; Eikemo & Bambra 2008). Disse landene har gjennomgått omfattende økonomiske og politiske omkalfatringer, og har iverksatt omfattende sosiale reformer gjennom hele 1990-tallet (Kovács 2002). I løpet av de to siste tiårene har de byttet ut kommunistisk universalisme (som kan ha hatt en helseutjevne effekt) med markedsliberalistiske tilnærming i form av privatisering og desentralisering (som kan ha bidratt til økende ulikhet) (Eikemo & Bambra 2008). Dermed har de i løpet av de to siste tiårene opplevd en overgang fra kommunisme til markedsorienterte politiske systemer. Avhengigheten av familien og andre uformelle bånd for støtte og helsehjelp er fortsatt lav, men økende (Huijts et al. 2010). Sammenliknet med andre medlemsland i EU eksisterer det kun en begrenset dekning av helsetjenester og befolkningens helse er samlet sett relativt dårlig (European Communities & World Health Organisation 2002).

2.3.3 Tidligere Sovjetrepublikker

I en artikkel om politiske regimer har Huijts et al. (2010) betegnet en gruppe land (Russland, Ukraina og Estland) som tidligere Sovjetrepublikker. De presiserer at disse landene egentlig befinner seg i samme kategori som Øst-Europa. Årsaken til at de har valgt denne som egen kategori, skyldes forskjeller i nær fortid mellom disse landene og Øst-Europa. Selv om begge disse grupperingene har vært under kommunistisk styre, klarte Øst-Europa i større grad å beholde sin uavhengighet. De tidligere Sovjetrepublikkene ble først uavhengige tidlig på 1990-tallet, og har derfor vært under sterkere kommunistisk innflytelse og opplevd en politisk fortid som er mer dramatisk (Huijts et al. 2010).

2.4 Politiske regimer

I enkelte av studiene har det blitt rettet et spesielt fokus mot politiske faktorer som kan bidra til å forklare sosiale ulikheter i helse (se f.eks. Navarro & Shi 2001; Navarro et al. 2003). Kategoriseringen av land her har ofte blitt omtalt som politiske regimer. I disse tilfellene har landene ofte blitt gruppert med utgangspunkt i dominerende politisk tradisjon de siste tiårene. Inndelingen av et land i en bestemt politisk tradisjon er basert på den politiske orienteringen til partier som har regjert, enten alene eller som en sentral koalisjonspartner, i det meste av perioden i etterkrigstiden – det vil si den tidsperioden da velferdsstatene ble etablert (Huber & Stephens 2001, 1998; Navarro & Shi 2001). På grunnlag av dette har det blitt etablert en typologi med politiske regimer: sosialdemokratiske, kristendemokratiske (bismarkiske), liberale (anglosaksiske), søreuropeiske (tidligere diktatur ved Middelhavet), Øst-Europa og

tidligere Sovjetrepublikker.⁶ Disse regimetyperne vil ha klare likhetstrekk med de som har blitt presentert i kapittel 2.2-2.3.

Et par bemerkninger kan legges til om to av regimetyperne. De søreuropeiske landene (Hellas Portugal og Spania) blir av og til betegnet som tidligere diktatur ved Middelhavet (Navarro & Shi 2001; Navarro et al. 2003, 2006), da disse landene ikke ble demokratiske før på midten av 1970-tallet. De kristendemokratiske landene (Tyskland, Frankrike, Belgia, Nederland og Sveits) har blitt beskrevet som en lite homogen gruppe land (Navarro & Shi 2001). Det har vært en konsekvens av at de kristendemokratiske partiene i lengre perioder har vært nødt til å regjere i koalisjon med andre partier, deriblant de sosialdemokratiske (slik som i Belgia, Tyskland og Nederland). Til tross for koalisjonsregjeringer og samarbeid med andre partier, har de konservative partiene innen den kristendemokratiske tradisjonen enten utgjort den dominerende styrken i en koalisjonsregjering eller styrt i en lengre periode av etterkrigstiden, og dette kan også forklare deres felles kjennetegn (Navarro & Shi 2001). Jeg vil bruke betegnelsen kristendemokratisk regime som ellers vil ha de samme kjennetegnene som det konservative regimet (se kapittel 2.2.2). For øvrig brukes betegnelsene som ligger nærmest regimetyperne omtalt i kapittel 2.2-2.3, og jeg vil derfor fortsette å referere til liberalt regime og Sør-Europa.

2.5 Forskjellen mellom velferdsregimer og politiske regimer

Det er hovedsakelig fokuset på politiske faktorer som skiller politiske regimer fra velferdsregimer (Brennenstuhl et al. 2012). Eksempler på slike politiske faktorer kan være prosentandelen av en befolkning som stemte på forskjellige politiske partier, oversikt over prosentvis valgdeltakelse og perioden som politiske partier med en omfordelende profil har hatt regjeringsmakt (Navarro et al. 2003, 2006; Chung & Muntaner 2007). Studier som har undersøkt disse faktorene, har benyttet regimetynologien til Huber & Stephens (2001, 1998). Studier om velferdsregimer har hovedsakelig benyttet Esping-Andersens (1990) typologi og har i større grad fokusert på faktorer knyttet til sosialpolitikk (Brennenstuhl et al. 2012). Eksempler på slike variabler kan være nivået på familieytelser (Lundberg et al. 2008) og dekommodifisering (Bambra 2006b), nivåer og dekningsgrad av inntektsoverføringer (Kangas

⁶ Typologien med forskjellige politiske regimer er beskrevet i Huber & Stephens (2001, 1998), Navarro & Shi (2001), Navarro et al. (2003) og Huijts et al. (2010).

2010), andelen av befolkningen som er dekket av helsehjelp (Navarro et al. 2003, 2006), samlet nivå av sosialutgifter (Borrell et al. 2009) og helseutgifter (Navarro et al. 2003, 2006).

Velferdsregimer og politiske regimer gir dermed uttrykk for hva som er fokuset i en studie. Velferdsregimer er relevante i forhold til å beskrive for eksempel velferd, helsesystemer og helsetjenester. Politiske regimer er relevante i forhold til politikk og politiske forhold. Disse betegnelse er imidlertid ikke gjensidig utelukkende, men snarere overlappende måter å kategorisere land på. Problemstillingen i denne undersøkelsen er mer politisk orientert, siden den benytter politisk ideologi – med plassering på venstre/høyre-skalaen – som en sentral variabel. Derfor vil jeg benytte betegnelsen politiske regimer, selv om mange av referansene i teksten er studier av velferdsregimer.

2.6 Velferdsregimer, helse og helseulikheter

Det har i flere studier blitt påvist at velferdsregimer og velferdsstater er viktige helsedeterminanter for befolkningen i Europa, noe som henger sammen med at de bidrar til å mediere omfanget og betydningen av sosioøkonomisk posisjon på helse (Bambra 2006a; Eikemo et al. 2008a; Eikemo, Huisman, Bambra & Kunst 2008b; Navarro et al. 2003). Tidligere studier har også vist at samlet folkehelse varierer betydelig mellom regimer (Navarro & Shi 2001; Navarro et al. 2003, 2006; Coburn 2004; Bambra 2006a; Chung & Muntaner 2007). De har konkludert med at folkehelse har blitt styrket som en følge av relativt generøse og universelle velferdsytelser i de skandinaviske landene (Navarro et al. 2003, 2006; Coburn 2004; Chung & Muntaner 2007). Enkelte har pekt på at spedbarnsdødelighet varierer signifikant mellom de ulike velferdsregimene (Bambra 2006a; Navarro et al. 2003, 2006). Det har videre blitt påvist en sterk, positiv og kontinuerlig sammenheng mellom offentlige helseutgifter og nedgang i spedbarnsdødelighet (Navarro et al. 2003: 428, 452).

En mulig forklaring på de systematiske forskjellene i helseutfall kan være det relative ansvarsforholdet mellom stat, familie og marked for å sikre velferd for enkeltindividet, noe som det tredje prinsippet hos Esping-Andersen (1990) legger spesielt vekt på. Markedet har mindre betydning i nordiske dekommodifiserte velferdsstater. Dette kommer til uttrykk gjennom omfordeling av inntekt (Dahl, Elstad, Hofoss & Martin-Mollard 2006a; Subramanian & Kawachi 2006; Kondo et al. 2009) og lav arbeidsledighet (Ferrie, Shipley, Stansfeld & Marmot 2002; Martikainen & Valkonen 1998), som bidrar til å redusere den

helsemessige betydningen av en lav sosioøkonomisk posisjon (Eikemo et al. 2008a; Bambra 2006a; Coburn 2004; Chung & Muntaner 2007; Navarro et al. 2003; Navarro et al. 2006). Velferdsstaten kan også bidra til å redusere byrden på familier og kvinner som velferdsprodusenter (Bambra 2004, 2007c; Esping-Andersen 1999; Korpi 2000).

2.7 Betydningen av politisk ideologi i forskjellige politiske regimer

I kapittel 1.1 ble det antydnet noen mekanismer som kunne lede fra politisk regime til helseulikheter. Når vi har sett på disse faktorene, er det også et spørsmål hvilken rolle politisk ideologi vil spille i hvert regime. På bakgrunn av den teoribaserte inndelingen i politiske regimer og velferdsregimer, er det også mulig å anta koblingen mellom politisk ideologi og regime vil ha ulik styrke i de ulike regimene.

T.H. Marshall (1992 [1950]) har understreket at sosialt medborgerskap utgjør et grunnleggende element i velferdsstaten.⁷ For å diskutere betydningen av sosialt medborgerskap er det nødvendig med en begrepsavklaring av medborgerskap. Marshall har definert medborgerskap som "a status bestowed on those who are full members of a community and all who possess the status are equal with respect to the rights and duties with which that status is endowed" (Marshall 1992 [1950]: 18). Ifølge Marshall (1992 [1950]) er det tre hovedkomponenter i et medborgerskap – sivilt, politisk og sosialt: sivilt innebærer flere individuelle friheter⁸, mens politisk refererer til retten til å delta i utøvelsen av politisk makt (Marshall 1992 [1950]: 8). Sosialt medborgerskap er retten til økonomisk og sosial velferd, i overensstemmelse med de gjeldende standardene i samfunnet (Marshall 1992 [1950]: 8).

Videre går det fram at det generelle likhetsprinsippet som medborgerskap representerer, har bidratt til å redusere ulikheten som eksisterte i et klassesystem (Marshall 1992 [1950]: 19). Det sosiale medborgerskapet har på sin side gitt et vesentlig bidrag til å redusere risikoen og usikkerheten blant medborgerne, samt å redusere forskjellene mellom dem (Marshall 1992

⁷ Beskrivelsen og diskusjonen av de sosiale rettighetene utgjør hoveddelen i essayet.

⁸ Slike individuelle friheter kan være personlig frihet, yringsfrihet, tanke- og trosfrihet. I tillegg inkluderes retten til privat eiendom, retten til å inngå gyldige kontrakter og retten til rettferdig rettergang (Marshall 1992 [1950]: 8).

[1950]: 33). Siden helse kan forstås som "the right to a standard of living adequate for health and well-being" vil helse også kunne utgjøre et viktig aspekt av sosialt medborgerskap (Bambra et al. 2005: 187; United Nations 1948). Det kan også argumenteres for at velferdsstaten i Europa har fungert som en legemliggjøring av sosialt medborgerskap, ettersom dekommodifisering har bidratt til å sikre at en viss levestandard er en rettighet knyttet til medborgerskap, snarere enn noe som utelukkende blir ervervet gjennom en individuell markedsposisjon (Eikemo & Bambra 2008: 5). Det har videre blitt påpekt at der det er små sosiale forskjeller eksisterer det også mindre sosiale ulikheter i helse (Wilkinson & Pickett 2010; Wilkinson 1996).

Selv om sosialt medborgerskap innebærer rettigheter som bidrar til en dekommodifisering i forholdet mellom individene og markedet, påpeker Esping-Andersen (1990: 21) at det samtidig innebærer en form for sosial lagdeling. Dette er et viktig poeng, fordi Esping-Andersen framhever historiske og politiske klassekoalisjoner som den viktigste årsaken til variasjon mellom velferdsstatene (Esping-Andersen 1990: 1). Det utgjør også et rammeverk for å si noe om politisk ideologi i hvert regime.

I det liberale regimet har det blitt tilbydd en residualpreget velferd⁹, blant annet som følge av middelklassen ikke har fått tilstrekkelige incentiver til å velge staten framfor markedet. Som en konsekvens har det oppstått en todeling, hvor velferdsstaten i større grad henvender seg til arbeiderklassen og de fattige, mens private forsikringer og yrkesmessige frynsegoder er rettet mot middelklassen (Esping-Andersen 1990: 31). I valgkamper er det særlig kamp om sistnevnte gruppe (hvor medianvelgeren befinner seg), og det følger som en logisk konsekvens at det ikke er et folkekrav å utvide velferdens omfang (Esping-Andersen 1990: 31). Det er dermed rimelig å anta at de som har en konservativ ideologi, også er de som er best stilt i utgangspunktet (eksempelvis med private helseforsikringer), mens de som har en liberal (venstreorientert) ideologi, i større grad mangler goder for å klare seg like godt. Det er med andre ord grunn til å tro at todelingen mellom de som er avhengig av statlige velferdsytelser, og de som har råd til privat forsikring, fører til at politisk ideologi har større betydning for helseforskjeller i et liberalt regime, sammenliknet med et annet vestlig (det vil si kristendemokratisk eller sosialdemokratisk) regime.

⁹ Det liberale regimet har blitt beskrevet som et residualorientert system, ettersom markedet har en tendens til å dominere som styringsmekanisme for velferd (Esping-Andersen 1990: 86).

Vi kan videre anta at politisk ideologi spiller en mindre rolle for sosiale helseforskjeller i det sosialdemokratiske regimet. Universalisme har vært et gjeldende prinsipp og fokuset på likhet har vært stort. Ved blant annet å fokusere på inntektsfordeling og lav arbeidsledighet har politikken også bidratt til å redusere den helsemessige betydningen av sosioøkonomisk posisjon (Eikemo et al. 2008a). Det har vært en generelt stor oppslutning omkring velferdsstaten (Andrefß & Heien 2001; Matheson & Wearing 1999; Blomberg & Kroll 1999), til tross for økonomiske utfordringer i flere av de nordiske landene (Andersen 1999; Svallfors 1999). Når støtten er såpass konsistent, gir det også grunn til å tro at politisk ideologi ikke har så stor betydning for helseforskjeller i land tilhørende et sosialdemokratisk regime.

Når det gjelder det kristendemokratiske regimet, kan det være rimelig å anta at land tilhørende dette regimet vil være i en mellomposisjon til det liberale og sosialdemokratiske regimet. Her bidro også middelklassen til å prege utforming av velferden, men på en noe annen måte. Konservativ krefter har bidratt til at middelklassen er innstilt på å bevare et yrkesmessig delt sosialforsikringsprogram og til å støtte politiske krefter som går inn for dette (Esping-Andersen 1990: 31-32). Mot denne bakgrunnen er det også rimelig å forvente at de som er best stilt, også vil være mer konservative, ikke minst med bakgrunn i at det legges vekt på å opprettholde sosiale skiller mellom grupper. Dermed kan den politiske ideologien ha større betydning for helseforskjeller i det kristendemokratiske regimet sammenliknet med det sosialdemokratiske regimet, men mindre enn i det liberale regimet.

Når det gjelder Sør-Europa, har Ferrera (1996: 29) poengtert at dette regimet er gjennomsyret av en helt annen logikk sammenliknet med vestlige politiske regimer. Det er ikke sikkert at ideologiske forskjeller på høyre/venstre-skalaen er i stand til å fange inn forskjeller i opinionen, fordi den politiske kulturen framstår som distinkt for befolkningen i Sør-Europa. På den måten kan vi anta at politisk ideologi spiller mindre rolle for helseulikhetene i dette politiske regimet. På en annen side blir de søreuropeiske landene beskrevet med et dualistisk inntektssikringssystem, hvor det går et klart skille mellom de som mottar svært generøse overføringer, og de som kun mottar et minimum (Ferrera 1996). Dermed kan vi anta at de som er best stilt, med mest utdanning og ressurser, også være de som er tilhenger av det bestående. Siden det ofte er konservative partier som har regjert (Esping-Andersen 1999: 90), kan en forvente at de med mer høyrevendt ideologi vil være tilhenger av status quo. På den

måten kan politisk ideologi spille en større rolle for helseulikheter i et slikt regime, fordi det er en klar todeling i befolkningen når det gjelder tilgangen til velferdsgoder (Ferrera 1996).

I Øst-Europa kan en generelt forvente at politisk ideologi er likhetsorientert, og at det vil være en høy oppslutning om velferdspolitik som en konsekvens av tidligere kommunistisk innflytelse. Politiske reformer i disse statene har vært med på å gi fordeler til tidligere eliter (Kluegel & Mason 2004). Dette er en faktor som kan ha forsterket venstreorienterte holdninger. Om ikke likhetstankegangen er direkte sammenliknbart med det sosialdemokratiske regimet, kan en forvente at politisk ideologi vil spille en mindre rolle i dette regimet. Ut fra dette er det grunn til å forvente mindre helseforskjeller mellom politiske grupperinger. I andre land kan det imidlertid ha oppstått økt støtte for en økonomisk overgang, og dermed kan befolkningen ha større grad av høyrevendte holdninger (Jakobsen 2011). Hvis dette er riktig kan det være tydeligere helseforskjeller mellom de politiske grupperinger.

Noe av det samme resonnementet kan anvendes for de tidligere Sovjetrepublikkene. Det er grunn til å forvente at innflytelsen fra kommunismen har vært enda sterkere i disse landene som i Øst-Europa for øvrig (jf. Huijts et al. 2010). Dermed kan også fokuset på likhetsorientering har vært tilsvarende sterkt. Dersom dette gjelder for hele befolkningen, er det grunn til å forvente at politisk ideologi vil ha mindre betydning for helseforskjeller i dette regimet. Imidlertid kan kommunismens fall også her ha bidratt til å skape større ideologiske forskjeller i befolkningen, på tilsvarende måte som i Øst-Europa (Jakobsen 2011). Ut fra dette resonnementet er det grunn til å forvente at det også kan ha oppstått større helseforskjeller mellom politiske grupperinger.

I tillegg til de klasseorienterte forklaringene som ble nevnt tidligere, kan også politiske regimer bidra til å påvirke offentlig opinion. Kausalretningen er ikke helt åpenbar og det går an å tenke seg at den går motsatt vei, slik at politiske holdninger påvirker hvilket regime et land har. Allikevel finnes det teoretisk grunnlag for å argumentere for at institusjoner i stor grad vil kunne påvirke folks preferanser og holdninger (March & Olsen 1989; Larsen 2008; Jakobsen 2011). De enkelte politiske regimene vil også kunne være preget av å ha en egen politisk kultur. Det finnes for eksempel klare nasjonale forskjeller for hvor sterk graden av føderalt, statlig eller kommunalt ansvar skal være i implementeringen av politikk (Winter &

Nielsen 2010: 61). Her er det påpekt at politikernes ideologi ofte kan ha betydning for hvilke virkemidler som blir brukt (Linder & Peters 1989: 47). Over tid er det også mulig at politikken kan forklares ved hjelp av historisk institusjonalisme (Hall & Taylor 1996). Det innebærer at institusjoner og handlingsstrategiene som er innebygd i dem, kan bidra til at individer over tid sosialiseres inn i en bestemt tankegang, og at dette bidrar til å forme deres preferanser og holdninger (Hall & Taylor 1996: 940). Forskjellige tradisjoner, historie og kultur i de enkelte landene bidrar også til å understøtte hvordan politisk ideologi kan ha ulik betydning i forskjellige politiske regimer.

2.8 Sosioøkonomisk posisjon og helse

Et sentralt element i kapittel 2.6 har vært hvordan velferdsstater kan bidra til å redusere betydningen av sosioøkonomisk posisjon for helseutfall. Flere studier har påvist at folk med en høyere sosioøkonomisk posisjon, i gjennomsnitt har bedre helse og lever lengre sammenliknet med folk som har en lav sosioøkonomisk posisjon (Cavelaars 1998; Mackenbach Cavelaars, Kunst & Groenhof 2000). Disse ulikhetene blir ofte omtalt som en *sosial gradient* i helse (Marmot 2005). Det har gått fram at det ikke bare er et skille mellom topp og bunn, men at det er en vedvarende forskjell når en beveger seg trinnvis nedover i hierarkiet (Adler et al. 1994; Marmot et al. 1997).

De sosiale forskjellene i helse vil imidlertid kunne variere etter hvordan sosioøkonomisk posisjon blir målt. De mest benyttede indikatorene for sosioøkonomisk posisjon er yrke eller yrkesklasse, inntekt og utdanning (Arntzen 2002). Disse målene er relatert til hverandre, samtidig som de legger vekt på ulike områder. Innenfor helseforskningen brukes sosioøkonomisk posisjon som en betegnelse for sosiale og økonomiske faktorer som påvirker hvilke posisjoner individer eller grupper har innenfor den lagdelte samfunnsstrukturen (Galobardes, Lynch & Davey Smith 2007: 23; Lynch & Kaplan 2000: 14; Krieger, Williams & Moss 1997).

Sosioøkonomisk posisjon kan dermed forstås som en samlebetegnelse. Det ene omfatter *faktiske ressurser* – både materielle og sosiale – slik som inntektsnivå og fullført utdanning. Det andre går på *status*, slik som prestisje i et sosialt hierarki, eksemplifisert gjennom tilgang til goder og tjenester, eller til kunnskap, slik som deres yrkesstatus, inntekt eller utdanningsnivå (Krieger 2001: 697).

Det har etter hvert blitt ganske vanlig å bruke begrepene sosioøkonomisk posisjon og sosioøkonomisk status om hverandre. Enkelte har påpekt at en bør unngå å bruke sosioøkonomisk status, ettersom det bidrar til å viske ut skillet som eksisterer mellom de to aspektene ved sosioøkonomisk posisjon, hvor en vektlegger status framfor faktiske ressurser (Krieger, Williams & Moss 1997: 346). Jeg vil derfor benytte begrepet sosioøkonomisk posisjon i denne oppgaven.

Som nevnt er yrkesklasse, inntekt og utdanning de mest brukte målene på sosioøkonomisk posisjon, og disse blir ofte brukt om hverandre i studier som omhandler sosiale ulikheter i helse (Geyer et al. 2006). Denne framgangsmåten impliserer også at de tre indikatorene måler det samme underliggende fenomenet, selv om forskjellene i hva de antas å måle har blitt gjennomgått i teoretiske analyser (Krieger et al. 1997; Lynch & Kaplan 2000). Geyer et al. (2006) har stilt spørsmål ved denne praksisen, og har undersøkt om utdanning, inntekt og yrkesklasse har en uavhengig effekt på fire helseutfall: prevalens av diabetes, forekomst av hjerteinfarkt og dødelighet, og endelig totaldødelighet i populasjoner fra Sverige og Tyskland. De har konkludert med at utdanning, inntekt og yrkesklasse ikke kan brukes om hverandre som indikatorer på en "hypotetisk latent sosial dimensjon" (Geyer et al. 2006), det vil si det samme underliggende sosiale fenomenet. Selv om målene korrelerer med hverandre, måler de forskjellige fenomen som berører forskjellige årsaksmekanismer (Geyer et al. 2006).

I denne studien benyttes utdanning som en indikator på sosioøkonomisk posisjon. I det påfølgende avsnittet diskuteres styrker og svakheter med denne indikatoren og hvordan utdanning blir målt. Deretter presenteres empirien som knytter utdanning til helseutfall.

2.9 Utdanning som indikator på sosioøkonomisk posisjon

Utdanning blir ofte benyttet som indikator på sosioøkonomisk posisjon innenfor samfunnsvitenskap og epidemiologi (Galobardes et al. 2006; Knesebeck et al. 2006). I tillegg benyttes også spesifikke tolkninger for å forklare hvordan denne indikatoren er knyttet til helseutfall (Yen & Moss 1999; Blane 2003). Utdanning søker å måle en persons kunnskapsmessige kompetanse (Lynch & Kaplan 2000), og er i stor grad påvirket av foreldrenes status (Galobardes et al. 2006). I tillegg er utdanning en viktig determinant seinere yrke og inntekt (Galobardes et al. 2006: 8; Knesebeck et al. 2006; Ross & Wu 1995; Arntzen 2002). Den reflekterer både materielle og ikke-materielle ressurser, og påvirker

sannsynligheten for å være arbeidsledig (Knesebeck et al. 2006). Utdanning kan ha betydning for helsen ved å øke kunnskaper og evner som påvirker kognitiv funksjon. En blir mer mottakelig for helsefremmende kunnskap, eller mer i stand til å kommunisere med helsepersonell og oppsøke helsetjenester (Galobardes et al. 2006).

Det har blitt framhevet en del fordeler ved utdanning som mål på sosioøkonomisk posisjon. En av dem er at en unngår problemer som er knyttet til helserelatert sosial mobilitet, fordi utdanningen vanligvis er fullført før helseproblemer inntreffer seinere i livet, mens inntekt forandres underveis i livet (Siegrist & Marmot 2006: 3; Krieger et al. 1997). I tillegg er utdanning enkelt å måle, en oppnår gode responsrater og målet er relevant for alle mennesker – både yngre og eldre – uavhengig av arbeidssituasjon, i motsetning til andre indikatorer på sosioøkonomisk posisjon. Det kan i noen tilfeller også være mindre kontroversielt å samle inn informasjon om utdanning enn for eksempel inntekt (Galobardes et al. 2006). Det finnes også noen begrensninger ved å benytte utdanning som indikator. Betydningen av utdanningsnivå vil kunne variere, for eksempel mellom ulike aldersgrupper og fødselskohorter (Hadden 1996). En viktig begrensning er at det ikke er mulig å si noe om kvaliteten på utdanningen – og implikasjonene av å gjennomføre den – da disse faktorene vil kunne variere mellom forskjellige land (Galobardes et al. 2006). Selv om individers sosioøkonomiske posisjon kanskje kan uttrykkes mer presist gjennom yrke eller inntekt, går det an å argumentere for at utdanning utgjør kjernen i individers sosioøkonomiske posisjon i samfunnet, fordi utdanning ofte vil være avgjørende for å kunne inneha visse yrker eller oppnå et visst inntektsnivå (Eikemo et al. 2008b; Ross & Wu 1995; Arntzen 2002).

Ifølge Ross og Wu kan effektene utdanning har for helse grupperes i tre kategorier: (i) arbeid og økonomiske forhold, (ii) sosial-psykologiske ressurser, og (iii) helserelatert livsstil (Ross & Wu 1995). Den første kategorien understreker at høyere utdanning fører til bedre materielle forhold. Sammenliknet med folk med lavere utdanning, har de med høyere utdanning mindre sannsynlighet for å være arbeidsledig. Samtidig har de bedre jobber og arbeidsforhold, med en høyere inntekt. Dette kan gi bedre helse (Ross & Wu 1995). Den andre kategorien impliserer at de med høyere utdanning har større grad av kontroll over livene sine, og de mottar mer sosial støtte fra sine omgivelser. Det kan bidra til å styrke deres fysiske og psykiske helse. Samtidig har de større sannsynlighet for å følge med sin egen helsetilstand (Ross & Wu 1995). Den siste kategorien antyder at høyt utdannede har en sunnere livsstil sammenliknet

med de som har lav utdanning. Det er større sannsynlighet for at de ikke røyker, er måteholden med alkohol, er mer fysisk aktiv og går oftere til medisinsk behandling (Ross & Wu 1995). De tre første av disse faktorene (røyking, alkohol og fysisk aktivitet), samt kosthold, er også kjent som "de fire store" determinantene innenfor helseatferd (Lahelma et al. 1999). Ross & Wu (1995) konkluderer med at høy utdanning bidrar til bedre helse, både direkte, og indirekte gjennom de nevnte kategoriene.

2.10 Utdanningsforskjeller og helseulikheter

Det har etter hvert blitt påvist en tydelig sammenheng mellom utdanning og helse (Cavelaars et al. 1998; Silventoinen & Lahelma 2002). Folk med lavere utdanning har dårligere egenvurdert helse og kortere forventet levealder sammenliknet med de som har høyere utdanning (Guralnik, Land, Blazer, Fillenbaum & Branch 1993; Krokstad & Westin 2001; Strand, Grøholt, Steingrimsdóttir, Blakely, Graff-Iversen & Næss 2010). Basert på data fra HUNT (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag) finner Krokstad, Kunst & Westin (2002) en signifikant økning i selvrapporterte helseproblemer når en går nedover utdanningsnivåene.

Utdanningsforskjellene i helse varierer innen europeiske land, og det har blitt påvist at helseulikheter i utdanning har vært relativt store i skandinaviske velferdsstater som Norge, Sverige og Danmark, mens de har vært mindre i Spania, Sveits og Vest-Tyskland. Videre har Finland, Storbritannia, Frankrike og Italia inntatt en mellomposisjon (Cavelaars et al. 1998). Noe av den samme tendensen kommer til syne i en annen komparativ undersøkelse av helseulikheter i Europa (Lundberg & Lahelma 2001). Her går det fram at forskjellene i egenvurdert helse mellom utdanningsgrupper er større i de nordiske landene enn i Europa for øvrig, og det gjelder spesielt for Norge, Sverige og Danmark. En komparativ studie av fire nordiske velferdsstater har også vist at utdanningsrelaterte helseulikheter i 1994 var størst i Norge (Silventoinen & Lahelma 2002). Funnet om at de nordiske landene ikke hadde mindre relative helseforskjeller i utdanning for egenvurdert helse enn andre europeiske land, ble befestet i den store komparative undersøkelsen til Mackenbach et al. (1997). Selv om det eksisterte utdanningsforskjeller i helse blant alle de elleve landene som var inkludert, kom Norge dårligst ut når det gjaldt helseforskjeller mellom utdanningsgrupper for menn. I tillegg viser en nyere studie at nedgangen i dødelighet i Norge de siste tiårene hovedsakelig bare har kommet de med høyere utdanning til gode (Strand et al. 2010).

Nyere studier har også dokumentert at størrelsen på utdanningsforskjellene i helse varierer mellom europeiske land (Huisman, Kunst & Mackenbach 2003; Huisman et al. 2005a; Knesebeck et al. 2006). Det er derfor grunn til å spørre om politiske regimer kan forklare noe av denne variasjonen. En studie har vist at det er et klart mønster for størrelsen på helseulikhetene mellom forskjellige europeiske velferdsregimer (Eikemo et al. 2008b). Det er videre et spørsmål om størrelsen på helseulikhetene kan forandre seg dersom det kontrolleres for politisk ideologi og utdanning, noe denne undersøkelsen vil se nærmere på.

2.11 Utdanning og helseforskjeller mellom politiske grupperinger

Det er tidligere utformet hypoteser om hvordan utdanning antas å påvirke holdninger. Mot denne bakgrunnen kan utdanning ha betydning for helseforskjeller mellom politiske grupperinger. Mer utdanning kan dermed potensielt sett redusere effekten av politisk ideologi på helse. Hypotesene har imidlertid ulike forventninger om hvordan utdanning vil påvirke holdninger. Politisk ideologi har ikke alltid vært inkludert som variabel i de tidligere studiene. De teoretiske perspektivene vil allikevel utgjøre et grunnlag for å si hvordan utdanning kan påvirke politisk ideologi. I det følgende vil noen av disse perspektivene bli gjennomgått.

Tesen om egeninteresse hevder at det er en direkte sammenheng mellom posisjonen en har i den sosiale strukturen og de holdningene en har (d'Anjou, Steijn & van Aarsen 1995: 357). Argumentet er at de som er bedre stilt, vil være mindre opptatt av omfordeling, og mer tilbøyelig til å argumentere for nødvendigheten av ulikhet (d'Anjou et al. 1995: 357). Økonomisk liberalisme postulerer for eksempel at hvert individ er ansvarlig for sin personlige velferd, og følgelig vil økonomisk suksess være en funksjon av hardt arbeid og egeninnsats (Hasenfeld & Rafferty 1989: 1030). På motsatt side vil de som støtter velferdsordninger i større grad være individer som trenger denne velferden mest. Robinson & Bell (1978: 128) omtalte dette fenomenet som "the underdog principle". Ut fra denne tankegangen kan en anta at de som har lyktes i utdanningssystemet, vil ha større tro på individuell prestasjon som virkemiddel.

Siden utdanning ofte vil være en indikator for framtidig yrke og inntekt (Ross & Wu 1995; Arntzen 2002) kan det argumenteres for at høyere utdannede vil hevde at "enhver er sin egen lykkes smed". Dersom vi legger tesen om egeninteresse til grunn kan vi forvente at de med høyere utdanning generelt vil ha en mer høyreorientert ideologi. Dermed kan utdanning bidra

til redusere betydningen av politisk ideologi på sosiale helseforskjeller i de enkelte politiske regimene.

Imidlertid kan utdanning også ha en annerledes effekt på holdninger. Ideologitesen kan bidra til å nyansere tesen om egeninteresse (d'Anjou et al. 1995: 359). Denne tesen hevder at det ikke er en direkte sammenheng mellom folks posisjon i lagdelingsstrukturen og deres holdninger, men at denne effekten blir mediert av folks ideologiske ståsted (d'Anjou et al. 1995: 359). Rammeverk for tolkning og ideologisk forpliktelse kan for eksempel bidra til å svekke betydningen av ren egeninteresse (Gelissen 2000: 288). Ut fra denne tesen vil utdanning ha lite betydning på sosiale helseforskjeller mellom politiske grupperinger i politiske regimer.

En annen gruppe hypoteser fokuserer på hvordan utdanning kan bidra til å skape større oppslutning omkring sosial likhet (Inglehart 1977; Robinson & Bell 1978; Hasenfeld & Rafferty 1989). Ifølge Inglehart (1977) kan økt utdanning føre til at det utvikles mer postmaterielle og ikke-materielle verdier i samfunnet. Ved å ta høyere utdanning sosialiseres personene til mer postmaterielle og siviliserte verdier (Inglehart 1977: 81; Hasenfeld & Rafferty 1989: 1031). Noe av denne tankegangen kan en finne hos Robinson & Bell (1978), som har formulert den såkalte *opplysningstesens*. De begrunner opplysningstesens på følgende måte: "With enlightenment ... comes a greater commitment to the idea of equality as a positive value" (Robinson & Bell 1978: 129). Dette betyr at utdanning vil føre til at en blir mer dedikert til likhet som en positiv verdi i samfunnet.

Dersom vi følger en slik tankegang kan vi forvente at økt utdanning bidrar til å øke støtten til sosial likhet og sosiale rettigheter. Dermed kan en også indirekte forvente større støtte til velferdsholdninger (Hasenfeld & Rafferty 1989: 1031). Ifølge en studie om velferdsholdninger var folk med høyere utdanning mer tilbøyelig til å holde regjeringen ansvarlig for å sikre et visst nivå med sosial og økonomisk sikkerhet (Gelissen 2000). Ut fra denne hypotesen og disse funnene kan høyere utdanning føre til at de med en mer venstrevendt ideologi har bedre helse sammenliknet med de som har en mer høyrevendt ideologi. Dermed kan utdanning bidra til å redusere effekten av politisk ideologi på helse.

Jackman & Muha (1984) presenterer empiri som indikerer at utdanning ikke er relatert til identifikasjon med demokratiske verdier. Dette gjelder særlig holdninger som retter seg mot svakerestilte grupper i samfunnet, slik som minoriteter og fattige. De viser også til at det for utdanning er en svak negativ korrelasjon for å støtte sosiale rettigheter og velferdsgoder. Derfor kan det snarere være et uttrykk for en kognitiv "sofistikasjon" når de som har mer utdanning, utviser større støtte til abstrakte demokratiske verdier, samtidig som de ikke vil overføre disse prinsippene til mer spesifikke situasjoner (Jackman & Muha 1984: 753). På bakgrunn av dette konkluderer de med utdanning fører til at en blir mer ideologisk sofistisert i å rettferdiggjøre dominerende gruppers posisjon i samfunnet. Disse funnene vil være mer i overenstemmelse med tesen om egeninteresse. Siden utdanning også er et mål på sosioøkonomisk posisjon, kan den bidra til å øke støtten til grupper med samme sosiale status. Imidlertid vil utdanning også i dette tilfellet kunne redusere betydningen av politisk ideologi på helse.

Ut fra de enkelte hypotesene kan utdanning benyttes til å forklare helseforskjeller etter politisk ideologi. Selv om resonnementene i dette avsnittet trekker i ulike retninger, impliserer både tesen om egeninteresse og ideologitesen at økt utdanning vil ha betydning for politisk ideologi. Det har tidligere gått fram at utdanning har vært en sentral indikator på sosioøkonomisk posisjon (Galobardes et al. 2006; Knesebeck et al. 2006), samtidig som utdanning har hatt en klar betydning for helse og helseforskjeller (Cavelaars et al. 1998; Strand et al. 2010). Det vil derfor være en overordnet forventning om at utdanning kan forklare helseforskjeller mellom politiske grupperinger.

3 Data og metode

3.1 Design

Denne studien benytter kvantitativ forskningsmetode, og er basert på European Social Survey (ESS). Dataene bygger på modul 4 og 5, det vil si de to siste rundene, gjennomført i 2008 og 2010. Disse dataene ble hentet fra den kumulative datafilen (edition 1), som ble gjort tilgjengelig fra 18. desember 2012 (European Social Survey 2012a). Metodekapittelet presenterer data, utvalg, analysevariabler og metode.

3.2 Datamaterialet

3.2.1 European Social Survey (ESS)

European Social Survey (ESS) er en akademisk drevet flernasjonalt undersøkelse, som så langt har blitt administrert av over 30 land. Finansieringen av prosjektet er fordelt likt mellom Europakommisjonen, den europeiske samarbeidsorganisasjonen for forskning ("the European Science Foundation") og bidrag fra akademiske organisasjoner for hvert land som deltar i undersøkelsen (NSD/ESS 2012).

ESS er utformet for å kartlegge og forklare samspillet mellom endrede institusjoner i Europa, og holdninger, trosoppfatninger og atferdsmønstre i de europeiske befolkningene.

Hovedformålet med ESS er å sørge for data som over tid kartlegger endringer i sosiale og politiske holdninger og verdier i Europa. For det andre er det et mål å bidra til intervjuundersøkelser som gir økt sammenliknbarhet mellom land. For det tredje er det et mål å utvikle felles sosiale indikatorer for Europa (European Social Survey 2012b; Jowell, Kaase, Fitzgerald & Eva 2007).

For lettere å kunne gjennomføre en slik omfattende målsetning, består ESS av en kjernemodul på rundt 120 spørsmål som er med i hver runde, samt to roterende moduler på 50-60 spørsmål (European Communities 2007: 139). Helsevariablene er en del av kjernemodulen, og dermed en del av standardvariablene som har vært inkludert i ESS siden starten (European Communities 2007). Det gir et godt utgangspunkt for å undersøke helseforhold i Europa. Dataene og omfattende dokumentasjon er fritt tilgjengelig på Internettssidene til ESS (ESS 2012) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (NSD 2012).

3.2.2 Dataenes kvalitet i ESS

Det har vært knyttet strenge krav til hvordan ESS blir gjennomført. Den sentrale organisasjonen utformer kvalitetskriterier for gjennomføringen av undersøkelsen i de enkelte landene, og omfatter så vel oversettelse, trekking av utvalg og gjennomføring av feltarbeid (Jowell et al. 2007; Ringdal 2007: 172). Datainnsamlingen er basert på besøksintervjuer, i tillegg til selvutfyllingsskjema, som blant annet benyttes til å gjøre kvalitetstester av spørsmålene i intervjuene (ESS4 2008; ESS5 2010a; Ringdal 2007: 172). Utvalgsdesignet er basert på (tilfeldig) sannsynlighetsutvalg¹⁰ (Häder & Lynn 2007), som gir sammenliknbare estimater ved å dekke en representativ befolkning over 15 år (Fitzgerald & Widdop 2004: 12). ESS-spørreskjemaet har blitt utarbeidet på engelsk, og har deretter blitt oversatt til andre språk i de respektive deltakerlandene. Oversettelsesarbeidet har også blitt utført etter klare retningslinjer, og et eget team har jobbet for å sikre at oversettelsene har fått liknende mening i alle deltakerlandene (Fitzgerald & Widdop 2004: 17).

Landene som har deltatt i ESS-undersøkelsen, har måttet følge strenge krav til trekking av utvalg og datainnsamling. Målet om sannsynlighetsutvalg er også relatert til andre konkrete mål, slik som at det skal være full dekningsgrad i populasjonen, mens et annet mål er å ha en responsrate på minimum 70 %. I tillegg skal utvalgsstørrelsen i de enkelte landene minimum være 1500, eller 800 dersom det totale folketallet er under to millioner innbyggere (ESS Sampling Expert Panel 2008; ESS Sampling Expert Panel 2010). For å øke responsraten i utvalget, skal respondentene få minst fire besøk av intervjuere på forskjellige dager og tidspunkter. Minst ett av besøkene skal legges til en helg og være på kveldstid for å øke sannsynligheten for å treffe på flest mulige respondenter (ESS 2007, 2009).

Til tross for at deltakerlandene har gjort en stor innsats, er det mange land som ikke har oppnådd en responsrate på 70 %. Responsratene varierer mellom land og over tid (Stoop 2012). Sju land (Kypros, Israel, Portugal, Bulgaria, Hellas, Slovakia og Polen) oppnådde høyere responsrate enn 70 % i ESS4-2008, mens fem land (Tsjekkia, Romania¹¹, Finland,

¹⁰ Enkel tilfeldig trekking (ETT) (*simple random sampling*, SRS) vil være det grunnleggende prinsippet i sannsynlighetsutvelging, og innebærer at alle i populasjonen har lik sannsynlighet til å komme med i utvalget (Ringdal 2007: 187). Når det gjennomføres en form for sannsynlighetsutvelging, vil det være mulig å foreta statistisk generalisering fra utvalget til populasjonen (Ringdal 2007: 186).

¹¹ Romania er ikke inkludert i den kumulative datafilen (European Social Survey 2012a).

Russland og Spania) hadde en responsrate mellom 65 og 70 % (Matsuo, Billiet, Loosveldt & Malnar 2010: 11). Samlet sett har ESS4-2008 oppnådd en høy responsrate sammenliknet med de foregående rundene (Matsuo et al. 2010). Så vidt jeg vet foreligger det ikke en tilsvarende evaluering av responsraten for ESS5-2010, men målet om en responsrate på 70 % har vært det samme (ESS 2009).

3.2.3 Datainnsamling

Datainnsamlingen i ESS er basert på besøksintervju, hvor intervjuene har blitt utført ansikt til ansikt med respondentene i respondentenes hjem (Billiet, Koch & Philippens 2007; European Communities 2007). I ESS4-2008 ble intervjuene gjort høsten og vinteren 2008-2009 (ESS4 2008), mens i ESS5-2010 ble intervjuene gjennomført høsten 2010 og våren 2011 (ESS5 2010a).

3.3 Utvalg

Utvalget er foretatt for best mulig å kunne besvare forskningsspørsmålene i undersøkelsen. Siden formålet er å sammenlikne helse i forskjellige politiske regimer, har utgangspunktet vært å inkludere flest mulig land. Undersøkelsen er basert på data fra modul 4 og modul 5 av European Social Survey (ESS), som har blitt hentet fra ESS' kumulative datafil (edition 1) (European Social Survey 2012a). Opprinnelig inkluderte denne filen 30 land. Etersom ikke alle landene vært med i alle modulene, er det 27 land som er med i denne undersøkelsen (se tabell 3.1 og figur 3.1-3.2).¹² Disse landene er tilgjengelig i ESS4-2008 og ESS5-2010 og har opprinnelig omfattet 103 407 respondenter. Det kan presiseres at ikke alle land i ESS-undersøkelsen vil være utelukkende europeiske. Tyrkia ligger på grensen mellom Europa og Asia, hvor den europeiske delen kun omfatter 3 % av arealet (Thuesen 2013). Israel vil geografisk kunne lokaliseres i Vest-Asia og Midtøsten (Leraand 2013), mens Russland ligger både i Europa og Asia (Moe 2013). Imidlertid skulle det ikke være nødvendig å ekskludere disse landene av den grunn. Gjennom denne studien vil jeg derfor omtale de ESS-relaterte landene som europeiske.

¹² Italia, Luxembourg og Østerrike er utelatt fra den fjerde og den femte modulen i ESS' kumulative datafil. I tillegg har Latvia, Litauen og Romania tidligere vært tilgjengelig i det separate datasettet for ESS4 (2008).

Totalt har 90 125 respondenter vært tilgjengelig i utvalget, etter at respondenter mellom 15 og 24 år har blitt filtrert bort. Det bør bemerkes at vi bare har data for et år (2008) når det gjelder Tyrkia. Dette gjør at utvalgsstørrelsen er mindre sammenliknet med de andre landene. Til analysen har jeg valgt ut respondenter som altså er 25 år og eldre. Det har blitt vurdert som hensiktsmessig, ettersom respondenter under 25 år ofte ikke har fullført sin høyeste utdanning. Å inkludere disse respondentene i utvalget kunne ha vanskeliggjort utdanning som et mål på sosioøkonomisk posisjon. For det andre har det vært standard for andre ESS-undersøkelser å inkludere de som er 25 år og eldre i befolkningen (jf. Eikemo 2009; Huijts 2011). Derfor gir også et slikt utvalg økt sammenliknbarhet.

Tabell 3.1: Oversikt over moduler og land i ESS1-5, og hvilke som er inkludert i undersøkelsen (uthevet skrift) (total N = 90 125).

ESS-runde	N (Modul 4 + Modul 5)	Modul 1	Modul 2	Modul 3	Modul 4	Modul 5
Land		2002	2004	2006	2008	2010
Belgia	2924	*	*	*	*	*
Bulgaria	4299			*	*	*
Danmark	2780	*	*	*	*	*
Estland	2955		*	*	*	*
Finland	3527	*	*	*	*	*
Frankrike	3384	*	*	*	*	*
Hellas	4213	*	*		*	*
Irland	3798	*	*	*	*	*
Israel	3927	*			*	*
Italia	-	*	*			
Kroatia	2715				*	*
Kypros	2014			*	*	*
Luxembourg	-	*	*			
Nederland	3308	*	*	*	*	*
Norge	2652	*	*	*	*	*
Polen	2726	*	*	*	*	*
Portugal	4078	*	*	*	*	*
Russland	4379			*	*	*
Slovakia	3341		*	*	*	*
Slovenia	2292	*	*	*	*	*
Spania	3868	*	*	*	*	*
Storbritannia	4267	*	*	*	*	*
Sveits	2945	*	*	*	*	*
Sverige	2849	*	*	*	*	*
Tsjekkia	3900	*	*		*	*
Tyrkia	1926		*		*	
Tyskland	5011	*	*	*	*	*
Ukraina	3349		*	*	*	*
Ungarn	2698	*	*	*	*	*
Østerrike	-	*	*	*		
Total	90 125				45845	44280
Inkludert aldersgruppe					≥ 25	≥ 25

3.4 Variabler

Forskjellige studier har påvist helseforskjeller mellom kvinner og menn (Matthews, Manor & Power 1999; Lahelma et al. 1999). En annen ESS-studie har også påpekt at det gjennomgående er flere kvinner enn menn som oppgir dårlig egenvurdert helse (Knesebeck et al. 2006). Derfor vil det bli kjørt separate analyser for kvinner og menn. Det vil være helt naturlig at alder har betydning for egenvurdert helse. Alder er inkludert som en kontrollvariabel for å utelukke alderseffekten fra de andre variablene (Eikemo & Clausen 2007: 105; Knesebeck et al. 2006). Alder har blitt delt inn i tre kategorier, henholdsvis 25-44 år, 45-59 år og 60-109 år.

3.4.1 Helserelaterte variabler: Å definere og måle helse

Helse kan defineres og måles på flere ulike måter (Blaxter 2010). På slutten av 1940-tallet lanserte Verdens Helseorganisasjon (WHO) sin definisjon på helse som "en tilstand av fullstendig fysisk, mental og sosial velvære, og ikke bare som fravær av sykdom eller funksjonshemming" (WHO 1946).¹³ Dette er en positiv og bred definisjon av helse, og den står i kontrast til vanlige definisjoner innenfor helseforskningen, som ofte fokuserer på sykdom og dårlig helse (Lundberg & Lahelma 2001: 45).

Det kan trekkes et teoretisk skille mellom objektive og subjektive mål (Eikemo 2009: 35; Elstad 2000: 17). Mortalitet (dødelighet) blir ofte framhevet som objektivt mål på helse (Eikemo et al. 2008a: 2288; Lundberg & Lahelma 2001: 47; Bambra 2011: 15), og måles ved hjelp av nasjonale registerdata (Blaxter 2010: 23). Det kan for eksempel måles ved å telle antall døde i enkelte aldersgrupper, yrkesklasser eller geografiske områder innenfor en bestemt tidsperiode (Halvorsen 1997: 97). Dødelighet vil også være nært knyttet til forventet levealder i befolkningen, som er et klassisk mål på helsetilstand (Halvorsen 2010: 97). Når i livsløpet døden rammer, vil kunne gi viktig informasjon om helseforholdene på befolkningsnivå (Elstad 2005: 237). En svakhet ved dette målet er at det ikke gir noe god indikasjon på sykdomsbildet i befolkningen, fordi flere av sykdommene ikke vil være dødelige (Lundberg & Lahelma 2001: 47). Et annet ankepunkt er at helse åpenbart vil være noe mer enn dødelighet (Blaxter 2010: 23).

¹³ I sin opprinnelige form lød formuleringen slik: "Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (WHO 1946).

Det eksisterer flere andre måter å måle helse på, og de fleste vil regnes for å være subjektive sammenliknet med dødelighet. En indikator det er vanlig å benytte innenfor helsestudier er morbiditet (sykdom). Her kan det trekkes et skille mellom *disease* og *illness* (Helman 1981). Disease kan forstås som kartlegging av sykdomstilstand gjennom observasjon og undersøkelse, foretatt av profesjonelt personale, slik som leger. Illness kan derimot betegnes som den subjektive opplevelsen av dårlig helse, og måles ved egenrapportering (Twaddle 1974; Blaxter 2010). Dermed kan disease forstås som en mer objektiv evaluering av helsetilstanden, mens illness i større grad er subjektivt, som blant annet er påvirket av kulturell og psykososial kontekst (Jylha et al. 1998).

Når det gjelder subjektive mål på helse, fokuserer disse i større grad på enkeltindivider oppfatter sin egen helsetilstand. Det er mulig å dele disse inn i negative og positive kategorier (Eikemo 2009). Den negative kategorien vil i stor grad speile definisjonene av helse som *fravær av sykdom*. Dette vil nok være den største kategorien ettersom det mangler et konseptuell basis og tilhørende mål for positiv helse (Blaxter 2010: 25). Imidlertid finnes det også positive definisjoner på helse, og WHO's klassiske definisjon vil klart havne i denne kategorien. Helse kan også defineres som *vitalitet (fitness)* i form av å være veltrent og være i stand til å utføre en bestemt sport (Blaxter 2010: 55). Helse som *sosiale relasjoner* kan blant annet forstås som det å ha gode relasjoner til familie og venner, eller å beholde en aktiv plass i den sosiale verden og kunne bry seg om andre (Blaxter 2010: 55). Helse kan også defineres som *funksjonalitet*, for eksempel om en er i stand til å utføre daglige gjøremål, og vil i mindre grad fokusere på følelser (Blaxter 2010: 55). Helse som *psykososialt velvære* kan forstås et holistisk begrep, og innebærer grovt sett det å ha det bra i livet (Blaxter 2010: 56). WHO's helsebegrep vil kunne plasseres innenfor rammen av en slik definisjon.

Egenvurdert helse er en bred indikator som danner et kontinuum fra god til dårlig helse. På den måten reflekteres både positive og negative sider ved helsebegrepet (Manderbacka, Lahelma & Martikainen 1998).

Det finnes to variabler som måler sykdom i ESS: egenvurdert generell helse og hemmende langvarig sykdom.¹⁴ I denne oppgaven har jeg benyttet egenvurdert helse som avhengig

¹⁴ Variabelen hemmende langvarig sykdom omtales som "limiting longstanding illness" (LLI) på engelsk. Her har respondentene blitt spurt om de på noen måte blir hemmet i sine daglige aktiviteter på grunn av langvarig

variabel. Egenvurdert helse er konstruert på bakgrunn av spørsmålet: "Hvordan er helsen din (fysisk og mentalt) stort sett?" Mulige svarkategorier er (1) "svært god", (2) "god", (3) "middels", (4) "dårlig" og (5) "svært dårlig". Denne variabelen har blitt dikotomisert til "god" helse ("svært god" og "god") og "mindre god" helse ("middels", "dårlig" og "svært dårlig"). Svaralternativene 1-2 har fått verdien 0 og svaralternativene 3-5 har fått verdien 1.

3.4.2 Politisk ideologi

Politisk ideologi på individnivå har i ESS blitt målt gjennom spørsmålet: "I politikken snakkes det iblant om venstresiden og høyresiden. Se på dette kortet, og plasser deg selv på en skala der 0 står for venstresiden og 10 står for høyresiden." Opprinnelig har politisk ideologi først blitt målt som en kontinuerlig variabel for venstre/høyre-skalaen. I denne undersøkelsen har politisk ideologi blitt omkodet til en kategorisk variabel, hvor 0-3 er venstresiden, 4-6 utgjør sentrum og 7-10 tilsvarer høyresiden.

For å måle politisk ideologi på aggregert nivå, har de europeiske landene blitt gruppert inn i seks politiske regimer med utgangspunkt i dominerende politisk tradisjon de siste tiårene (Huber & Stephens 2001; Navarro & Shi 2001; Esping-Andersen 1990) (se også kapittel 2.1-2.5). Ved å gruppere de enkelte landene inn i regimer blir det enklere å sammenlikne flere land. Samtidig er det lettere å få innblikk i hvordan helse og helseforskjeller varierer mellom de enkelte landene (Muntaner et al. 2011). De politiske regimene har blitt nærmere beskrevet i kapittel 2.1-2.5, mens landene som tilhører de enkelte regimene, er vist i figur 3.1 og figur 3.2.

sykdom, funksjonshemming, dårlig helse eller psykiske problemer. Mulige svaralternativer er "ja, mye", "ja, til en viss grad", og "nei".

Sosialdemokratisk	Kristendemokratisk	Libertalt	Sør-Europa	Øst-Europa	Tidligere Sovjetrepublikker
					Bulgaria
	Belgia		Hellas	Kroatia	
Danmark	Frankrike	Irland	Kypros	Polen	Estland
Finland	Nederland	Israel	Portugal	Romania	Russland
Norge	Sveits	Storbritannia	Spania	Slovakia	Ukraina
Sverige	Tyskland		Tyrkia	Slovenia	
				Tsjekkia	
				Ungarn	

Figur 3.1: Kategorisering av europeiske land i politiske regimer.



Figur 3.2: Kart over politiske regimer og land som er med i undersøkelsen.

3.4.3 Utdanning

I ESS-datasettet finnes det to variabler for utdanning. Den første fokuserer på fullført utdanningsnivå, hvor respondentene har blitt spurt om hva som er deres høyeste utdanning. Svaralternativene går fra "ingen utdanning eller førskoleutdanning" til "forskernivå (Dr.grad, Ph.D.)". Den andre variabelen måler antall år med fullført utdanning, enten heltid eller deltid.

Et alternativ hadde vært å tilpasse størrelsen på utdanningsgruppene ved å regne ut *Relative Index of Inequality* (RII) (Mackenbach & Kunst 1997). RII er et regresjonsbasert mål, som tar hensyn til befolkningsstørrelse og den relative sosioøkonomiske posisjonen til enkelte grupper. Det vil si at det beregnes hvor vidt høy dødelighet eller sykdom forekommer i grupper med en lav, middels eller høy sosioøkonomisk posisjon (Mackenbach & Kunst 1997: 761). RII kan forstås som et forholdstall mellom estimert prevalens av dødelighet eller sykdom blant de med den laveste sosioøkonomiske posisjonen (rangert som 1) og de med den høyeste (rangert som 0) (Mackenbach et al. 2008: 2472).

I denne undersøkelsen vil jeg imidlertid benytte fullført utdanningsnivå framfor utdanningslengde. Utdanningslengde kan være vanskelig å tolke og er i seg selv mindre sammenliknbart, blant annet fordi effekten av antall år med utdanning varierer mellom søreuropeiske og nordeuropeiske land (Eikemo et al. 2008b). Det ville i tilfelle vært nødvendig med en standardisering av utdanningslengden, noe som ville ha redusert tolkbarheten av resultatene. Derfor vil jeg argumentere for at det er mer hensiktsmessig å benytte utdanningsnivå, da denne variabelen vil være mer standardisert i utgangspunktet. Fordi ESS5-2010 benytter en ny utdanningsklassifisering – og dette vil få betydning for omkoding knyttet til denne undersøkelsen – vil jeg i dette avsnittet presisere hva som ligger bak opprettelsen av en ny utdanningsvariabel.

ESS5-2010 benytter en ny utdanningsklassifisering fordi den internasjonale utdanningsstandard (ISCED) har blitt revidert. Denne kategoriseringen ble utformet av United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO 1997) for å kunne utføre kryssnasjonale sammenlikninger av utdanningsnivå. De nye målene for utdanningsnivå har søkt å ta hensyn til framtidige endringer i ISCED-standard, og har blitt modellert på bakgrunn av revisjonen av ISCED i 2011 (ESS5 2010a; ESS5 2010b: 2). På bakgrunn av denne har det blitt konstruert to nye kryssvariabler:

1) EDULVLB: I ESS5-2010 har det blitt konstruert en mer detaljert ISCED-variabel med hele 26 koder (EDULVLB). Denne erstatter variabelen på 7 kategorier (EDULVL) som har vært brukt i de tidligere ESS-rundene. Ettersom denne studien vil bygge på resultater fra de to siste ESS-rundene, vil det ikke lenger være mulig å benytte den gamle variabelen for utdanningsnivå. I likhet med de foregående rundene, har denne variabelen blitt konstruert på bakgrunn av landspesifikke variabler. De spesifikke landmålene har blitt endret for å kunne møte mer detaljerte krav som den harmoniserte variabelen EDULVLB krever. Som en konsekvens av denne tilnærmingen, har hvert deltakerland i undersøkelsen fått nærmere spesifikasjoner enn tidligere.

2) Den andre kryssnasjonale variabelen har fått navnet EISCED. Denne versjonen av ISCED-variabelen er en ny, harmonisert variabel med 7 kategorier, som har blitt konstruert på bakgrunn av den mer detaljerte EDULVLB-variabelen. Målet har vært å erstatte EDULVL-variabelen som har vært benyttet i de tidligere rundene, med en variabel med bedre analytisk verdi (EISCED-variabelen) (ESS5-2010b: 2) (se tabell 3.2).

Tabell 3.2: Utdanningskategorier i EISCED-variabelen.

0 Not possible to harmonise into ES-ISCED
1 ES-ISCED I, less than lower secondary (lavere enn grunnskoleutdanning)
2 ES-ISCED II, lower secondary (grunnskoleutdanning, andre trinn)
3 ES-ISCED IIIb, lower tier upper secondary (videregående utdanning, første trinn)
4 ES-ISCED IIIa, upper tier upper secondary (videregående utdanning, andre trinn)
5 ES-ISCED IV, advanced vocational, sub-degree (yrkesutdanning)
6 ES-ISCED V1, lower tertiary education, BA level (lavere universitets- og høyskoleutdanning)
7 ES-ISCED V2, higher tertiary education, >= MA level (høyere universitets- og høyskoleutdanning)
55 Other

På bakgrunn av disse kategoriene har fullført utdanningsnivå blitt delt i tre grupper: grunnskole (verdi 1-2), videregående skole (verdi 3-5) og høyskole/universitet (verdi 6-7). Det er imidlertid et spørsmål hvordan enkelte av disse kategoriene skal kodes. For eksempel vil nummer 5 være en mellomkategori som er vanskeligere å plassere enn de andre.

"Vocational education" kan defineres som yrkesutdanning. Å fullføre en slik utdanning gir en arbeidsmarkedsrelevant yrkeskompetanse innen et bestemt yrke (ESS5-2010b; SSB 2001). Selv om det er mulig å klassifisere en slik utdanning som høyere utdanning, har jeg valgt å definere det som en del av videregående utdanning. Det bidrar også til å gjøre høyere utdanning smalere, og dermed vil det kunne være enklere å se om det er en forskjell mellom utdanningslagene i hvert enkelt regime.

I tillegg er kategorien (0) "Not possible to harmonise into ES-ISCED" ganske stor, og utgjør hele 16 056 respondenter (rundt 18 %) når de fra 25 år og eldre er inkludert i undersøkelsen. En nærmere gjennomgang viser at disse respondentene finnes i fire av seks politiske regimer. Unntaket er det kristendemokratiske regimet og tidligere Sovjetrepublikker. I en regresjonsanalyse (ikke vist) går det også fram at respondentene med grunnskoleutdanning har gjennomgående dårligere helse enn denne kategorien, mens de med videregående og høyere utdanning stort sett har bedre helse. Det kan tyde på at det er snakk om et systematisk bortfall av respondenter. I utformingen av sammenliknbare utdanningskategorier, vil det også være nasjonale kjennetegn knyttet til de enkelte landene. Siden kategorien ikke blir omtalt i ESS' utdanningsrapport (ESS5-2010b), er det vanskelig å si nøyaktig hva som kjennetegner disse enhetene. Det er imidlertid ganske vanlig å operere med et tredelt utdanningsnivå, og jeg har valgt å utelate de andre enhetene på bakgrunn av at en slik inndeling enklere vil gi større sammenliknbarhet.

3.5 Metode: Logistisk regresjon

I denne oppgaven har den avhengige variabelen blitt dikotomisert, hvor det opereres med "veldig god eller god" helse (kodet 0) og "mindre enn god helse" (kodet 1). Det er derfor mest hensiktsmessig å benytte logistisk regresjon for å analysere en binær dikotom avhengig variabel (Hamilton 1992: 217; Pampel 2000: 1). I tillegg til at logistisk regresjon brukes når den avhengige variabelen kun har to verdier, er det også andre forskjeller sammenliknet med OLS-regresjon (lineær regresjon). I OLS-regresjon beregnes koeffisientene ved hjelp av minste kvadraters metode (*ordinary least squares*). Denne teknikken finner regresjonskoeffisientene som gir den minste kvadrerte avstanden mellom observerte og predikerte Y-verdier (Eikemo & Clausen 2007: 83). I logistisk regresjon beregnes derimot regresjonskoeffisientene ved hjelp av sannsynlighetsmaksimering (Maximum Likelihood Estimation, MLE). Denne teknikken går ut på å finne verdier av koeffisientene som med

størst sannsynlighet har skapt resultatene i utvalget (Pampel 2000: 40; Ringdal 2007: 410). Det vil si at mens lineær regresjon minimerer den gjennomsnittlige feilprediksjonen, maksimerer logistisk regresjon sannsynligheten for at observerte X- og Y-verdier opptrer sammen (Eikemo & Clausen 2007: 83; Pampel 2000: 44).

I logistisk regresjon er odds, sannsynlighet og logit sentrale begrep. Enkelt forklart kan odds forstås som suksess delt på fiasko (Eikemo & Clausen 2007: 100). Teknisk kan det formuleres slik: $O = P / (1 - P)$, hvor P er sannsynligheten for suksess ($Y = 1$) og $1 - P$ er sannsynligheten for fiasko ($Y = 0$).¹⁵ Dersom antallet med suksess og fiasko er likt, blir oddsen 1. Suksess tilsvare alltid det som har verdien $Y = 1$, og fiasko $Y = 0$. I dette tilfellet svarer dårlig helse til suksess (Eikemo & Clausen 2007: 100). Sannsynlighet er et begrep som benyttes oftere enn odds. Hvis oddsen er 1, blir sannsynligheten for både suksess og fiasko 0,5. Dersom oddsen er mindre enn 1 (men ikke mindre enn 0) betyr det at det er lavere sannsynlighet for suksess. Høy sannsynlighet gir dermed høy odds (Eikemo & Clausen 2007: 84). Logistisk regresjon kan dermed brukes til å estimere sannsynligheten for et gitt utfall. I praksis beregnes den naturlige logaritmen til oddsen, som gir logiten. I logistisk regresjon tilsvare logiten (logaritmen til oddsen for $Y = 1$) avhengig variabel. Den logistiske regresjonskoeffisienten kan tolkes som endringen i logiten som følge av én enhets endring på den uavhengige variabelen (Pampel 2000: 19; Eikemo & Clausen 2007: 84).

Logistisk regresjon benytter MLE (sannsynlighetsestimering) etter at den avhengige variabelen har blitt inndelt i en logitvariabel (to kategorier) (Eikemo & Clausen 2007: 83). I denne studien vil en slik logitvariabel tilsvare den naturlige logaritmen av oddsen i favør av at en person rapporterer dårlig helse. På denne måten estimerer den logistiske regresjonen sannsynligheten for at en person rapporterer dårlig helse. I undersøkelsen har det blitt beregnet oddsrate, som angir forskjellen mellom to odds (Eikemo & Clausen 2007: 91; Ringdal 2007: 421). Det kan det dreie seg oddsraten for en gitt hendelse (for eksempel å rapportere dårlig helse) inntreffer i en gruppe (for eksempel blant de med lavere utdanning) sammenliknet med oddsraten for at det skjer i en annen gruppe (for eksempel de med høyere utdanning). Analysene har blitt stratifisert etter regimer og kjønn. For alle

¹⁵ Det vil i dette tilfelle være snakk om grenseverdier, hvor P-en ikke kan være nøyaktig 1, ettersom det ikke er mulig å dele et tall på 0.

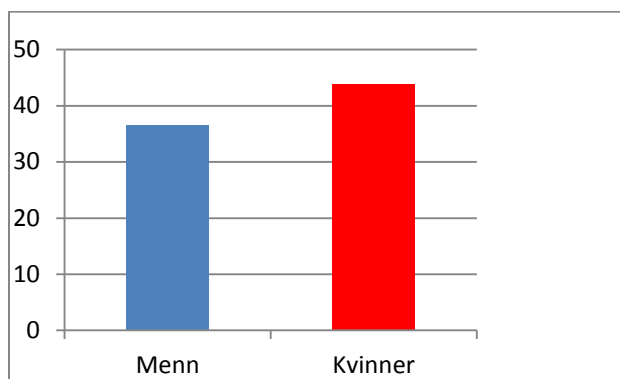
regresjonsmodellene presenteres 95 % konfidensintervaller (95 % KI)¹⁶ for å indikere feilmarginen på estimatene i analysen. Alle analysene har blitt gjennomført med statistikkprogramvaren SPSS versjon 20.0.

¹⁶ Konfidensintervallene estimerer en verdi som forteller i hvilket område en parameter – i dette tilfellet oddsraten – vil befinne seg med 95 % sannsynlighet (Ringdal 2007: 359; Eikemo & Clausen 2007: 104).

4 Resultater

4.1 Fordeling av respondenter/regimer

Tabell 4.1 presenterer deskriptiv statistikk for variabler som inngår i analysen og prosentandelen som rapporterer dårlig helse for hver av de uavhengige variablene. Dersom vi studerer den prosentvise fordelingen av respondenter i enkelte regimer, ser vi at denne er størst i Øst-Europa (24,4 %) og minst i tidligere Sovjetrepublikker (11,8 %). Videre er det flere kvinner enn menn i utvalget (henholdsvis 54,8 % og 45,2 %). Av disse er det også flere kvinner enn menn som rapporterer dårlig helse (henholdsvis 43,9 % og 36,6 %) (figur 4.1).



Figur 4.1: Prosentandel som rapporterer dårlig helse etter kjønn, alle regimer.

Tabell 4.1: Deskriptiv statistikk for alle variabler og prosentandel som rapporterer dårlig helse per kategori i European Social Survey (2008/2010) (N = 90 125) (Valid %).

Variabler	Frekvens	Missing (N)	Prosentandel i datasett	Dårlig helse (N)	% dårlig helse
Politisk regime					
Sosialdemokratisk	11804	4	13,12	3449	29,22
Kristendemokratisk	17561	11	19,51	5792	32,98
Liberalt	11975	17	13,31	3393	28,33
Sør-Europa	16090	9	17,88	5914	36,76
Øst-Europa	21933	38	24,37	10561	48,15
Tidligere Sovjetrepublikker	10632	51	11,81	7438	69,95
Kjønn					
Menn	40668	53	45,20	14882	36,59
Kvinner	49302	77	54,80	21652	43,92
Alder					
25-44	33150	33	36,83	6959	38,87
45-59	25993	37	28,88	10615	40,84
60-109	30851	60	34,28	18973	61,50
Utdanning					
Grunnskole	21 040	23	28,55	11 862	56,37
Vgs.	36 679	65	49,77	15 030	40,98
Uni/høy	15 974	21	21,68	4488	28,10
Politisk ideologi (kategorisk)					
Venstre	16287	24	21,23	6836	41,97
Sentrum	40177	37	52,36	15335	38,17
Høyre	20266	30	26,41	7254	35,79

Merknad: Politisk ideologi-skala: "Venstre" = 0-3, "Sentrum" = 4-6 og "Høyre" = 7-10.

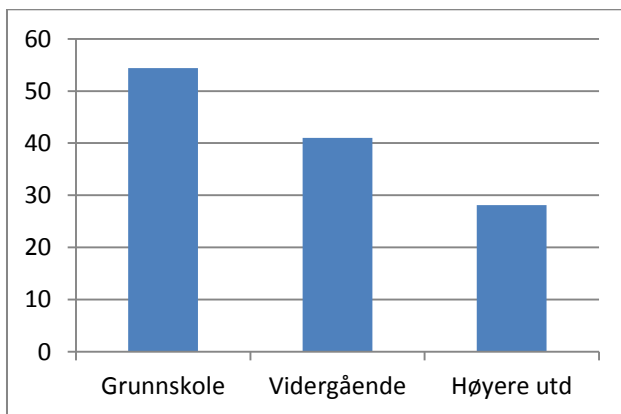
4.2 Fordeling av helse og utdanningsnivå

Prosentvis fordeling av utdanningsnivå viser at andelen med grunnskoleutdanning og høyskole- og universitetsutdanning er forholdsvis jevnstore (henholdsvis 28,6 % og 21,7 %), mens andelen med utdanning fra videregående skole utgjør et flertall av utvalget (49,8 %) (tabell 4.1).¹⁷ Blant respondenter med grunnskoleutdanning, rapporterte 56,4 % dårlig helse. For de med videregående utdanning og høyere utdanning lå tilsvarende andel på 41,0 % og 28,1 % (figur 4.2).

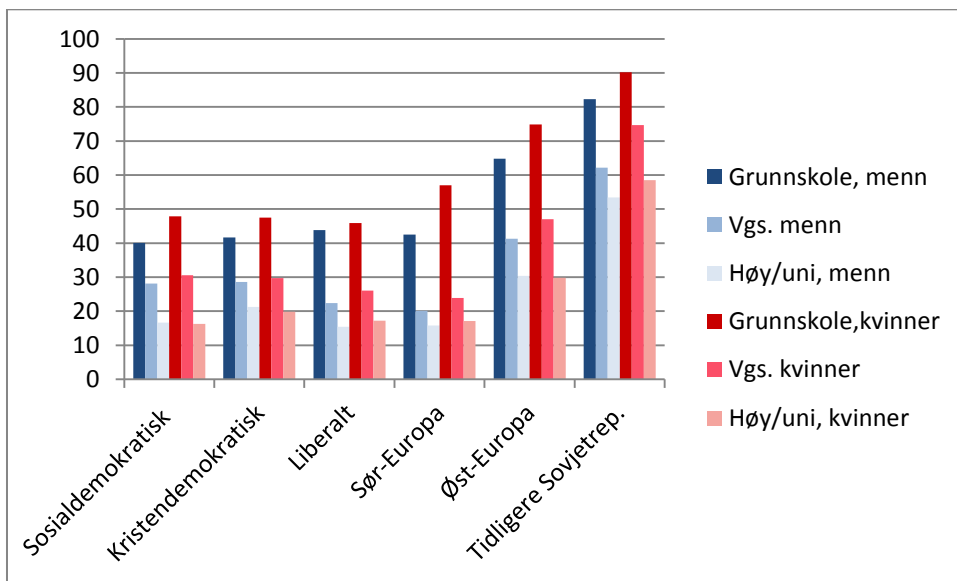
Tabell 4.4 (vedlegg 2) viser deskriptiv statistikk for prevalenser av helse mellom utdanningslag i hvert land og regime (figur 4.3). I samtlige av regimene går det et skille mellom de som har utdanning fra grunnskole og de som har høyere utdanning sammenliknet med denne gruppa. Den deskriptive statistikken viser at andelen dårlig helse er ganske lik for

¹⁷ For en nærmere oversikt over fordelingen av utdanningsnivå i de enkelte landene, se tabell 4.6 (vedlegg 4).

de tre vestlige regimene og Sør-Europa. Et unntak er kvinner med grunnskoleutdanning i søreuropeiske land. De rapporterer en høyere andel dårlig helse sammenliknet med de andre regimene. Øst-Europa og tidligere Sovjetrepublikker har den høyeste andelen dårlig helse for de tre utdanningslagene. I tillegg kommer det til syne forskjeller mellom landene innenfor de ulike politiske regimene (tabell 4.4, vedlegg 2).



Figur 4.2: Prosentandel som rapporterer dårlig helse etter utdanning, alle regimer.

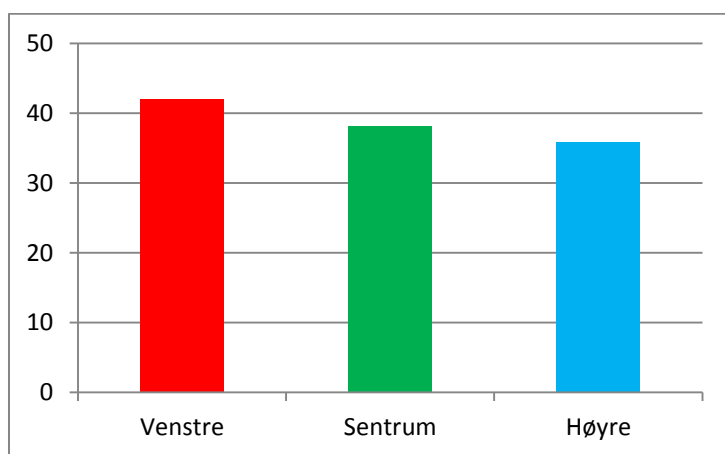


Figur 4.3: Prosentandel som rapporterer dårlig helse etter utdanning, regimer og kjønn.

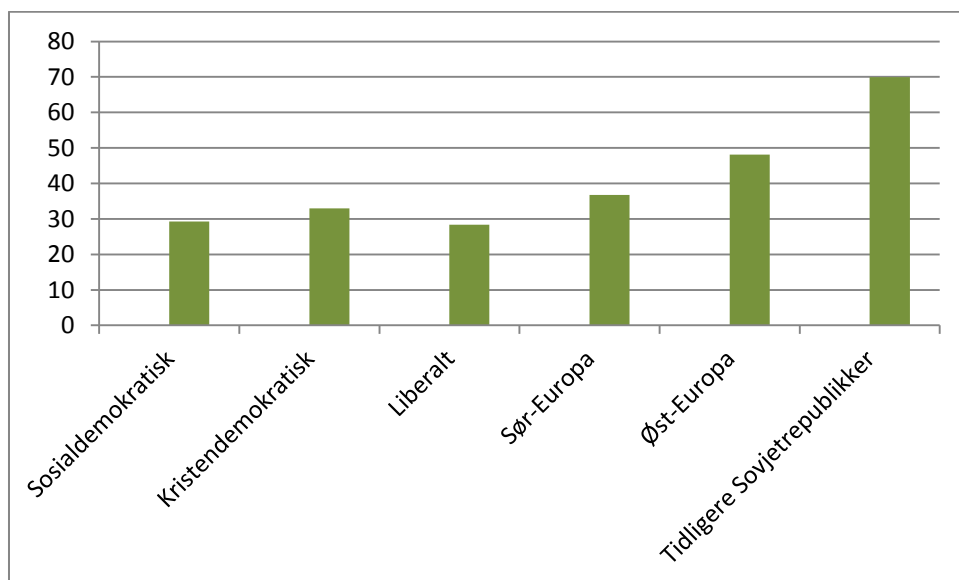
4.3 Fordeling av politisk ideologi og helse

Den kategoriske variabelen for politisk ideologi viser en fordeling hvor andelen respondenter som tilhører venstresiden og høyresiden, er omtrent like store (henholdsvis 21,2 % og 26,4 %), mens hoveddelen tilhører sentrum (52,4 %). For respondentene som rapporterte at de

hadde en venstreorientert ideologi, vurderte 42 % sin egen helse som dårlig. Blant de respondentene som plasserte seg på høyresiden og i sentrum, var tilsvarende andel 35,8 % og 38,2 % (figur 4.4). Sammenlikning av de politiske regimene viser at respondentene fra liberale, sosialdemokratiske og kristendemokratiske land rapporterer lavest forekomst av dårlig helse (henholdsvis 28,3 %, 29,2 % og 33,0 %). Blant respondentene i tidligere Sovjetrepublikker rapporterer 70,0 % dårlig helse. Prosentandelen som rapporterer dårlig helse i Sør-Europa og Øst-Europa, utgjør henholdsvis 36,8 % og 48,2 % (figur 4.5).



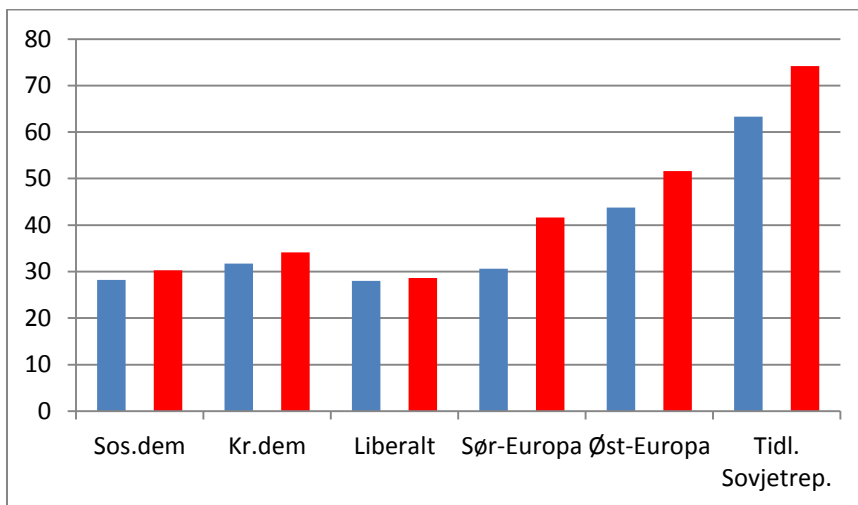
Figur 4.4: Prosentandel som rapporterer dårlig helse etter politisk ideologi, alle regimer.



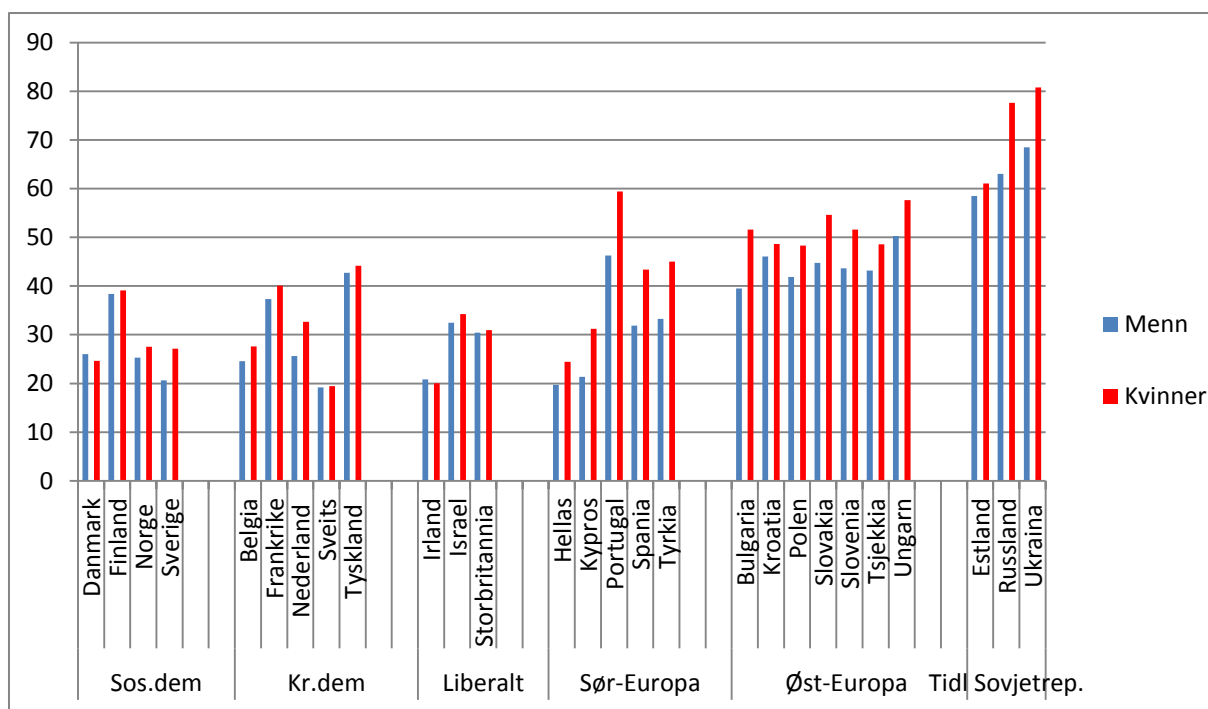
Figur 4.5: Prosentandel som rapporterer dårlig helse etter regimer.

Tabell 4.3 (vedlegg 1) viser fordelingen for de rapporterer dårlig helse i de enkelte landene og regimene (se også figur 4.6-4.7). De tre vestlige regimene og Sør-Europa viser et liknende

mønster. Et unntak er kvinner i de søreuropeiske landene, hvor en høyere andel (gjennomsnittlig 41,6 %) oppgir dårlig helse. Den deskriptive statistikken viser også at det er forskjell mellom land innenfor samme politiske regime. For det sosialdemokratiske regimet er det en tydelig forskjell for menn i Sverige og Finland, hvor prevalens av dårlig helse varierer med cirka 20 %. I de kristendemokratiske landene, er det spesielt Tyskland og Frankrike som skiller seg negativt ut, hvor rundt 40 % av respondentene oppgir dårlig helse. Sveits skiller seg ut med et positivt fortegn, hvor omtrent bare 20 % rapporterer dårlig helse. I det liberale regimet går det et skille mellom Irland på den ene siden (ca. 20 % rapporterer dårlig helse her), og Israel og Storbritannia på den andre (hvor ca. 30 % rapporterer dårlig helse). Blant de søreuropeiske landene er det en høy andel som oppgir dårlig helse i Portugal (i gjennomsnitt over 50 %). I Øst-Europa er ikke forskjellene mellom landene så tydelig, selv om en stor del av respondentene har oppgitt dårlig helse. Som nevnt er omfanget av dårlig helse størst i de tidligere Sovjetrepublikkene. Det gjelder spesielt Ukraina og Russland, som rapporterer en meget høy andel av dårlig helse (rundt 70 % i gjennomsnitt), mens Estland kommer noe bedre ut (rundt 60 % i gjennomsnitt).



Figur 4.6: Prosentandel som rapporterer dårlig helse etter regimer og kjønn.



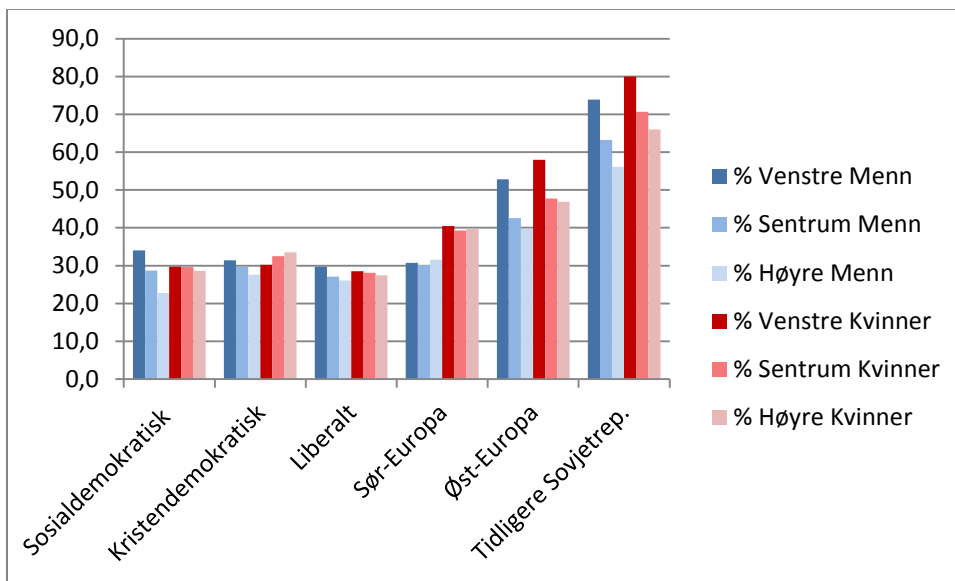
Figur 4.7: Prosentandel som rapporterer dårlig helse etter land, regimer og kjønn.

Tabell 4.5 (vedlegg 3) viser fordelingen av andelen som rapporterer dårlig helse etter politisk ideologi (figur 4.8-4.10). I de sosialdemokratiske landene har de som plasserer seg på høyresiden, gjennomsnittlig bedre helse enn de som plasserer seg på venstresiden. Denne tendensen synes å være klarere for menn enn for kvinner. Spesielt synes dette i Finland, som har høyest forekomst av dårlig helse i de nordiske (sosialdemokratiske) landene. I tillegg vises dette mønsteret (blant menn) i Sverige, hvor det går et skille mellom politisk ideologisk plassering og helsetilstand. En viss forskjell er også å spore i Danmark, mens det ikke er noe tilsvarende i Norge.

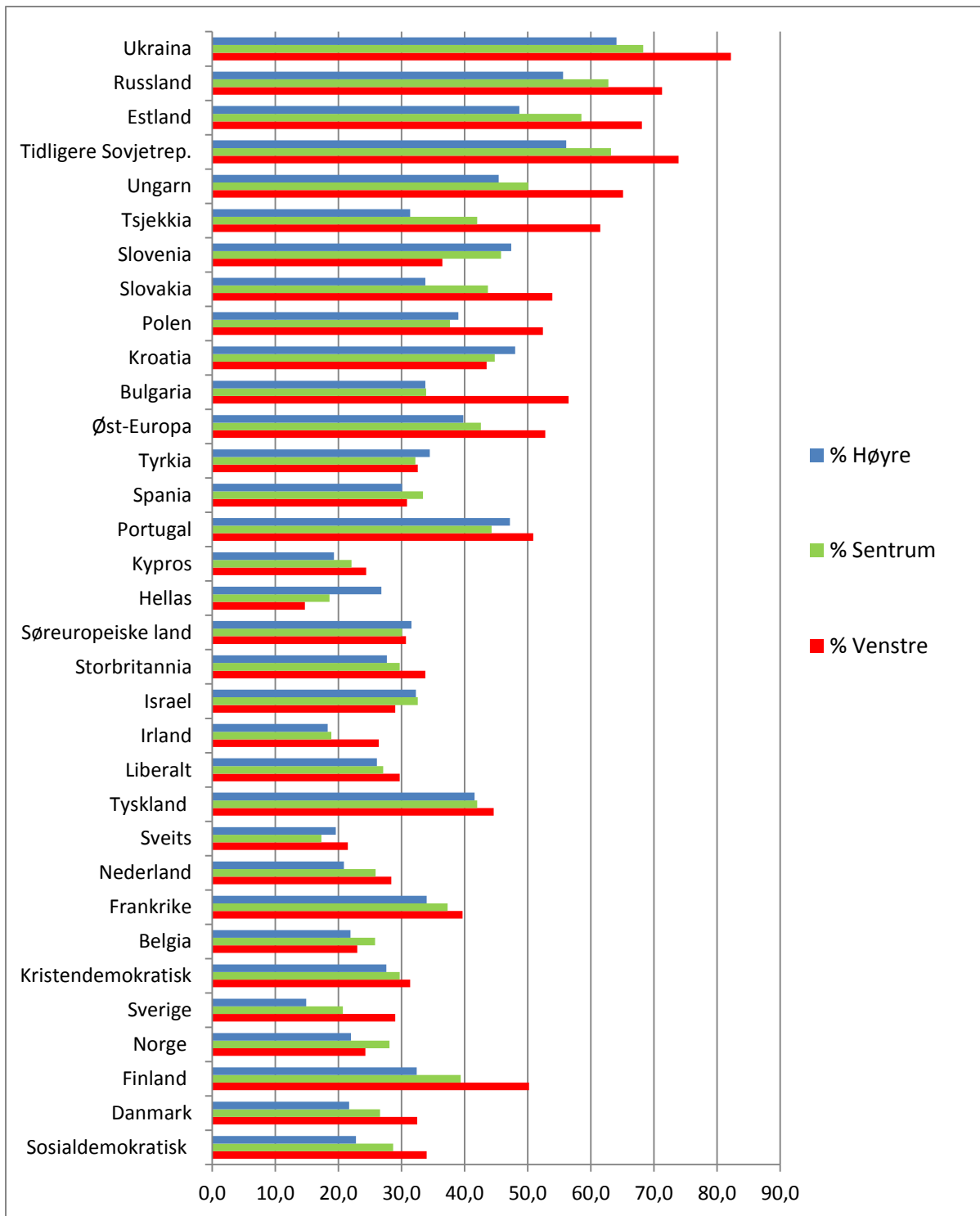
I kristendemokratiske land ser vi at mønsteret for helsetilstand etter politisk ideologi er forskjellig for kvinner og menn. For menn er det (i gjennomsnitt) de på høyresiden som har den laveste forekomsten av dårlig helse, mens de på venstresiden har den høyeste. Blant kvinner har det overordnede (gjennomsnittlige) mønsteret motsatt fortegn: De med en venstreorientert ideologi har den laveste andelen dårlig helse, mens de med en høyreorientert ideologi har den høyeste. Spesielt vises dette reverserte mønsteret i Frankrike, hvor forskjellen er så høy som 12 %. Vi ser at i Tyskland er det fortsatt en høy andel som oppgir dårlig helse, men generelt sett vises dette i mindre grad for hvor man plasserer seg politisk. I

de liberale regimene viser gjennomsnittet den overordnede trenden, men det er jevnt over små forskjeller i helse etter politisk ideologi.

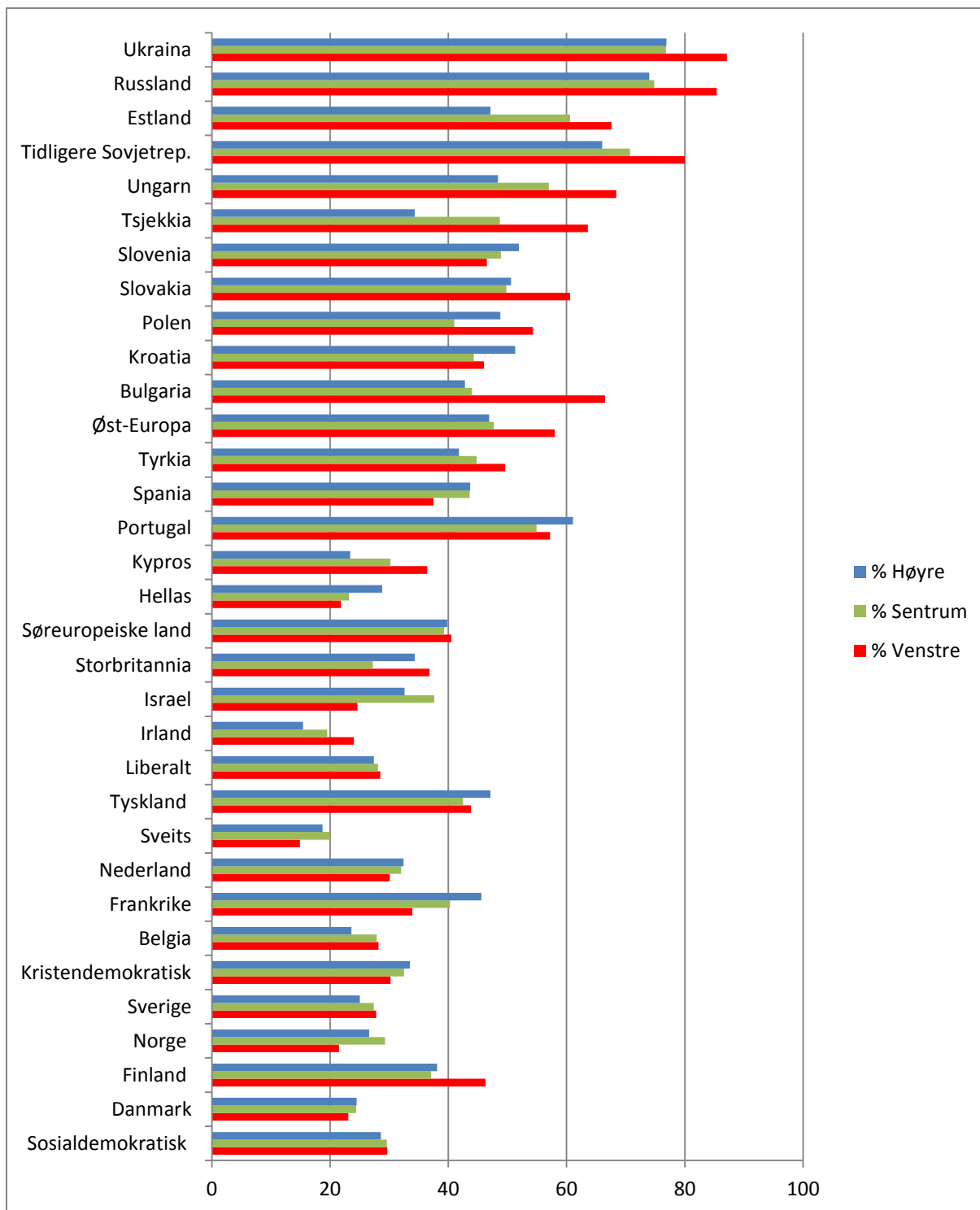
Det er også små forskjeller blant de søreuropeiske landene. Her er det også slik at Portugal har en høy andel som rapporterer dårlig helse, men det er ikke så store forskjeller mellom de politiske ideologiene. Blant landene i Øst-Europa og i tidligere Sovjetrepublikker er det større forskjeller i helse ut fra politisk ståsted.



Figur 4.8: Prosentandel som rapporterer dårlig helse etter politisk ideologi, regimer og kjønn.



Figur 4.9: Prosentandel som rapporterer dårlig helse etter politisk ideologi og regimer (menn).



Figur 4.10: Prosentandel som rapporterer dårlig helse etter politisk ideologi og regimer (kvinner).

4.4 Regresjon: Politisk ideologi og utdanning

Tabell 4.2 viser resultatene av en logistisk regresjonsmodell med dårlig helse som avhengig variabel. I modell 1 er politisk ideologi inkludert. Dette er en kategorisk variabel som er inndelt i venstre, sentrum og høyre, hvor høyre er referansekategorien. Modell 2 består av de samme variablene som modell 1, men har utdanning i tillegg. Utdanning er delt inn i grunnskole, videregående skole og høyskole/universitet, hvor høyskole/universitet er referansekategori. Alle modellene inkluderer tre alderskategorier: 25-44 år (referansekategori), 45-59 år og 60-109 år. Resultatene blir presentert separat for regime og kjønn.

Relative helseforskjeller mellom politiske grupperinger er størst blant menn i det sosialdemokratiske regimet, og minst i det liberale regimet. Disse helseforskjeller er også små blant kvinner i Sør-Europa. Relative helseforskjeller mellom politiske grupperinger er nest størst i tidligere Sovjetrepublikker. Utdanning har i hovedsak ikke nevneverdig betydning for helseforskjeller mellom politiske grupperinger.

Effekten av politisk ideologi varierer mellom de politiske regimene og mellom kjønn. I det sosialdemokratiske og det kristendemokratiske regimet har menn som plasserer seg i sentrum og venstresiden dårligere helse enn de som tilhører høyresiden. For kvinner i de samme regimene finnes ingen tilsvarende effekt. I det liberale regimet har plassering på den politiske ideologiskalaen ikke betydning for egenvurdert helse, verken for kvinner eller menn. Blant landene i Sør-Europa er det kun menn på venstresiden som rapporterer dårligere helse enn høyresiden. For landene som tilhører Øst-Europa og tidligere Sovjetrepublikker, har både kvinner og menn på venstresiden og i sentrum signifikant dårligere helse enn høyresiden.

Tabell 4.2: Resultater av logistisk regresjon som viser oddsratene (OR) og 95 % konfidensintervaller (KI) for å rapportere dårlig helse etter politisk regime, kjønn, politisk ideologi (kategorisk), utdanning og alder i European Social Survey (2008/2010) (N = 90 125).

Menn	Sosialdemokratisk				Kristendemokratisk				Liberal			
	Modell 1		Modell 2		Modell 1		Modell 2		Modell 1		Modell 2	
	OR	(95 % KI)	OR	(95 % KI)	OR	(95 % KI)	OR	(95 % KI)	OR	(95 % KI)	OR	(95 % KI)
Pol id.: Venstre	1,70	(1,39-2,07)	1,71	(1,39-2,09)	1,55	(1,34-1,79)	1,61	(1,39-1,86)	1,25	(0,95-1,64)	1,21	(0,92-1,59)
Sentrum	1,57	(1,34-1,84)	1,49	(1,27-1,75)	1,36	(1,20-1,54)	1,35	(1,19-1,52)	0,98	(0,79-1,22)	0,90	(0,72-1,13)
Høyre (ref.)	1		1		1		1		1		1	
Utd.: Grunnsk.			2,49	(2,01-3,09)			2,02	(1,74-2,35)			2,49	(1,88-3,29)
Vgs.			1,81	(1,51-2,17)			1,69	(1,49-1,91)			1,46	(1,10-1,92)
Høy/uni (ref.)			1				1				1	
Alder: 25-44 (ref.)	1		1		1		1		1		1	
45-59	2,22	(1,83-2,69)	2,09	(1,72-2,53)	2,08	(1,84-2,36)	2,05	(1,81-2,33)	2,82	(2,19-3,64)	2,59	(2,0-3,35)
60-109	3,89	(3,25-4,67)	3,34	(2,77-4,04)	3,56	(3,15-4,02)	3,41	(3,01-3,86)	5,02	(3,97-6,35)	4,13	(3,24-5,26)
Kvinner	Modell 1		Modell 2		Modell 1		Modell 2		Modell 1		Modell 2	
	OR	(95 % KI)	OR	(95 % KI)	OR	(95 % KI)	OR	(95 % KI)	OR	(95 % KI)	OR	(95 % KI)
Pol id.: Venstre	0,99	(0,80-1,22)	1,08	(0,87-1,34)	1,14	(0,98-1,31)	1,25	(1,07-1,44)	1,22	(0,95-1,58)	1,23	(0,95-1,60)
Sentrum	1,07	(0,91-1,26)	1,05	(0,89-1,24)	1,11	(0,98-1,26)	1,14	(1,01-1,29)	0,92	(0,75-1,13)	0,90	(0,74-1,11)
Høyre (ref.)	1		1		1		1		1		1	
Utd.: Grunnsk.			3,22	(2,60-3,98)			2,53	(2,19-2,93)			2,09	(1,64-2,67)
Vgs.			1,99	(1,66-2,39)			1,67	(1,47-1,91)			1,55	(1,22-1,96)
Høy/uni (ref.)			1				1				1	
Alder: 25-44 (ref.)	1		1		1		1		1		1	
45-59	2,02	(1,66-2,46)	1,76	(1,44-2,14)	1,89	(1,68-2,13)	1,74	(1,54-1,97)	2,7	(2,15-3,39)	2,51	(2,0-3,16)
60-109	4,14	(3,45-4,97)	2,93	(2,41-3,56)	3,44	(3,07-3,87)	2,8	(2,49-3,16)	5,26	(4,24-6,52)	4,32	(3,45-5,43)

Pol id. = politisk ideologi, utd. = utdanning, grunnsk. = grunnskole, vgs. = videregående skole, høy/uni = høyskole/universitet, ref. = referansekategori

Fortsetter på neste side

Tabell 4.2: Resultater av logistisk regresjon som viser oddsratene (OR) og 95 % konfidensintervaller (KI) for å rapportere dårlig helse etter politisk regime, kjønn, politisk ideologi (kategorisk), utdanning og alder i European Social Survey (2008/2010) (N = 90 125).

Menn	Sør-Europa				Øst-Europa				Tidligere Sovjetrepublikker			
	Modell 1		Modell 2		Modell 1		Modell 2		Modell 1		Modell 2	
	OR	(95 % KI)	OR	(95 % KI)	OR	(95 % KI)	OR	(95 % KI)	OR	(95 % KI)	OR	(95 % KI)
Pol id.: Venstre	1,34	(1,09-1,65)	1,34	(1,09-1,66)	1,44	(1,25-1,66)	1,45	(1,26-1,67)	1,62	(1,24-2,10)	1,61	(1,24-2,10)
Sentrum	1,10	(0,91-1,32)	1,10	(0,91-1,33)	1,27	(1,13-1,43)	1,24	(1,10-1,39)	1,46	(1,20-1,76)	1,43	(1,18-1,73)
Høyre (ref.)	1		1		1		1		1		1	
Utd.: Grunnsk.			1,93	(1,55-2,41)			3,06	(2,54-3,68)			2,01	(1,47-2,74)
Vgs.			1,08	(0,84-1,40)			1,76	(1,52-2,03)			1,41	(1,17-1,69)
Høy/uni (ref.)			1				1				1	
Alder: 25-44 (ref.)	1		1		1		1		1		1	
45-59	2,62	(2,14-3,21)	2,39	(1,94-2,94)	3,62	(3,20-4,10)	3,44	(3,04-3,90)	3,73	(3,09-4,50)	3,75	(3,11-4,53)
60-109	7,93	(6,60-9,53)	6,33	(5,22-7,66)	10,04	(8,81-11,43)	9,23	(8,08-10,53)	9,66	(7,70-12,12)	8,89	(7,05-11,21)
Kvinner	Modell 1		Modell 2		Modell 1		Modell 2		Modell 1		Modell 2	
	OR	(95 % KI)	OR	(95 % KI)	OR	(95 % KI)	OR	(95 % KI)	OR	(95 % KI)	OR	(95 % KI)
Pol id.: Venstre	1,15	(0,94-1,40)	1,16	(0,95-1,42)	1,4	(1,22-1,60)	1,37	(1,20-1,57)	1,66	(1,28-2,14)	1,59	(1,23-2,07)
Sentrum	1,05	(0,89-1,24)	1,03	(0,87-1,22)	1,17	(1,05-1,32)	1,14	(1,02-1,28)	1,35	(1,14-1,60)	1,30	(1,09-1,54)
Høyre (ref.)	1		1		1		1		1		1	
Utd.: Grunnsk.			2,58	(2,11-3,17)			3,24	(2,76-3,80)			2,92	(2,12-4,0)
Vgs.			0,98	(0,78-1,24)			1,73	(1,52-1,96)			1,76	(1,51-2,06)
Høy/uni (ref.)			1				1				1	
Alder: 25-44 (ref.)	1		1		1		1		1		1	
45-59	2,92	(2,47-3,45)	2,35	(1,98-2,80)	3,35	(2,99-3,76)	3,05	(2,72-3,43)	3,37	(2,85-3,98)	3,27	(2,76-3,87)
60-109	10,39	(8,86-12,20)	6,67	(5,61-7,92)	10,99	(9,76-12,36)	8,83	(7,81-9,97)	10,59	(8,64-12,98)	8,9	(7,22-10,97)

Pol id. = politisk ideologi, utd. = utdanning, grunnsk. = grunnskole, vgs. = videregående skole, høy/uni = høyskole/universitet, ref. = referansekategori

Fortsettelse fra forrige side

I modell 2 har utdanning blitt lagt til i modellen. I nesten samtlige regimer (det vil si sosialdemokratiske, kristendemokratiske, liberale, østeuropeiske og tidligere Sovjetrepublikker) rapporterer både kvinner og menn med utdanning fra grunnskole og videregående skole, dårligere helse sammenliknet med de som har utdanning fra høyskole og universitet. I Sør-Europa er det de med grunnskole som rapporterer dårligere helse enn referansekategorien.

Når utdanning blir lagt til i modellen, kontrolleres det hvor mye utdanning kan forklare av helseforskjeller etter politisk ideologi. Dette går fram ved å observere hvordan oddsratene endrer seg fra modell 1 til modell 2 (tabell 4.2). Her har det blitt regnet ut prosentvis reduksjon av politikk sin betydning for helse etter kontroll. I Sør-Europa forblir oddsratene for menn uendret fra modell 1 til modell 2. For de andre politiske regimene er det kun mindre endringer i oddsratene for politisk ideologi. Det indikerer at utdanning i liten grad er i stand til å forklare helseforskjeller mellom politiske grupperinger i ulike politiske regimer.

5 Diskusjon

Resultatene viser at egenvurdert helse varierer mellom forskjellige politiske regimer i Europa. Diskusjonen vil besvare problemstillingene for hvert regime separat, for deretter å sammenlikne. Sentrale trekk ved helseutfallene i de ulike regimene vil her bli gjennomgått. For det første vil prevalensrater av dårlig helse diskuteres. Disse gir et oversiktsbilde over helse i de enkelte regimene. For det andre vil helseforskjeller mellom politiske grupperinger bli drøftet. Det vil være mest fokus på relative helseforskjeller, selv om absolutte helseforskjeller også vil belyses. Resultatene vil deretter bli sammenliknet. Betydningen av utdanning for helseforskjeller i ulike regimer vil bli gjennomgått i et eget delkapittel.

Det går fram at det eksisterer ulikheter i helse etter politisk ideologi på individnivå og på samfunnsnivå. Det er variasjoner i størrelsen på helseulikhetene, avhengig av hvilke helseutfall som studeres. I noen tilfeller svarte resultatene til forventningene, for eksempel at det ville eksistere helseforskjeller mellom politiske grupperinger i det kristendemokratiske regimet. I andre tilfeller har resultatene ikke vært i tråd med forventningene. Funnene om at helseforskjeller mellom politiske grupperinger er størst blant menn i det sosialdemokratiske regimet og minst i det liberale regimet er slike eksempler. Ikke alle resultatene vil diskuteres. Det er først og fremst et mål å belyse de funnene som ikke svarte til forventningene. Før disse funnene blir diskutert, vil sentrale metodiske aspekter og begrensninger ved studien diskuteres. Det inkluderer forhold som er relatert til utvalg, helseindikatorer, operasjonalisering, datamaterialet og regimeinndeling.

5.1 Metodediskusjon og begrensninger ved studien

Det er nødvendig å understreke noen overordnede begrensninger som er knyttet til denne studien. For det første er undersøkelsen kun basert på to moduler av ESS. Dersom flere moduler hadde vært benyttet, kunne det vært enklere å slå fast noen trender over tid. Imidlertid er ikke resultatene vesensforskjellige fra andre studier som også har benyttet ESS-data (Eikemo et al. 2008b; Huijts et al. 2010). ESS har også strenge metodiske krav (se kapittel 3), og den gjennomsnittlige svarprosenten ligger på over 60 % (Jowell 2003; European Social Survey 2012b; Billiet & Philippens 2007), noe som anses som godt i komparativ sammenheng.

For det andre er det kun benyttet én av de to helseindikatorne som finnes i ESS. Studien har dermed sett på egenvurdert helse, men ikke på hemmende langvarig sykdom (LLI). Dersom den siste indikatoren hadde blitt inkludert, kunne det blitt mulig å se på flere nyanseforskjeller mellom de politiske regimene. En studie har for eksempel påpekt at landene klynger seg tydeligere sammen for hemmende langvarig sykdom enn de gjør for dårlig helse (Eikemo et al. 2008b). Jeg har valgt å benytte egenvurdert helse fordi denne indikatoren er meget utbredt i komparativ helseforskning (Blaxter 2010). Denne indikatoren har også blitt brukt i nyere studier som har undersøkt forbindelsen mellom politisk ideologi og helse (Subramanian et al. 2009; Huijts et al. 2010).

For det tredje er det også påpekt svakheter ved å bruke egenvurdert helse som indikator på helse. Et ankepunkt er at egenvurdert helse kan forstås som et subjektivt mål på helse, som blant annet kan påvirkes av kulturell kontekst (Jylha, Guralnik, Ferrucci, Jokela & Heikkinen 1998). Mennesker kan derfor evaluere sin egen helse på forskjellige måter, og foreta vurderinger som i stor grad kan være preget av respondentenes nasjonale og kulturelle bakgrunn. Med tanke på at forskjeller i absolutt nivå av rapport dårlig helse varierer med nærmere 40 % (fra 28,3 % i det liberale regimet til 70,0 i tidligere Sovjetrepublikker) kan det muligens tyde på at spørsmål om helsetilstand blir tolket ulikt på tvers av land, og at kulturelle faktorer kan være en medvirkende årsak. Dermed kan det være vanskelig å sammenlikne svarene fra de ulike landene og regimene direkte med hverandre. Styrken er imidlertid at studien er basert på data hvor alle spørsmålene har blitt samlet inn i samme survey, og at det er de samme spørsmålene som blir stilt innenfor en bestemt tidsperiode.

Ideelt sett hadde det vært ønskelig med et mer objektivt mål på helse, men det har ikke vært tilgjengelig i datasettet. Imidlertid har flere studier vist at egenvurdert helse har korrelert overraskende bra med mer objektive mål for helse, slik som dødelighet (Idler & Benyamini 1997; Heistaro, Jousilahti, Lahelma, Vartiainen & Puska 2001). Et kritisk spørsmål vil være i hvilken grad rapportering av egenvurdert helse varierer systematisk mellom utdanningsgrupper, og hvor vidt det er en forskjell mellom de enkelte landene på dette området. Tidligere studier har vist at forbindelsen mellom egenvurdert helse og dødelighet kun varierer i mindre grad mellom sosioøkonomiske grupper (Burstrom & Fredlund 2001; van Doorslaer & Gerdtham 2003; Huisman, van Lenthe & Mackenbach 2007; Dalen, Huijts, Krokstad & Eikemo 2012).

For det fjerde kan analysen påvirkes av hvor en setter kuttunktet på den egenvurderte helseskalaen. Eksempelvis kan kategorien "middels helse" tolkes ulikt av respondenter i forskjellige land, og det er ikke gitt at de som svarer, vil vurdere at de har dårligere helse enn andre når de svarer dette alternativet. I en annen studie med ESS-data ble ikke det observerte mønsteret i helseulikheter mellom europeiske regioner endret når kuttunktet på helseskalaen ble forandret (Eikemo, Kunst, Judge & Mackenbach 2008c). Praksisen med å benytte en dikotom helseskala har imidlertid en pragmatisk side, ettersom det har blitt ganske standard prosedyre å definere "middels helse" som "dårlig helse" innenfor sosialepidemiologi (Eikemo et al. 2008a: 2289). Ut fra en komparativ tilnærming kan det derfor være en fordel å følge andres standard i denne dikotomien på grunn av økt sammenliknbarhet.

For det femte vil flere faktorer kunne påvirke sammenliknbarhet når mange land blir studert, slik som forekomsten av ikke-svar, og sider ved hvordan data blir samlet inn, hvilke oversettelser som blir gjort, og hvordan selve intervjuene blir gjennomført. På den annen side representerer ESS en god mulighet til å undersøke helseulikheter mellom land, ettersom spørreundersøkelsen stiller de samme spørsmålene i alle landene. Til tross for de nevnte svakhetene, er det ikke grunn til å tro at de skulle forandre funnene i denne undersøkelsen vesentlig. ESS-undersøkelsen er utformet slik at den kan være nasjonalt representativ og ha en relativt høy responsrate på over 60 % (Jowell 2003; European Social Survey 2012b; Billiet & Philippens 2007).

Til sist kan det bemerkes at klassifiseringen av politiske regimer (og velferdsregimer) har vært gjenstand for debatt (jf. Arts & Gelissen 2002; Eikemo et al. 2008a; Espelt et al. 2008). Som typologier har regimene blant annet blitt kritisert for at de har lagt for liten vekt på forskjeller innenfor de ulike regimene (Espelt et al. 2008; Eikemo et al. 2008a). Det vil også være mulig å diskutere grupperingen av land inn i enkelte regimer. For eksempel har Storbritannia blitt betegnet som et grensetilfelle det kan være vanskelig å klassifisere (Svallfors 1997: 286). Storbritannia, Irland¹⁸ og Israel har hatt et mer dekommodifisert helsevesen sammenliknet med andre land som grupperes inn i det liberale regimet (Bambra 2005a, 2005b; Doron 2001). Tidligere ble Israel kategorisert sammen med de sosialdemokratiske landene, men det blir

¹⁸ Fram til at Irland ble skilt fra Storbritannia, ble irsk politikk utformet i London. Etter atskillelsen hadde den irske sosialpolitikken en tendens til å følge den britiske. Derfor har de to landene ofte hatt et liknende politisk utgangspunkt (Huber & Stephens 2001: 374, note 3).

argumentert med at landet i de seinere årene synes å bevege seg mer i retning av de liberale landene (Zambon et al. 2006: 316; Doron 2001). Dersom vi ser bort fra helsevesenet, er velferdsytelsene i disse landene begrenset (Navarro & Shi 2001: 489). Med utgangspunkt i ESS-data synes det derfor rimelig å gruppere dem under det liberale regimet. I tillegg vil det være noe vanskelig å klassifisere Tyrkia inn i et europeisk regime, ettersom landet også tilhører Asia (Thuesen 2013). Det har imidlertid blitt påpekt at tyrkiske velferdsregimet deler noen vesentlige kjennetegn med de søreuropeiske landene (Buğra & Keyder 2006: 212). Ved siden av den geografiske beliggenheten, er det også en av grunnene til at landet har blitt gruppert sammen med Sør-Europa.

Det vil være en fordel å bruke en klassifisering som er godt innarbeidet og benyttet i tidligere arbeider, fordi det bidrar til resultatene blir mer sammenliknbare. Den benyttede klassifiseringen tar i tillegg hensyn til vesentlige politiske ideologier som har eksistert i de siste tiårene, som ikke bare gjorde seg gjeldende på det tidspunktet da surveyen ble gjennomført (Huijts et al. 2010).

5.1.1 Absolutte og relative helseulikheter

En overordnet metodisk betraktning handler om hvordan helseulikheter skal måles (Lundberg & Lahelma 2001: 50). Dette kommer fram ved å illustrere med noen funn fra velferds litteraturen de siste femten årene. Selv om land som har vært kjennetegnet av egalitære velferdsprinsipper, som Norge og Sverige, har kommet godt ut når det gjelder samlet folkehelse, har de ikke alltid utvist de minste helseulikheterne (Eikemo 2009). Funnene har imidlertid satt sosiale helseulikheter på dagsordenen blant politikere, i tillegg til at det har oppstått en akademisk debatt om hvordan helseulikheter bør håndteres og måles (Judge et al. 2006). Denne debatten startet for alvor etter at en større komparativ undersøkelse av Mackenbach et al. (1997) hadde konkludert med at helseulikheterne ikke var mindre i de nordiske landene enn ellers i Europa, til tross for at disse landene hadde lagt vekt på egalitære prinsipper (Esping-Andersen 1990). Vågerö & Erikson (1997) kritiserte de analysemålene som lå til grunn for undersøkelsen. Deres poeng var blant annet at bruken av relative forskjeller kunne gi et feil bilde av helseforhold dersom ikke absolutte forskjeller ble presentert i tillegg. På grunnlag av denne diskusjonen kan det derfor være hensiktsmessig å presisere forskjellen mellom absolutte og relative mål på helseulikheter. Absolutte mål på helseulikheter refererer til et faktisk antall mennesker som blir syke eller dør (Bartley 2004:

40). Til forskjell fra dette sammenlikner relative mål på helseulikheter den prosentvise forskjellen i dårlig helse eller dødelighet mellom grupper (Bartley 2004: 40).¹⁹ Mens alle som blir syke eller dør har lik verdi for sammenlikninger basert på absolutte mål, blir de vurdert som en funksjon av helsen i referansegruppen når det benyttes relative mål (Mustard & Etches 2003: 979). Enkelte ganger kan det være avvik mellom absolutte og relative ulikheter, for eksempel når prevalensen av en sykdom eller dødeligheten i en populasjon faller over tid (Strand & Næss 2009: 62). Det kan da oppstå en situasjon hvor relative helseulikheter øker mens absolutte ulikheter minker. Eksempelvis kan de relative forskjellene være større i land A enn i land B, mens de absolutte forskjellene er størst i land B. Dette kan skyldes at land A generelt har et mye lavere nivå av sykdom sammenliknet med land B (Strand & Næss 2009: 62).

I denne undersøkelsen, har det ikke blitt regnet ut aldersjusterte prosentandeler for det totale utvalget (prevalensen) som rapporterer dårlig helse i hvert land og rateforskjeller (RD) mellom de med høy og lav sosioøkonomisk posisjon (jf. Mackenbach & Kunst 1997). Det har videre ikke vært benyttet en direkte standardiseringsmetode (Bartley 2004), som kunne gitt standardiserte prosentandeler (eller rate per 10 000 eller 100 000 og så videre). Disse standardiserte prosentandelene forteller hvor mange i en gitt populasjon som har oppgitt dårlig helse hvis aldersstrukturen hadde vært lik for alle sosioøkonomiske posisjoner i alle undersøkte land (Bartley 2004: 42). Av de begrensningene som tidligere har blitt beskrevet, er aldersjusteringer sannsynligvis det eneste som potensielt kan ha påvirket resultatene. Derfor er det viktig å være forsiktig i fortolkningen av resultatene. Siden helseprevalensene ikke er aldersjustert, vil fokuset være mer rettet mot helseulikheter enn helse generelt.

5.2 Det liberale regimet

Det liberale regimet har den laveste prevalensen av dårlig helse (28,3 %) (tabell 4.1). Det samme mønsteret vises i en annen studie som er basert på ESS-data (Eikemo et al. 2008b). Allikevel framstår dette funnet som noe overraskende. Det kunne være naturlig å gå ut fra at en større andel av respondentene i det liberale regimet oppga dårlig helse som følge av et

¹⁹ Denne forskjellen kan illustreres med et eksempel. Dersom den forventede levealderen i populasjon A er 80 år og den forventede levealderen i populasjon B er 70 år, utgjør den absolutte helseforskjellen mellom gruppene A og B 10 år. Den relative forskjellen er imidlertid $80:70 = 1,14$; den forventede levealderen i populasjon A er dermed 1,14 ganger – det vil si 14 % – høyere enn i populasjon B (Bambra 2011: 16).

mindre sosialt sikkerhetsnett, jf. beskrivelsene av regimetyppologiene i Esping-Andersen (1990).

Det har tidligere framkommet forskjeller i helseutfall (slik som spedbarnsdødelighet, forventet levealder og egenvurdert helse) mellom ulike regimer (Navarro et al. 2003, 2006; Coburn 2004; Bamba 2006a; Chung & Muntaner 2007). Eksempelvis har spedbarnsdødelighet vist en klar variasjon mellom ulike regimer, hvor ratene er lavest i sosialdemokratiske land og høyest i liberale og søreuropeiske land (Navarro et al. 2003: 466ff). Spedbarnsdødelighet har vært en mye benyttet indikator i komparativ helseforskning (Reidpath & Allotey 2003) og er også korrelert med andre helseindikatorer, slik som forventet levealder (WHO 2000: 3). Imidlertid har det ikke vært en like tydelig sammenheng mellom regime og forventet levealder (Navarro et al. 2003: 426).

For det liberale regimet ble det forventet at politisk ideologi ville spille en større rolle for egenvurdert helse sammenliknet med andre vestlige regimer. Følgelig skulle det eksistere større relative helseulikheter mellom politiske grupperinger i dette regimet enn i det sosialdemokratiske og det kristendemokratiske regimet. Denne antakelsen har vist seg ikke å stemme. De som har plassert seg på høyresiden oppgir ikke bedre helse sammenliknet med de som har plassert seg på venstresiden og i sentrum (tabell 4.2).

En mulig forklaring på dette er at individuelt ansvar kan være internalisert blant alle innbyggere, uavhengig av individuell ideologi og politisk egenplassering (Huijts et al. 2009). Det er for eksempel påpekt at dersom amerikanere blir stilt overfor et valg mellom frihet og likhet, vil de fleste velge frihet (Moen 2005: 158). Selv om det vil være forskjeller mellom amerikansk og europeisk ideologi, kan noe av det overordnede tankesettet ha en viss overføringsverdi for det liberale regimet. Videre kan helsehjelp i det liberale regimet kanskje være vanskeligere tilgjengelig i trange tider sammenliknet med det sosialdemokratiske regimet, og følgelig kan det være et mulig incitament at alle tar større grad av ansvar (Huijts et al. 2009).

Det liberale regimet utviser altså de minste relative helseforskjellene mellom politiske grupperinger, samt den laveste prevalensen av dårlig helse. Dette kan virke motstridende i forhold til litteraturen om regimer og helseutfall (Navarro et al. 2003, 2006; Coburn 2004;

Bambra 2006a; Chung & Muntaner 2007). Det er derfor vanskelig å si noe sikkert om hva dette skyldes, men det går an å gjøre noen antakelser (jf. Eikemo et al. 2008a: 2291). En mulig forklaring er å se på betydningen av helsevesenet. Det er en variabel som ofte har blitt utelatt som sosial helsedeterminant i diskusjonen omkring regimer (Bambra 2005a: 32). Betydningen av helsevesenet kan skisseres med et eksempel. Selv om både USA og Canada kan klassifiseres innen det liberale regimet (Esping-Andersen 1990), har forskjellene i helseutfall mellom de to landene økt i løpet av de siste tiårene (Kunitz & Pesis-Katz 2005). Den forventede levealderen var lavere for alle amerikanere sammenliknet med den for alle canadiere siden begynnelsen på 1900-tallet. Helt fram til 1970-tallet skyldtes denne forskjellen den lave forventede levealderen blant de afrikanske amerikanerne. Siden den gang har ikke den forventede levealderen blant hvite amerikanere forbedret seg like mye som den har gjort blant alle canadiere (Kunitz & Pesis-Katz 2005: 5). Avviket som har oppstått etter 1970-tallet, sammenfaller nært i tid med innføringen av universell helsedekning i Canada (Kunitz & Pesis-Katz 2005: 31). Denne observasjonen gir en indikasjon på hvilken betydning universelle helsetjenester kan ha for helse.

Eksempelet over viste til land som ikke er en del av datagrunnlaget i denne undersøkelsen. Blant de europeiske landene som er inkludert her, kan Storbritannia, Irland og Israel kategoriseres innenfor det liberale regimet (jf. Esping-Andersen 1990; Ferrera 1996; Huijts et al. 2010). På den ene siden stemmer Storbritannia og Irland ganske overens med det liberale regimet når det gjelder kriterier for sosiale ytelser, slik som behovsprøving, strenge tildelingskriterier og lave inntektsoverføringer (Esping-Andersen 1990: 26). På den andre siden har ikke disse landene en typisk markedstilnærming når det gjelder å tilby sentrale velferds velferdstjenester (Bambra 2005a: 32, 2005b: 209).

Et hovedskille er at helsehjelp ikke blir tilbydd gjennom et markedsbasert system, som er tilfellet i USA (Esping-Andersen 1999: 75). Eksempelvis gir Storbritannia helsehjelp til sine innbyggere gjennom National Health Service (NHS), som omtrent utelukkende blir finansiert gjennom offentlig beskatning (Bambra 2005a: 32). Her er det et lavt innslag av utgifter til private helseforsikringer og en liknende dekningsgrad som de nordiske landene (Bambra 2005a, 2005b). Helseforsikring har også vært et unntak som Israel har finansiert med offentlige skatter i større grad enn andre velferdsutgifter. Disse velferdsutgiftene har vært lavere sammenliknet med andre utviklede land (Doron 2001: 156). Markedet har dermed vært

frikoblet fra helsetjenestene (høy grad av dekommodifisering) i disse landene sammenliknet med den tradisjonelle liberale tilnærmingen i andre land. Dette kan bidra til å redusere betydningen av de mer strenge kriteriene som finnes for sosiale ytelser i disse landene, og dermed ha en mulig positiv effekt på egenvurdert helse.

Det kan også være nyttig å se på holdningene til helsevesenet. Eksempelvis har det vært god oppslutning omkring helsetjenestene i Storbritannia (Gevers, Gelissen & Arts 2000). En forklaring på den høye oppslutningen har vært at disse tjenestene har vært innrettet, i alle fall potensielt sett, mot hele befolkningen: Det har blitt sagt at "they command mass support because they meet mass demands" (Gevers et al. 2000: 305). Dermed kan det være mulig å oppnå høyere oppslutning når en velferdstjeneste kommer alle i befolkningen til gode.

Støtten til helsevesenet har ikke vært like stor i Irland, noe som muligens kan relateres til at helsevesenet ikke har samme dekningsgrad som i Storbritannia (Wendt, Kohl, Mischke & Pfeifer 2010; Gevers et al. 2000). I en studie ble det understreket at personlige kjennetegn (slik som sosiale klasse) hadde størst betydning i Irland når det gjaldt hvilke holdninger innbyggerne hadde til helsevesenet (Wendt et al. 2010: 188-189). Det har videre blitt satt i sammenheng med at det irske helsevesenet er mer heterogent og derfor vanskeligere å klassifisere enn det britiske (Wendt et al. 2010: 189; Nolan & Smith 2012). Til tross for dette finnes det også likhetstrekk mellom helsevesenet i de to landene (Bambra 2005a, 2005b). Israel har tidligere ikke vært inkludert i så mange studier, sannsynligvis fordi data ikke har vært tilgjengelig (Huijts et al. 2010). Overordnet sett gir ikke de eventuelle holdningsforskjeller i de liberale landene noe utslag for helseforskjeller mellom politiske grupperinger i det liberale regimet. Det er vanskelig å trekke en klar parallell mellom de enkelte velferdsholdningene og den konkrete helseatferden. De kan nødvendigvis bare gi noen antydninger om hvorfor politisk ideologi ikke har betydning på individnivå i de liberale landene. Det er også en grunn til å inkludere politisk ideologi som variabel i videre studier om helse og helseforskjeller.

Et spenningsmoment er knyttet til videre utvikling innenfor det britiske helsevesenet. I juli 2010 lanserte samarbeidsregjeringen til David Cameron en stortingsmelding med tittelen *Equity and excellence: Liberating the NHS* (Department of Health 2010). De fleste av disse endringene trådte i kraft 1. april 2013 (Department of Health 2013; NHS 2013). Endringene

innebærer blant annet at helsetjenestene som tidligere har vært knyttet til NHS, vil bli åpnet for konkurranse fra private leverandører (NHS 2013). En lederartikkel i *Lancet* har uttrykt at en slik reform vil innebære "The end of the National Health Service" (*Lancet* 2011). Et sentralt spørsmål vil være hva denne reformen vil innebære på sikt. Det gjenstår å se om den vil skape tydeligere helseforskjeller mellom politiske grupperinger i det liberale regimet.

5.3 Tidligere Sovjetrepublikker

Noe av det som skiller seg ut i den deskriptive statistikken, er den svært høye prevalensen av dårlig helse i de tidligere Sovjetrepublikkene (tabell 4.1 og tabell 4.3-4.5, vedlegg 1-3). Dette er i overensstemmelse med andre studier (se f.eks. Bobak, Pikhart, Hertzman, Rose & Marmot 1998; Bobak, Pikhart, Rose, Hertzman & Marmot 2000; Carlson 1998).

Prevalensratene synes å følge et tidligere mønster: Forekomsten av dårlig helse har vært svært høy i Russland (Bobak et al. 1998) og Ukraina (Gilmore, McKee & Rose 2002). Denne andelen har også vært høy for Estland (Leinsalu 2002), men noe lavere sammenliknet med de foregående landene. Prevalensratene gir en pekepinn på at helseforholdene er dårlige i dette regimet, noe som tidligere studier har bekreftet (Huijts et al. 2010).

Videre er det også observert klare helseforskjeller mellom politiske grupperinger i tidligere Sovjetrepublikker. Regimet har de største absolutte forskjellene og de nest største relative forskjellene (tabell 4.5, vedlegg 3 og tabell 4.2). Dette funnet var ikke umiddelbart i samsvar med forventningene. Siden arven fra kommunismen har blitt antatt å være ekstra sterk i dette regimet (Huijts et al. 2010) skulle en også tro at likhetsorientering hadde stått ekstra sterkt i disse landene. Slik sett hadde det vært grunn til å forvente at den politiske ideologien hadde hatt mindre betydning for egenvurdert helse. Imidlertid peker resultatet i retning av det motsatte. I dette tilfellet er det derfor mulig å forstå den politiske ideologien som en markør for en mer helsefremmende livsstil (jf. Subramanian et al. 2009). Et slikt perspektiv kan innebære at de som plasserer seg på høyresiden, har en sunnere livsstil sammenliknet med de som plasserer seg på venstresiden. Dette har vært et generelt funn i enkelte studier (Dorling et al. 2001; Kelleher et al. 2002; Subramanian & Perkins 2010).

En mulighet er å sette livsstiler i sammenheng med den kommunistiske arven (Cockerham, Snead & DeWaal 2002; Cockerham, Hinote, Cockerham & Abbot 2006). I studien til Cockerham et al. (2002) ble livsstilene til sterke tilhengere (pro-sosialister) og motstandere

(anti-sosialister) av kommunismen i Russland sammenliknet. De som ønsket seg tilbake til den sosialismen som eksisterte før Mikhail Gorbatsjov, ble sammenliknet med de som støttet den nåværende politiske og økonomiske kursen eller vedtak av andre reformer. Ingen av disse gruppene hadde en spesielt sunn livsstil i utgangspunktet. Allikevel hadde pro-sosialister signifikant verre levevaner enn anti-sosialister. Pro-sosialistenes manglende evne til å ta ansvar for egen helse har blitt koblet til den ideologien som den statlige sosialismen forfektet (Cockerham et al. 2002, 2006). Helseatferd var et aspekt som i stor grad ble ignorert av den kommunistiske staten, mens satsingen i stor grad fokuserte på å forbedre folkehelsen gjennom bedre sanitære forhold og økt tilgang til medisinsk behandling (Cockerham et al. 2006: 1800). Det ble etter hvert postulert at sosialismen hadde avskaffet klasseforskjeller og følgelig at helsen i befolkningen ikke var knyttet til de sosiale forskjellene (Cockerham et al. 2006: 1800).

På bakgrunn av dette kunne befolkningen i større grad bli passivisert. Det ble ikke anerkjent at medisin hadde sine begrensninger, at individer var ansvarlig for sin egen helse og at livsstiler kunne forårsake eller forhindre sykdommer (Cockerham 1999: 78). Det var usannsynlig at denne situasjonen skulle endre seg mye etter kommunismens fall, ettersom det manglet etablerte normer for helsefremmende atferd (Cockerham et al. 2006: 1801). En negativ helseatferd holdt ikke bare fram, men den økte også i takt med de brå økonomiske endringene som skjedde i overgangen til en markedsøkonomi (Men, Brennan, Boffetta & Zaridze 2003).

Det er verdt å understreke hvordan helseforholdene endret seg i denne perioden. For det tidligere Sovjetunionen og de tilhørende kommunistblokklandene er det plausibelt at økonomiske og politiske utviklingstrekk har hatt betydning for befolkningens helse (Blaxter 2010: 107). Disse landene opplevde voldsomme sosiale og økonomiske omveltninger, med tilhørende inflasjon, arbeidsledighet, stress og usikkerhet. I Russland og de europeiske landene som tilhørte Sovjetunionen, oppstod det en dramatisk forverring i helsesituasjonen, hvor betegnelser som "dødelighetskrise" har vært benyttet (Walberg, McKee, Shkolnikov, Chenet & Leon 1998; Carlson 1998). En klar indikator på dette er hvordan den forventede levealderen endret seg dramatisk i løpet av noen få år. I Russland gikk den forventede levealderen mellom 1989 og 1994 ned med mer enn 6,7 år for menn (til 57,5 år) og 3,4 år for kvinner (til 71,2 år) (Notzon et al. 1998). En analyse av den årsaksspesifikke dødeligheten

identifiserte hjerterelaterte sykdommer, slag, og eksterne årsaker som ulykker, skader og selvmord blant middelaldrende. Dette var noen av de viktigste årsakene til nedgangen i levealder (Bobak et al. 1998; Notzon et al. 1998).

Det har blitt diskutert flere medvirkende årsaker til denne utviklingen, slik som helseatferd preget av et høyt tobakks- og alkoholforbruk (Peto, Lopez, Boreham, Thun & Heath 1992; Leon et al. 1997). Mangler ved helsevesenet har også blitt trukket fram (Bobak & Marmot 1996; Wnuk-Lipinski & Illsley 1990). I tillegg har kriminalitet og vold og en økende økonomisk ulikhet (Walberg et al. 1998) blitt nevnt, og er også omtalt som utløsende årsaksfaktorer (Blaxter 2010). Samfunnsvitere har ofte fokusert på sosial stagnasjon og sosial uorden (Carlson 1998), og kanskje kan disse også betegnes som mer underliggende årsaksforklaringer (Blaxter 2010). Disse omfatter blant annet de alvorlige konsekvensene som følge av sosiale, politiske og økonomiske endringer. Dette kan være utestenging fra politisk deltakelse, et høyt frustrasjonsnivå som følge av sosiale forandringer, og en opplevelse av mangel på kontroll over livet (Bobak et al. 1998).

Når det gjelder forskjeller i helseatferd mellom politiske grupperinger, påpeker Cockerham et al. (2002) hvordan pro-sosialister hadde større sannsynlighet for å drikke alkohol oftere enn anti-sosialister. Når pro-sosialistene var gjennomsnittlig 11 år eldre enn anti-sosialistene, antyder funnet at det eksisterer et livsløp med gjentakende alkoholforbruk (Cockerham et al. 2002: 52). Dette er et viktig funn, ettersom alkoholforbruk har blitt identifisert som den viktigste årsaken til dødelighetskrisen i de tidligere Sovjetrepublikkene (McKee, Shkolnikov & Leon 2001). I tillegg er det mulig at generelt dårlige levevaner, og det at slike levevaner varierer substansielt mellom politiske grupperinger (Cockerham et al. 2002, 2006) bidrar til å skape store helseforskjeller mellom politiske grupperinger. Det vil imidlertid være spørsmål hvor mye av dette som kan fanges inn i venstre/høyreskalaen. Det trengs mer forskning for ytterligere å teste teorien om at demokrati har en positiv påvirkning på helse (Cockerham et al. 2006: 1808).

5.4 Det sosialdemokratiske regimet

For det sosialdemokratiske regimet går det fram at politisk ideologi har betydning for menns egenvurderte helse. Både de som tilhører venstresiden og sentrum har signifikant dårligere helse enn de som tilhører høyresiden. For kvinner er det ingen tilsvarende effekt.

Det kan likevel virke overraskende at politisk ideologi har betydning for egenvurdert helse i det sosialdemokratiske regimet. Siden velferdsordninger bidrar til å redusere betydningen av sosioøkonomisk posisjon (Eikemo et al. 2008a) og siden det er stor grad av oppslutning rundt disse ordningene (Andreß & Heien 2001) skulle en også kunne forvente at politisk ståsted hadde mindre betydning for egenvurdert helse.

I det sosialdemokratiske regimet blir helsevesenet stort sett forbundet med høy grad av likhet for alle innbyggere, og følgelig skulle innbyggere med dårlig helse ha mindre behov for å stemme på venstreorienterte partier (Huijts et al. 2009). Med bakgrunn i denne argumentasjonen skulle forbindelsen mellom individuell politisk ideologi og helse være svakere i det sosialdemokratiske regimet sammenliknet med andre politiske regimer. Derfor kan resultatene peke i retning av at de som har en venstreorientert ideologi, generelt rapporterer dårligere helse sammenliknet med de som plasserer seg i sentrum eller til høyre. En tolkning er at dette kan skyldes at denne gruppen har en høyere forekomst av helseskadelig atferd (Huijts et al. 2009). Muligens kan det i disse regimene eksistere en lavere grad av individuelt ansvar når det gjelder å følge opp slagordet om at "enhver er sin egen helseminister" (Høybråten 2004). Det kan være at enkelte tar mindre av dette ansvaret fordi det ligger en psykologisk trygghet i å vite at de har grei tilgang til helsehjelp ved behov.

Det blir også spekulert i om forbindelsen mellom politisk ideologi og helse i det sosialdemokratiske regimet kan skyldes en omvendt årsakssammenheng: Det vil si at de som har god helse, utvikler en høyrevendt ideologi (Huijts et al. 2010; Subramanian et al. 2009). For å finne ut av dette ville det vært nødvendig med longitudinale data²⁰, noe som foreløpig ikke eksisterer (Huijts et al. 2010).

Selv om flere kvinner i de sosialdemokratiske landene oppgir dårligere helse totalt sett, også for politisk ideologi, er de relative forskjellene høyere mellom de politiske grupperingene blant menn. Det er vanskelig å gi en entydig forklaring om hvorfor det er slik. Ser vi generelt på litteratur om velferdsholdninger, har det blant annet kommet fram at kjønn er en relevant faktor for å forklare variasjoner i disse holdningene (Svallfors 1997). I en studie av Svallfors

²⁰ Slike data er basert på gjentatte målinger av et fenomen over tid (Ringdal 2007: 127).

(1997) støttet kvinner i samtlige av de åtte undersøkte landene mer opp om statlig omfordeling og reduserte inntektsforskjeller sammenliknet med menn. Det er imidlertid vanskelig å trekke en klar parallell mellom disse velferdsholdningene og egenvurdert helsetilstand. Som nevnt kan det eksistere en større grad av helseskadelig atferd blant de som plasserer seg på venstresiden i det sosialdemokratiske regimet (jf. Huijts et al. 2009). Legger vi denne antakelsen til grunn, vil det videre være et spørsmål hvorfor dette gjelder menn og ikke kvinner.

I de tidligere Sovjetrepublikkene har det blitt påpekt at de som defineres som pro-sosialister har dårligere helse sammenliknet med anti-sosialister (Cockerham et al. 2002, 2006). Så vidt jeg kjenner til, har det ikke blitt trukket en liknende konklusjon for de sosialdemokratiske landene når det gjelder politisk ideologi.²¹ I en studie som har undersøkt helseforskjeller mellom kjønn i velferdsregimer (Bambra et al. 2009), har det kommet fram at kvinner i de nordiske landene oppgir dårligere helse enn menn. Politisk ideologi er imidlertid ikke en variabel som har blitt undersøkt spesifikt i denne konteksten. Dermed er det kun mulig å spekulere hva som kan være årsaken til at helseforskjellene mellom politiske grupperinger bare gjelder for menn i de sosialdemokratiske landene. I enkelte studier finnes det noe støtte for at omfanget av sosiale ulikheter varierer, hvor kvinner har mindre brattere gradienter enn menn langs flere mål på sykdom (Stronks, van de Mheen, van den Bos & Mackenbach 1995). Derfor kan de generelle helseulikhetene være mindre blant kvinner enn de er blant menn. Slike kjønnsforskjeller i helse har blitt forklart med blant annet biologiske, atferdsrelaterte og psykologiske trekk (Verbrugge 1989). Det er vanskelig å se for seg at det skal være store biologiske helseforskjeller ut fra hvordan kvinner og menn plasserer seg politisk. Det ville også ha vært vanskelig å argumentere for at slike biologiske helseforskjeller vil eksistere i det sosialdemokratiske regimet, men ikke i et annet politisk regime.

De sosialdemokratiske landene har tradisjonelt blitt oppfattet som en av de mest framgangsrike når det gjelder likestilling (Bambra 2007c; Esping-Andersen 1999; Korpi 2000). Dermed kunne en forvente at kjønnsforskjellene i egenvurdert helse var relativt mindre i disse landene. Imidlertid har Bambra et al. (2009) vist at disse forskjellene ikke er mindre i

²¹ Det er for eksempel ikke slått fast en slik entydig sammenheng i Subramanian et al. (2009) og Huijts et al. (2009, 2010), selv om det antydes noen årsakssammenhenger om hvordan politisk ideologi kan påvirke helse.

det sosialdemokratiske regimet, men at det er en vesentlig større andel kvinner som oppgir dårlig helse sammenliknet med menn.

Det er imidlertid mulig at graden av likestilling i det sosialdemokratiske regimet kan antyde noe om hvorfor helseforskjellene mellom de politiske grupperingene ikke bikker i menns favør. Eksempelvis kan relativt gode velferdsordninger i de sosialdemokratiske landene (Esping-Andersen 1990; Coburn 2004) – og den generelt høyere oppslutningen velferdsordninger har blant kvinner (Svallfors 1997) – bidra til å forklare hvorfor det ikke er klare helseforskjeller ut fra hvor kvinner plasserer seg politisk. Forskjeller i levevaner og livsstil har generelt vært trukket fram som en årsak til helseforskjeller mellom kvinner og menn (Waldron 2000). Siden politisk ideologi kan forstås som en markør på helseatferd (Subramanian et al. 2009), kan det allikevel hende den vil ha størst betydning for menn. Forklaringen kan være at menn tradisjonelt har hatt en mer helseskadelig atferd (Waldron 2000), og at politisk ideologi har størst potensialet for å moderere den helseskadelige atferden blant menn. Selv om en slik forklaring vil være spekulativ, antyder den noen mulige årsaksmekanismer hvor politisk ideologi kan ha betydning. Å finne empirisk belegg for disse årsaksmekanismene bør gjøres i videre undersøkelser.

5.5 Sør-Europa

I Sør-Europa utgjør prevalensen av dårlig helse 36,8 %. For kvinner er denne andelen omtrent 10 % høyere enn menn, noe som er i overensstemmelse med tidligere funn (Eikemo et al. 2008b). Absolutte helseforskjeller mellom politiske grupperinger er omtrent ikke-eksisterende i dette regimet (tabell 4.5, vedlegg 3). Det er heller ikke relative helseforskjeller blant kvinner. Derimot forekommer slike helseforskjeller blant menn.

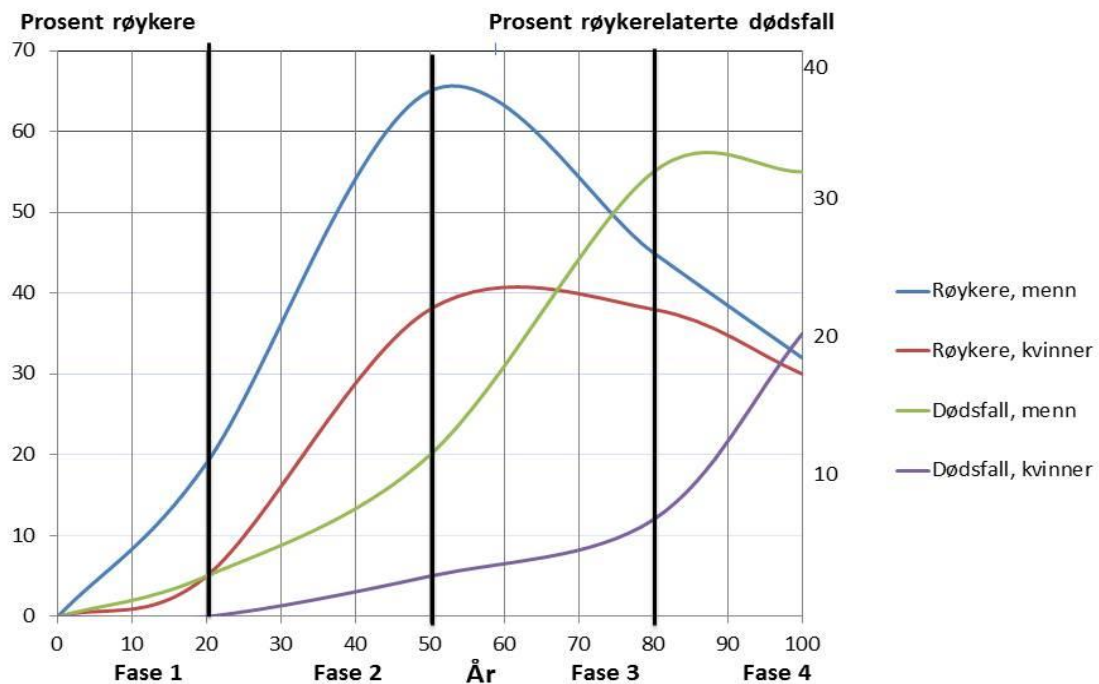
Opprinnelig ble det lansert ulike forklaringer om politisk ideologi ville ha betydning for egenvurdert helse, med bakgrunn i særtrekkene til de europeiske landene (Ferrera 1996). En av hypotesene var at det ville være klare helseforskjeller mellom de politiske ideologiene i befolkningen. Dette ble begrunnet med det skarpe skillet mellom de som har generøse velferdsgoder og de som lever på et minimum, og at de med en mer høyreorientert ideologi ville være best stilt i befolkningen. Den alternative hypotesen gikk ut på at de søreuropeiske landene hadde en annen politisk kultur sammenliknet med de andre vestlige regimene. Siden analysen har vist at det er helseforskjeller mellom de politiske grupperingene blant menn –

men ikke blant kvinner – er det kanskje grunn til å stille spørsmål ved hvor mye disse forklaringene kan bidra med. Det er for eksempel vanskelig å forklare hvorfor skillet mellom generøse og magre velferdsytelser kun skal ha betydning for helseforskjeller mellom politiske grupperinger blant menn. Videre er det klart at kvinner og menn plasserer seg ganske likt innenfor venstresiden, sentrum og høyresiden (tabell 4.7, vedlegg 5).

Fokuset på politisk ideologi kan dermed ha en begrenset forklaringskraft, isolert sett. En mulig innfallsvinkel kan være å se nærmere på andre faktorer som skiller de søreuropeiske landene fra de andre landene i Europa. Helseundersøkelser omkring sykdomsbilde og dødelighet kan bidra til å belyse dette. En komparativ undersøkelse har påpekt at utdanningsrelaterte ulikheter i dødelighet er mindre enn gjennomsnittet for Europa i alle de søreuropeiske befolkningene (Mackenbach et al. 2008). For både menn og kvinner er det mindre ulikheter relatert til hjerte- og karsykdommer. Det har vært større utdanningsrelaterte ulikheter i røyking i nordlige, vestlige og kontinentale regioner, mens disse ulikhetene har vært mindre i de sørlige regionene (Mackenbach et al. 2008). Blant kvinner i Sør-Europa har det også blitt påvist omvendte helseulikheter, hvor røyking er mer utbredt i grupper med høyere utdanning (Cavelaars 2000; Mackenbach et al. 2008). Dermed framgår et omvendt røykemønster i Sør-Europa sammenliknet med Nord-Europa. Det har også blitt funnet et liknende mønster for nord-sør blant menn, men dette er ikke fullt så merkbart som blant kvinner (Cavelaars et al. 2000).

Det kan gis en overordnet forklaring på hvorfor røykemønsteret varierer i europeiske land. Flere studier har vist at røyking sprer seg til populasjoner som en epidemi med fire faser (Lopez, Collishaw & Piha 1994; Cavelaars et al. 2000) (se figur 5.1). I fase 1 blir røyking regnet for å være eksotisk. Det er en vane som hovedsakelig er forbeholdt menn og de med høy sosioøkonomisk posisjon. Denne fasen har en varighet på 10 til 20 år. I fase 2 blir røyking stadig mer vanlig. Røykeprevalensen når et toppunkt for menn på mellom 50 til 80 %. Andelen røykere stiger også blant kvinner, men er betydelig lavere enn blant menn. Røykeprevalensen er ganske likt fordelt blant de sosioøkonomiske gruppene, muligens litt høyere blant de gruppene med høyere sosioøkonomisk posisjon. Denne fasen har en varighet på 20 til 30 år. I fase 3 synker røykeprevalensen rundt 40 % fordi flere menn slutter å røyke, spesielt i de høyere sosiale gruppene. Røykeprevalensen for kvinner når en topp på mellom 35 til 45 % i denne fasen. Mot slutten av denne fasen begynner også deres røykeprevalens å

synke. Den tredje fasen varer omkring 30 år. I fase 4 fortsetter røykeprevalensen å synke for både kvinner og menn. Røyking blir stadig mer en vane som tilhører lavere sosiale grupper. I løpet av røykeepidemien har det oppstått en reversering fra en positiv til en negativ sammenheng mellom sosioøkonomisk posisjon og røyking (Lopez et al. 1994; Cavelaars et al. 2000).



Figur 5.1: En modell som beskriver røykeepidemiens fire faser.

Kilde: Basert på Lopez, Collishaw & Piha (1994: 246).

Tidligere studier har vist at de søreuropeiske landene befinner seg i en tidligere fase av røykeepidemien sammenliknet med Nord-Europa (Lopez et al. 1994; Graham 1996; Huisman, Kunst & Mackenbach 2005b). Hypotesene går ut på at de søreuropeiske landene er i fase 2 (Portugal) eller i begynnelsen på fase 3 (f.eks. Spania), mens de fleste av de nordeuropeiske landene er i slutten av fase 3 eller har nådd fase 4 (Graham 1996; Cavelaars et al. 2000; Huisman et al. 2005b). Funnt om utdanningsrelaterte ulikheter i røyking, hvor det eksisterer omvendte røykegradienter blant kvinner i Sør-Europa, men klare røykegradienter for både menn og kvinner i Nord-Europa, bidrar til å støtte denne hypotesen (Cavelaars et al. 2000).

Ettersom den omvendte røykeprevalensen i Sør-Europa er såpass tydelig blant kvinner, kan den være en indikasjon på hvorfor politisk ideologi ikke har betydning for helseforskjeller blant kvinner. Politisk ståsted ser derfor ikke ut til å forklare røykeprevalens blant kvinner. Det kan muligens betegnes som en del av kulturelle faktorer, at kvinner i større grad lar være å begynne å røyke (Mackenbach et al. 2008). Disse kulturelle faktorene kan ha bidratt til å forhindre at forskjeller i tilgang til materielle ressurser og andre ressurser, har utviklet seg til sosiale helseulikheter i risikorelatert livsstil og helseatferd (Mackenbach et al. 2008: 2479). Dersom vi legger denne forklaringen til grunn, vil det være et spørsmål om det vil oppstå mer tradisjonelle helseforskjeller mellom sosioøkonomiske grupper dersom røykemønsteret endres vesentlig i løpet av de kommende årene.

5.6 Helseforskjeller mellom politiske regimer

De foregående delkapitlene har beskrevet helseutfall i de politiske regimene. Ut fra dette er også mulig å peke på helseforskjeller mellom de ulike regimene (se tabell 5.1). Når det gjelder prevalens av dårlig helse, er denne størst i tidligere Sovjetrepublikker og minst i det liberale regimet. Selv om prevalensen av dårlig helse er lavest i det liberale regimet, er den ikke særlig høyere i det sosialdemokratiske og det kristendemokratiske regimet. Det er også i samsvar med studier som har funnet små forskjeller mellom de vestlige regimene i helseutfall (Huijts et al. 2010). For Sør-Europa er prevalensen av dårlig helse gjennomsnittlig litt høyere enn i de vestlige regimene. Dette er en konsekvens av at denne andelen er høyere blant kvinner. I Øst-Europa er prevalensen av dårlig helse høyere sammenliknet med de vestlige regimene og Sør-Europa. Disse resultatene stemmer også bra med tidligere funn (Eikemo et al. 2008b).

Tabell 5.1: Oversikt over helseutfall etter politiske regimer.

Regimer	Prevalenser	Absolutte forskjeller	Relative forskjeller
Liberalt	- - (1)	0 (3)	- - (1)
Kristendemokratisk	0 (3)	- (2)	0 (3)
Sosialdemokratisk	- (2)	+ (4)	+ + (6)
Sør-Europa	0 (4)	- - (1)	- (2)
Øst-Europa	+ (5)	+ + (5)	0 (4)
Tidligere Sovjetrep.	+ + (6)	+ + (6)	+ (5)

Merknad: Tabellen benytter -/0/+ for å indikere henholdsvis minste, gjennomsnittlige og største verdier etter helseutfall. Tallene er rangert slik at de går fra den laveste verdien på helseutfallene (1) til den høyeste (6). Tabellen inkluderer resultater for begge kjønn.

Det er også variasjoner i helseulikheter mellom de ulike regimene. Helseulikheter etter politisk ideologi viser at de største absolutte ulikhetene finnes i tidligere Sovjetrepublikker, mens disse ulikhetene er minst i Sør-Europa. Store absolutte helseforskjeller finnes også i Øst-Europa. De absolutte forskjellene er videre små i det liberale og det kristendemokratiske regimet. Disse forskjellene er også små for kvinner i det sosialdemokratiske regimet. Imidlertid er det store absolutte helseforskjeller for menn i dette regimet. Avviket i det sosialdemokratiske regimet kan karakteriseres som overraskende, samtidig peker det mot de relative helseforskjellene som eksisterer mellom politiske grupperinger i de politiske regimene.

De relative helseforskjellene mellom politiske grupperinger har vært minst i det liberale regimet og størst i det sosialdemokratiske regimet blant menn. Slike helseforskjeller er også små blant kvinner i Sør-Europa, mens de er mer gjennomsnittlige blant menn. Helseforskjeller mellom politiske grupperinger er ganske store blant menn i det kristendemokratiske regimet, mens de er mindre blant kvinner. I Øst-Europa eksisterer det også slike helseforskjeller, men de er mer gjennomsnittlige. I det følgende vil de relative forskjellene som har vært minst og størst, bli diskutert.

Funnet om at politisk ideologi har betydning for egenvurdert helse i det sosialdemokratiske regimet, men ikke i det liberale regimet, har ikke vært i overensstemmelse med forventningene. Det er vanskelig å si hvorfor et offentlig helsevesen skal ha en negativ virkning på helseatferd i det sosialdemokratiske regimet, men ikke i det liberale. På dette området er det behov for grundigere undersøkelser. I en litteraturstudie om velferdsholdninger (Jakobsen, Aalberg & Heggem 2012: 345) påpekes det at fellesnevneren for flere av studiene er å anta at institusjonelle forskjeller mellom land innenfor én regimetype og de som tilhører en annen type, vil påvirke befolkningens oppslutning om ulike politiske løsninger. Dermed kunne en forvente at de liberale landene ville ha foretrukket private løsninger når det gjelder sosial risiko. Allikevel understreker litteraturstudien at det er lite støtte til den såkalte regimehypotesen (Jakobsen et al. 2012: 345). En studie demonstrerte for eksempel at den høyeste støtten til velferd var i det liberale regimet, mens støtten ikke var så høy som forventet i det sosialdemokratiske regimet (Gelissen 2000: 299). Dette funnet bryter også med mer etablerte forestillinger om velferdsholdninger. Eksempelvis er det beskrevet hvordan

støtten til velferdsytelser har vært minst der hvor velferdsutgiftene har vært minst (Esping-Andersen 1990: 33).

Imidlertid peker det i retning av at forholdet mellom regimetype og opinion ikke alltid trenger å være veldig klart. De foregående studiene (Jakobsen et al. 2012; Gelissen 2000) har sett på velferdsholdninger, men ikke koblet disse holdningene mot politisk ideologi og helse.

Allikevel kan de gi en indikasjon på at faktiske helseforskjeller mellom politiske grupperinger i ulike politiske regimer kan være annerledes enn forventet. Det har som nevnt vært debatt rundt klassifiseringen av politiske regimer. Tabell 4.7 (vedlegg 5) viser at et lands politiske regime ikke trenger å sammenfalle med den politiske ideologien til innbyggerne i landet. For eksempel demonstreres det at et flertall i de liberale landene plasserer seg i sentrum, mens andelen som plasserer seg på høyresiden, ikke er spesielt høy. Det antyder også at innbyggere i de liberale landene ikke nødvendigvis har "klassiske" høyrevendte holdninger med hensyn til å foretrekke private løsninger for sosial risiko (jf. Jakobsen et al. 2012). Dermed trenger det heller ikke å være betydelige helseforskjeller mellom ulike politiske grupperinger. I tillegg går det fram at andelen respondenter med en høyreorientert ideologi er høyest i det sosialdemokratiske regimet, som tradisjonelt har blitt regnet for å føre en mer venstreorientert politikk sammenliknet med de andre vestlige regimene. Derfor synes det klart at politiske regimer er noe mer enn bare summen av individuelle verdier og preferanser (jf. Huijts et al. 2009).

5.7 Utdanningsforskjeller etter politisk ideologi

Et hovedmønster er at utdanning ikke har nevneverdig betydning for helseforskjeller ut fra politisk ideologi i de politiske regimene. Resultatene viser bare små prosentvise endringer når utdanning blir lagt til som variabel i modellene (tabell 4.2). Det er flere grunner til at dette kan virke overraskende. På et overordnet nivå har det blitt påvist en klar sammenheng mellom utdanning og helse (Cavelaars et al. 1998; Silventoinen & Lahelma 2002). Eksempelvis har det også framgått en tydelig forbindelse mellom utdanning og egenvurdert helse (Krokstad & Westin 2001). Videre har utdanningsforskjeller i helse variert mellom europeiske land (Huisman et al. 2003, 2005; Knesebeck et al. 2006), mens helseulikheter har variert mellom europeiske velferdsregimer (Eikemo et al. 2008b).

Til tross for disse funnene, har ikke utdanning vist seg å ha vesentlig forklaringskraft når politisk ideologi allerede har blitt inkludert i regresjonsmodellen. Det antyder at utdanning har mindre betydning for hvor folk plasserer seg på politisk på venstre/høyre-skalaen. De teoretiske perspektivene om hvordan utdanning påvirker ideologi, har som nevnt trukket i ulike retninger (se også kapittel 2.11). Tesen om egeninteresse har for eksempel hevdet at det er en direkte sammenheng mellom posisjonen en har i den sosiale strukturen og de holdningene en har (d'Anjou et al. 1995: 357). Etter en slik tankegang kunne de som er bedre stilt, være mindre opptatt av likhet, og argumentere mer for nødvendigheten av ulikhet. Sett i sammenheng med at utdanning er et mål på sosioøkonomisk posisjon (Galobardes et al. 2006; Ross & Wu 1995; Knesebeck et al. 2006) kunne det derfor være naturlig å gå ut fra at de med høyere utdanning i større grad vil plassere seg politisk til høyre. Samtidig vil ideogitesen (d'Anjou et al. 1995: 359) kunne bidra til å nyansere tesen om egeninteresse: Denne har hevdet at det ikke er en direkte sammenheng mellom folks posisjon i lagdelingsstrukturen og deres holdninger, men at denne effekten blir mediert av folks ideologiske ståsted (d'Anjou et al. 1995: 359). Som en annen innfallsvinkel har opplysningstesens hevdet at utdanning vil bidra til å øke støtten til sosial likhet og sosiale rettigheter (Robinson & Bell 1978: 129).

Med bakgrunn i opplysningstesens kunne en forvente at de på venstresiden hadde bedre helse sammenliknet med på høyresiden. Resultatene viser imidlertid et motsatt mønster, hvor de på høyresiden har gjennomsnittlig bedre helse enn de på venstresiden. Hvis tesen om egeninteresse var riktig skulle utdanning ha bidratt til å redusere helseforskjeller mellom politiske grupperinger i ulike politiske regimer. Resultatene viser at dette ikke har skjedd i nevneverdig grad. Selv om utdanning har blitt framhevet som et sentralt mål på sosioøkonomisk posisjon (Galobardes et al. 2006; Ross & Wu 1995; Knesebeck et al. 2006), gir ikke resultatene noe tilsvarende grunnlag for å hevde at utdanning er et mål på politisk ståsted. En mulig tolkning er at ideogitesen overordnet vil gi et mer riktig bilde av virkeligheten. Dermed kan ikke politisk ideologi, og helseforskjeller mellom ulike politiske grupperinger, utelukkende forstås som en funksjon av utdanningsnivå.

Imidlertid kan resultatene også indikere at politisk ideologi har selvstendig forklaringskraft som en egen variabel. Det er derfor grunn til å spørre hva politisk egenplassering på venstre/høyre-skalaen kan være et mål på. Eksempelvis kan folks oppfatninger av venstre/høyreskalaen både inkludere gamle og nye skillelinjer innenfor verdiperspektiver

(Knutsen 1995). Et eksempel på en gammel skillelinje kan være motsetningen mellom venstrematerialisme og høyrematerialisme. Denne skillelinjen var knyttet til industri og økonomisk ulikhet, med forskjell i tilgang til produksjonsmidlene som et sentralt element, hvor venstresiden og høyresiden hadde ulike syn på nødvendigheten av en markedsøkonomi (Knutsen 1995: 65). Samtidig som slike gamle skillelinjer eksisterer i en viss grad, har det også kommet til nye skillelinjer innenfor verdiperspektiver, slik som materielle og postmaterielle verdier (Knutsen 1995: 66; Inglehart 1990: 289). Mens materielle verdier i større grad fokusert på egeninteresse og ulikhet, vil postmaterielle verdier sentrere mer rundt likhet og solidaritet (Inglehart 1977, 1990; Gelissen 2000). Den økonomiske betydningen av venstre og høyre har derfor ikke forsvunnet, men blir supplert med nye saker og verdiorienteringer (Knutsen 1995: 67).

Med bakgrunn i dette kan det argumenteres for at plasseringen på venstre/høyre-skalaen ikke utelukkende handler om politiske partipreferanser, men at det snarere kan forstås som en markør for en mer helhetlig ideologi (Knutsen 1995: 86-87). Dermed er det mulig at politisk ideologi kan være en markør for flere holdninger, verdier og oppfatninger (Subramanian et al. 2009). Dette kan omfatte både religiøsitet, deltakelse i sosiale og samfunnsrelaterte aktiviteter (Subramanian et al. 2009). For eksempel kan religiøse grupper og individer ha en sunn helseatferd, ettersom trosretningene kan påvirke kosthold, alkoholforbruk, røyking og fysisk aktivitet i positiv retning (Cockerham et al. 2006; Brown, Parks, Zimmerman & Phillips 2001). I tillegg til religiøsitet kan deltakelse i sosiale og samfunnsrelaterte aktiviteter også gi føringer for betydningen av individuelt ansvar (Subramanian et al. 2009). Det er vanskelig å si i hvilken grad slike årsaksmekanismer påvirker helseforskjellene mellom de politiske regimene. Det er imidlertid usannsynlig at politisk ideologi har en direkte årsakssammenheng på helse (Huijts et al. 2010). Dermed kan noen av de nevnte årsaksmekanismene synliggjøre hvorfor politisk ideologi har god forklaringskraft som variabel.

6 Konklusjon

Denne masteroppgaven har fokusert på hvordan politisk ideologi påvirker helseforskjeller i og mellom politiske regimer, og hvor stor betydning utdanning har hatt for disse forskjellene. På et individnivå går det fram at respondenter med en mer høyreorientert ideologi, og de som plasserer seg innenfor sentrum og høyresiden, generelt oppgir bedre helse sammenliknet med de som har en mer venstreorientert ideologi. Dette stemmer bra med tidligere funn. Imidlertid viser analysen at betydningen av politisk ideologi i forhold til sosiale helseforskjeller varierer mellom politiske regimer. I tillegg har politisk ståsted ulik betydning for helseforskjeller blant kvinner og menn. På et aggregert nivå varierer prevalensen av dårlig helse mellom politiske regimer. Her går det et hovedskille mellom Øst-Europa og tidligere Sovjetrepublikker på den ene siden og de andre regimene på den andre siden. Det er små forskjeller i prevalensen av dårlig helse i sosialdemokratiske, kristendemokratiske, liberale og søreuropeiske land. Prevalensen av dårlig helse er størst i tidligere Sovjetrepublikker og minst i det liberale regimet. De relative helseforskjellene mellom politiske grupperinger er størst blant menn i det sosialdemokratiske regimet, mens de er minst i det liberale regimet. I tillegg er det små relative helseforskjeller blant kvinner i Sør-Europa. Tidligere Sovjetrepublikker hadde henholdsvis de største absolutte helseforskjellene og de nest største relative helseforskjellene etter politisk ståsted.

Dårlig helse i tidligere Sovjetrepublikker har blitt satt i sammenheng med de store økonomiske, politiske og sosiale omveltningene som oppstod i kjølvannet av oppløsningen av Sovjetunionen. Konsekvensen av disse endringene førte til et høyt frustrasjonsnivå og en følelse blant innbyggerne av å mangle evnen til å kontrollere livene sine. På den måten har hendelser på kontekstuell nivå resultert i dårlig helse. Samtidig har de relative og absolutte helseforskjellene mellom høyre- og venstresiden pekt i retning av ulik helseatferd mellom de politiske grupperingene. Den dårlige helseatferden på individnivå har imidlertid også blitt koblet til en statlig ideologi som har bidratt til å neglisjere individuelt ansvar for egen helse. På den måten er det en sammenheng mellom det individuelle og det kontekstuelle nivået.

Til tross for små forskjeller i dårlig helse blant de vestlige regimene, er den laveste andelen i det liberale regimet. Dette funnet har framstått litt overraskende med tanke på tradisjonelle beskrivelser av dette regimet. I tråd med at det dreier seg om europeiske land, har betydningen av et offentlig finansiert helsevesen blitt trukket fram som en mulig årsak. På kontekstnivå

kan denne faktoren bidra til å redusere en negativ helseeffekt av de strenge kravene til sosiale ytelser som ellers er tilstede i dette regimet.

Imidlertid har også helseforskjellene mellom de politiske grupperingene (høyre-venstre) vist seg å være minst i det liberale regimet. Dette funnet har stått i kontrast til de forventningene som ble utformet. Det har blitt antydnet at det kan eksistere en større grad av individualisme blant innbyggerne i det liberale regimet sammenliknet med andre politiske regimer, uavhengig av hvor de plasserer seg politisk. Dermed kan det også hende at de tar et større personlig ansvar for egen helse. Ideologi på individnivå kan dermed ha en mulig helsefremmende effekt. Det er samtidig påpekt at det ikke trenger å være samsvar mellom regimetype og hvordan innbyggerne i tilhørende land plasserer seg politisk. Andelen som regner seg til høyresiden er ikke spesielt høy i det liberale regimet. I tillegg understrekes det at helsevesenet som i stor grad er rettet mot hele befolkningen, kan være en årsak til at det er mindre helseforskjeller etter politisk ståsted.

Det er også demonstrert små helseforskjeller mellom politiske grupperinger i Sør-Europa. Dette gjelder imidlertid kun for kvinner. Derfor er det tvilsomt om disse små forskjellene kan forklares gjennom særtrekk ved den politiske kulturen i Sør-Europa, som inkluderer et stort skille i nivået av velferdsytelser. Plasseringen på venstre/høyre-skalaen er også ganske likt fordelt mellom kvinner og menn. Betydningen av politisk ideologi blir dermed tilført begrenset forklaringskraft. Det er videre antydnet at de små helseforskjellene blant kvinner kan forklares ved hjelp av et annet mønster for sykdom og dødelighet i Sør-Europa, sammenliknet med de andre europeiske landene. For eksempel eksisterer det mindre sosiale ulikheter i røyking i Sør-Europa sammenliknet med andre deler av Europa. For kvinner er det også en omvendt gradient i røykeprevalens, hvor røyking er mer utbredt i grupper med høyere utdanning. Dette kan også være en mulig årsak hvorfor det eksisterer mindre helseforskjeller mellom politiske grupperinger blant kvinner. Dermed blir helseatferd på individnivå framhevet som en viktig forklaring på mindre helseforskjeller i dette regimet. Samtidig blir Sør-Europa plassert i en tidligere fase av røykeepidemien sammenliknet med Nord-Europa. Dette gjør at den individuelle helseatferden suppleres med en forklaring på kontekstuelet nivå.

Det framstår overraskende at de største relative helseforskjellene mellom høyre og venstre eksisterer i det sosialdemokratiske regimet, selv om dette gjelder kun for menn. Funnet har

ikke vært i samsvar med de opprinnelige forventningene. En av forklaringene har gått ut på at de som har plassert seg på venstresiden, har dårligere helseatferd sammenliknet med de på høyresiden. Siden menn generelt har hatt dårligere levevaner enn kvinner er det også spekulert i om det derfor kan være større helseforskjeller etter politisk ideologi blant menn. Ut fra dette kan politisk ideologi derfor være en markør på helsefremmende eller helseskadelig atferd. Resultatene fra dette regimet blir dermed forsøkt forklart ut fra et individuelt perspektiv. Det er også et flertall innenfor det sosialdemokratiske regimet som plasserer seg på høyresiden, sammenliknet med de andre regimene.

Det har videre blitt klart at utdanning ikke har nevneverdig betydning for helseforskjeller mellom politiske grupperinger i de politiske regimene. Dette funnet framstod også overraskende. Det har tidligere blitt påvist en klar sammenheng mellom utdanning og helse. Den deskriptive statistikken viste klare forskjeller i egenvurdert helse mellom de ulike utdanningsgruppene. Til tross for dette bidrar ikke utdanning til å forklare særlig mer av de helseforskjellene som allerede er forklart gjennom politisk ideologi. Det blir derfor påpekt at utdanning ikke kan regnes som et mål på politisk ståsted, selv om utdanning er et mye brukt mål på sosioøkonomisk posisjon. Samtidig understrekes det også at politisk ideologi er en variabel med selvstendig forklaringskraft. Venstre/høyre-skalaen kan dermed gi uttrykk for en mer helhetlig ideologi, og muligens påvirke helsefremmende og helseskadelig atferd. Et slikt perspektiv bidrar også til å styrke den individuelle betydningen av politisk ideologi for helseforskjeller.

Avslutningsvis må det anføres at det er vanskelig å tallfeste individuell (høyre-venstre) og kontekstuell (regime) betydning for helseforskjellene. De klare forskjellene i egenvurdert helse i Øst-Europa og tidligere Sovjetrepublikker sammenliknet med de andre regimene, indikerer at faktorer på regimenivå er viktig som premissleverandør for befolkningens helse. Samtidig indikerer de relative helseforskjellene etter politisk ideologi i det sosialdemokratiske regimet at generelt gode velferdsytelser på regimenivå ikke alltid vil være tilstrekkelig for å forhindre helseforskjeller. Funn fra det liberale regimet antyder at strengere kriterier for sosiale ytelser ikke alltid behøver å resultere i dårligere helse og større helseforskjeller. Politisk ideologi kan på individnivå bidra i positiv eller negativ retning på helseatferd, og på den måten mediere betydningen av faktorer på regimenivå.

På bakgrunn av at det eksisterer klare variasjoner i helseforhold mellom forskjellige europeiske land, vil jeg argumentere for at det fremdeles vil være hensiktsmessig å gruppere disse landene inn i politiske regimer. Tidligere studier har argumentert for å klassifisere Øst-Europa som et eget politisk regime (Eikemo et al. 2008b; Cerami & Vanhuysse 2009). Resultatene i denne undersøkelsen peker også i retning av at det i framtidige studier kan være hensiktsmessig å skille ut tidligere Sovjetrepublikker som en egen kategori fra de østeuropeiske landene. Det kan samtidig være relevant å undersøke hvor vidt flere og mer spesifiserte helseindikatorer kan føre til andre helseutfall. Det er viktig å understreke at flere faktorer enn politiske regimer vil påvirke helse og helseforskjeller i et land (Eikemo 2009). Å kunne undersøke mer landspesifikke forhold, slik som bruttonasjonalprodukt (BNP) per innbygger og Human Development Index (HDI), vil kunne bidra til å gi et mer sammensatt bilde av hvordan helse varierer mellom de enkelte landene. Siden politisk ideologi har vist seg å ha god forklaringskraft vil jeg argumentere for å benytte denne variabelen i videre studier av helse og helseforskjeller. Videre bør politisk ideologi studeres parallelt på individnivå og kontekstuelet nivå. Det vil blant annet være viktig å finne ut hvilke mekanismer som går fra politisk ideologi til helseatferd, og hvor vidt denne betydningen kan variere i ulike kontekstuelle forhold. Ved å få mer klarhet i disse mekanismene kan det også bli lettere å redusere helseforskjeller på tvers av de europeiske velferdsstatene.

Referanser

- Adler, N.E., Boyce, T., Chesney, M.A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R.L., & Syme, S.L. et al. (1994): Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49 (1): 15-24.
- Andersen, J.G. (1999): Changing labour markets, new social divisions and welfare state support: Denmark in the 1990s. I: S. Svallfors & P. Taylor-Gooby (red.): *The End of the Welfare State? Responses to State Retrenchment* (s. 13-33). London: Routledge.
- Andreß, H.-J., & Heien, T. (2001): Four worlds of welfare state attitudes? A comparison of Germany, Norway, and the United States. *European Sociological Review*, 17 (4): 337-356.
- Arntzen, A. (2002): Mål for sosial ulikhet: Teoretiske og empiriske vurderinger. *Norsk Epidemiologi*, 12 (1): 11-17.
- Arts, W., & Gelissen, J. (2002): Three worlds of welfare capitalism or more? A state-of-the-art report. *Journal of European Social Policy*, 12 (2): 137-158.
- Bambra, C. (2004): The worlds of welfare: Illusory and gender blind? *Social Policy and Society*, 3 (3): 201-211.
- Bambra, C. (2005a): Worlds of welfare and the health care discrepancy. *Social Policy and Society*, 4 (1): 31-41.
- Bambra, C. (2005b): Cash versus services: 'Worlds of welfare' and the decommodification of cash benefits and health care services. *Journal of Social Policy*, 34 (2): 195-213
- Bambra, C. (2006a): Health status and the worlds of welfare. *Social Policy and Society*, 5 (1): 53-62.
- Bambra, C. (2006b): Research Note: Decommodification and the worlds of welfare revisited. *Journal of European Social Policy*, 16 (1): 73-80.
- Bambra, C. (2007a): Going beyond the three worlds of welfare capitalism: Regime theory and public health research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61 (12): 1098-1102.
- Bambra, C. (2007b): Sifting the wheat from the chaff: A two-dimensional discriminant analysis of welfare state regime theory. *Social Policy & Administration*, 41 (1): 1-28.
- Bambra, C. (2007c). Defamilisation and welfare state regimes: A cluster analysis. *International Journal of social welfare*, 16 (4): 326-338.
- Bambra, C., Pope, D., Swami, V., Stanistreet, D., Roskam, A., Kunst, A., & Scott-Samuel, A. (2009): Gender, health inequalities and welfare state regimes: A cross-national study of 13 European countries. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63 (1): 38-44.
- Bambra, C. (2011): *Work, Worklessness, and the Political Economy of Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Bambra, C., Fox, D., & Scott-Samuel, A. (2005): Towards a politics of health. *Health Promotion International*, 20 (2): 187-193.

- Bambra, C., Fox, D., & Scott-Samuel, A. (2007): A politics of health glossary. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61 (7): 571-574.
- Bartley, M. (2004): *Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts and Methods*. Cambridge: Polity Press.
- Beckfield, J., & Krieger, N. (2009): Epi + demos + cracy: Linking political systems and priorities to the magnitude of health inequalities – evidence, gaps and a research agenda. *Epidemiol Rev*, 31 (1): 152-177.
- Billiet, J., Koch, A., & Philippens, M. (2007): Understanding and improving response rates. I: R. Jowell, C. Roberts, R. Fitzgerald, & G. Eva (red.): *Measuring Attitudes Cross-Nationally: Lessons from the European Social Survey* (s. 113-137). London: SAGE Publications.
- Billiet, J., & Philippens, M. (2007): Work Package 7 – Data-based quality assessment in the ESS – Part 2. Non-response and fieldwork efforts in the ESS: Results from the analysis of call record data. Hentet 8.11.2012 fra http://www.europeansocialsurvey.org/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=55&Itemid=80
- Blane, D. (2003): Commentary: Explanations of the difference in mortality risk between different educational groups. *International Journal of Epidemiology*, 32 (3): 355-356.
- Blaxter, M. (2010): *Health: Key Concepts*. 2. utgave. Cambridge: Polity.
- Blomberg, H., & Kroll, C. (1999): Who wants to preserve the 'Scandinavian service state'? Attitudes to welfare services among citizens and local government elites in Finland 1992-96. I: S. Svallfors & P. Taylor-Gooby (red.): *The End of the Welfare State? Responses to State Retrenchment* (s. 52-56). London: Routledge.
- Bobak, M., & Marmot, M. (1996): East-west mortality divide and its potential explanations: Proposed research agenda. *British Medical Journal*, 312 (7028): 421-425.
- Bobak, M., Pikhart, H., Hertzman, C., Rose, R., & Marmot, M. (1998): Socioeconomic factors, perceived control and self-reported health in Russia. A cross-sectional survey. *Social Science & Medicine*, 47 (2): 269-279.
- Bobak, M., Pikhart, H., Rose, R., Hertzman, C., & Marmot, M. (2000): Socioeconomic factors, material inequalities and perceived control in self-rated health: Cross-sectional data from seven post-communist countries. *Social Science & Medicine*, 51 (9): 1343-1350.
- Borrell, C., Espelt, A., Rodríguez-Sanz, M., & Navarro, V. (2007): Politics and health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61 (8): 658-659.
- Borrell, C., Espelt, A., & Rodríguez-Sanz, M. et al. (2009): Analyzing differences in the magnitude of socioeconomic inequalities in self-perceived health by countries of different political tradition in Europe. *International Journal of Health Services*, 39 (2): 321-341.
- Brennenstuhl, S., Quesnel-Vallée, A., & McDonough, P. (2012): Welfare regimes, population health and health inequalities: A research synthesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66 (5): 397-409.
- Brown, T., Parks, G., Zimmerman, R., & Phillips, C. (2001): The role of religion in predicting adolescent alcohol use and drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 62 (5): 696-705.

- Buğra, A., & Keyder, Ç (2006): The Turkish welfare regime in transformation. *Journal of European Social Policy*, 16 (3): 211-228.
- Burström, B. & Fredlund, P (2001): Self-rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55 (11): 836-840.
- Carlson, P. (1998): Self-perceived health in East and West Europe: Another European health divide. *Social Science & Medicine*, 46 (10): 1355-1366.
- Cavelaars, A.E. (1998): *Cross-national comparisons of socioeconomic differences in health indicators*. Thesis. Rotterdam: Erasmus University. Tilgjengelig på http://repub.eur.nl/res/pub/17010/980930_CAVELAARS%2C%20Adriana%20Elisabeth%20Johanna%20Maria.pdf (sist besøkt 30.3.2013)
- Cavelaars, A.E., Kunst, A.E., Geurts, J.J., Crialesi, R., Grötvedt, L., Helmert, U., et al. (1998): Differences in self reported morbidity by educational level: A comparison of 11 western European countries *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52 (4): 219-227.
- Cavelaars, A.E., Kunst, A.E., Geurts, J.J., Crialesi, R., Grötvedt, L., Helmert, U. et al. (2000): Educational differences in smoking: International comparison. *British Medical Journal*, 320 (7242): 1102-1107.
- Cerami, A., & Vanhuyse, P. (red.) (2009): *Post-Communist Welfare Pathways: Theorizing Social Policy Transformations in Central and Eastern Europe*. Basingstoke: Palgrave MacMillian.
- Chung, H., & Muntaner, C. (2007): Welfare state matters: A typological multilevel analysis of wealthy countries. *Health Policy*, 80 (2): 328-339.
- Coburn, D. (2004): Beyond the income inequality hypothesis: Class, neo-liberalism, and health inequalities. *Social Science & Medicine*, 58 (1): 41-56.
- Cockerham, W.C. (1999): *Health and Social Change in Russia and Eastern Europe*. London: Routledge.
- Cockerham, W.C., Hinote, B.P., Cockerham, G.B., & Abbott, P. (2006): Health lifestyles and political ideology in Belarus, Russia, and Ukraine. *Social Science & Medicine*, 62 (7): 1799-1809.
- Cockerham, W.C., Snead, M.C., & DeWaal, D.F. (2002): Health lifestyles in Russia and the socialist heritage. *Journal of Health and Social Behavior*, 43 (1): 42-55.
- Dahl, E., Elstad, J.I., Hofoss, D., & Martin-Mollard, M. (2006a): For whom is income inequality most harmful? A multi-level analysis of income inequality and mortality in Norway. *Social Science & Medicine*, 63 (10): 2562-2574.
- Dahl, E., Fritzell, J., Lahelma, E., Martikainen, P., Kunst, A., & Mackenbach, J.P. (2006b): Welfare regimes and health inequalities. I: J. Siegrist & M. Marmot (red.): *Social Inequalities in Health: New Evidence and Policy Implications* (s. 193-222). Oxford: Oxford University Press.
- d'Anjou, L., Steijn, A., & van Aarsen, D. (1995): Social position, ideology, and distributive justice. *Social Justice Research*, 8 (4): 351-384.

Dalen, J.D., Huijts, T., Krokstad, S., & Eikemo, T.A. (2012): Are there educational differences in the association between self-rated health and mortality in Norway? The HUNT Study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40 (7): 641-647.

Davey Smith, G., & Dorling, D. (1996): "I'm all right John": Voting patterns and mortality in England and Wales, 1981-92. *British Medical Journal*, 313 (7072): 1573-1577.

Department of Health (2010): *Equity and excellence: Liberating the NHS*. White Paper 12th July 2010. Tilgjengelig på <https://www.gov.uk/government/publications/liberating-the-nhs-white-paper> (sist besøkt 24.4.2013).

Department of Health (2013): *National Framework for NHS Continuing Healthcare and NHS Funded Nursing Care*. Guidance 12th April 2013. Tilgjengelig på <https://www.gov.uk/government/publications/national-framework-for-nhs-continuing-healthcare-and-nhs-funded-nursing-care> (sist besøkt 25.4.2013).

Department of Health and Social Security (1980): *Inequalities in Health: Report of a Working Group*. London: DHSS. [The Black Report] Tilgjengelig på <http://www.sochealth.co.uk/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/> (sist besøkt 28.3.2013).

Dorling, D., Davey Smith, G., & Shaw, M. (2001): Analysis of trends in premature mortality by labour voting in the 1997 general election. *British Medical Journal*, 322 (7298): 1336-1337.

Doron, A. (2001): Social welfare policy in Israel: Developments in the 1980s and 1990s. *Israel Affairs*, 7 (4): 153-180.

Eikemo, T.A. (2009): *Health Inequalities in European Welfare States: Evidence from the European Social Survey*. Saarbrücken: VDM Publishing House.

Eikemo, T. A., & Bambra, C. (2008): The welfare state: A glossary for public health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62 (1): 3-6.

Eikemo, T.A., Bambra, C. Judge, K., & Ringdal, K. (2008a): Welfare state regimes and differences in self-perceived health in Europe: A multilevel analysis. *Social Science & Medicine*, 66 (11): 2281-2295.

Eikemo, T.A., & Clausen, T.H. (red.) (2007): *Kvantitativ analyse med SPSS: En praktisk innføring i kvantitative analyseteknikker*. Trondheim: Tapir.

Eikemo T.A., Huisman, M., Bambra, C., & Kunst, A.E. (2008b): Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: A comparison of 23 European countries. *Sociology of Health & Illness*, 30 (4): 565-582.

Eikemo, T.A., Kunst, A.E., Judge, K., & Mackenbach, J.P. (2008c): Class related health inequalities are not larger in the East: A comparison of 4 European regions using the new European Socio-Economic Classification. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62 (12): 1072-1078.

Elstad, J.I. (2000): *Social inequalities in health and their explanation*. Thesis. Oslo: Norwegian Social Research, NOVA.

Elstad, J.I. (2005): Helse i Norge ved årtusenskiftet. I: I. Frønes & L. Kjølørød (red.): *Det norske samfunn* (s. 236-260). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Engels, F. (1845): *The Conditions of the Working Class in England*. Tilgjengelig på <http://www.marxists.org/archive/marx/works/1845/condition-working-class/index.htm> (sist besøkt 28.3.2013)
- Espelt, A. Borrell, C., Rodriguez-Sanz, M., Muntaner, C., Pasarin, M.I., Benach, J., Schaap, M., Kunst, A.E., & Navarro, V. (2008): Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political traditions. *International Journal of Epidemiology*, 37 (5): 1095-1105.
- Esping-Andersen, G. (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Esping-Andersen, G. (1999): *Social Foundations of Post Industrial Economies*. Oxford: Oxford University Press.
- ESS (2007): European Social Survey, Round 4: Specification for participating countries. Hentet 25.2.2013 fra http://www.europeansocialsurvey.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=179&Itemid=80
- ESS (2009): European Social Survey, Round 5: Specification for participating countries. Hentet 25.2.2013 fra http://www.europeansocialsurvey.org/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=67&Itemid=80
- ESS (European Social Survey) (2012): <http://www.europeansocialsurvey.org/>
- ESS4 (2008): *Documentation Report. The ESS Data Archive, edition 5.1*. Bergen: NSD. Hentet 27.2.2013 fra <http://ess.nsd.uib.no/ess/round4/surveydoc.html>
- ESS5 (2010a): *Documentation Report. The ESS Data Archive, edition 3.0*. Bergen: NSD. Hentet 12.1.2013 fra <http://ess.nsd.uib.no/ess/round5/>
- ESS5 (2010b): *Appendix 1 Education: "The new educational attainment measures in the ESS"*. Reference to ISCED 2011 revision date corrected to May 2010. Bergen: NSD. *Education, ESS5-2010 edition. Appendix 1*. Hentet 30.1.2013 fra <http://ess.nsd.uib.no/ess/round5/>
- ESS Sampling Expert Panel (2008): Sampling for the European Social Survey – Round 4: Principles and requirements. Hentet 25.2.2013 fra http://www.europeansocialsurvey.org/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=53&Itemid=80
- ESS Sampling Expert Panel (2010): Sampling for the European Social Survey – Round V: Principles and requirements. Mannheim: European Social Survey, GESIS. Hentet 25.2.2013 fra <http://www.europeansocialsurvey.de/dokumentation/fuenfte.stichprobenziehung.pdf>
- European Communities (2007): *EU Research on Social Sciences and Humanities: European Social Survey – Development and Round 1. ESSIE Final Report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. Hentet 13.5.2013 fra <http://cordis.europa.eu/documents/documentlibrary/100124221EN6.pdf>
- European Communities & World Health Organisation (2002): *Health Status Overview for Countries of Central and Eastern Europe That Are Candidates for Accession to the European Union*. Hentet 14.1.2013 fra http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1999/monitoring/health_status_overview_en.pdf

European Social Survey (2012a): ESS1-5, European Social Survey Cumulative File Rounds 1-5. Bergen: Norwegian Social Science Data Services. Hentet 10.1.2013 fra <http://ess.nsd.uib.no/downloadwizard/>

European Social Survey (2012b): Technical Reports. 2012. Hentet 8.11.2012 fra http://www.europeansocialsurvey.org/index.php?option=com_content&task=view&id=101&Itemid=139

Ferrera, M. (1996): The 'southern model' of welfare in social Europe. *Journal of European Social Policy*, 6 (1): 17-37.

Ferrie, J.E., Shipley, M.J., Stansfeld, S.A., & Marmot, M.G. (2002): Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: The Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56 (6): 450-454.

Fitzgerald, R. & Widdop, S. (red.) (2004): European Social Survey Round 3: Measuring social and political change in Europe: Publishable Final Activity Report by the ESS Central Coordinating Team. Hentet 12.1.2013 fra http://www.europeansocialsurvey.org/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=62&Itemid=80

Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D.A., Lynch, J.W., & Smith, G.D. (2006): Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60 (1): 7-12.

Galobardes, B., Lynch, J., & Smith, G.D. (2007): Measuring socioeconomic position in health research. *British Medical Bulletin*, 81 (1): 21-37.

Gelissen, J. (2000): Popular support for institutionalized solidarity: A comparison between European welfare states. *International Journal of Social Welfare*, 9 (4): 285-300.

Gevers, J., Gelissen, J., & Arts, W. (2000): Public health care in the balance: Exploring popular support for health care systems in the European Union. *International Journal of Social Welfare*, 9 (4): 301-321.

Geyer, S., Hemström, Ö., Peter, R., & Vågerö, D. (2006): Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60 (9): 804-810.

Gilmore, A.B., McKee, M., & Rose, R. (2002): Determinants of and inequalities in self-perceived health in Ukraine. *Social Science & Medicine*, 55 (12): 2177-2188.

Graham, H. (1996): Smoking prevalence among women in the European Community 1950-1990. *Social Science & Medicine*, 43 (2): 243-254.

Granados, J.A. (2010): Politics and health in eight European countries: A comparative study of mortality decline under social democracies and right-wing governments. *Social Science & Medicine*, 71 (5): 841-850.

Guralnik, J.M., Land, K.C., Blazer, D., Fillenbaum, G.G., & Branch, L.G. (1993): Educational status and active life expectancy among older blacks and whites. *New England Journal of Medicine*, 329 (2): 110-116.

- Häder, S., & Lynn, P. (2007): How representative can a multi-nation survey be? I: R. Jowell, C. Roberts, R. Fitzgerald, & G. Eva (red.): *Measuring Attitudes Cross-Nationally: Lessons from the European Social Survey* (s. 33-52). London: SAGE Publications.
- Hadden, W.C. (1996): Annotation: The use of educational attainment as an indicator of socioeconomic position *American Journal of public health*, 86 (11): 1525-1526.
- Hall, P.A., & Taylor, R.C.R. (1996): Political science and the three new institutionalisms. *Political studies*, 44 (5): 936-957.
- Heistaro, S., Jousilahti, P., Lahelma, E., Vartiainen, E., & Puska, P. (2001): Self rated health and mortality: A long term prospective study in eastern Finland. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55 (4): 227-232.
- Helman, C.G. (1981): Disease versus illness in general practice. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 31 (230): 548-552.
- Hamilton, L. (1992): *Regression with Graphics: A Second Course in Applied Statistics*. Belmont, California: Duxbury Press.
- Hasenfeld, Y., & Rafferty, J.A. (1989): The determinants of public attitudes toward the welfare state. *Social Forces*, 67 (4): 1027-1048.
- Huber, E., & Stephens, J.D. (1998): Internationalization and the social democratic model: Crisis and future prospects. *Comparative Political Studies*, 33 (3): 353-397.
- Huber, E., & Stephens, J.D. (2001): *Development and Crisis of the Welfare State: Parties and Policies in Global Markets*. Chicago: University of Chicago Press.
- Huijts, T. (2011): *Social Ties and Health in Europe: Individual Associations, Cross-National Variations, and Contextual Explanations*. Dissertation. Nijmegen: Radboud University.
- Huijts, T., Perkins, J.M., & Subramanian, S.V. (2009): Political regimes, political ideology, and self-rated health in Europe. (Preliminary version, 9th December 2009.)
- Huijts, T., Perkins, J. M., & Subramanian, S.V. (2010): Political regimes, political ideology, and self-rated health in Europe: A multilevel analysis. *PLoS ONE*, 5 (7): e11711. Doi: 10.1371/journal.pone.0011711.
- Huisman, M., Kunst, A.E., & Mackenbach, J.P. (2003): Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly: A European overview. *Social Science and Medicine*, 57 (5): 861-873.
- Huisman, M., Kunst, A.E., Bopp, M., Borgan, J.K., Borrell, C., Costa, G., Deboosere, P., Gadeyne, S., Glickman, M., Marinacci, C., Minder, C., Regidor, E., Valkonen, T., & Mackenbach, J.P. (2005a): Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. *Lancet*, 365 (9458): 493-500.
- Huisman, M., Kunst, A., & Mackenbach, J (2005b): Educational inequalities in smoking among men and women aged 16 years and older in 11 European countries. *Tobacco Control*, 14 (2): 106-113.
- Huisman, M., van Lenthe, F., & Mackenbach, J.P. (2007): The predictive ability of self-assessed health for mortality in different educational groups. *International Journal of Epidemiology*, 36 (6): 1207-1213.

- Høybråten, D. (2004): Ta pedalene fatt. NTB-melding referert i *Adresseavisen*, 4. mai 2004.
- Idler, E.L., & Benyamini, Y. (1997): Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38 (1): 21-37.
- Inglehart, R. (1977): *The Silent Revolution: Changing Values and Political Styles among Western Publics*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Inglehart, R. (1990): *Culture Shift in Advanced Industrial Society*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Jackman, M.R., & Muha, M.J. (1984): Education and intergroup attitudes: Moral enlightenment, superficial democratic commitment, or ideological refinement? *American Sociological Review*, 49 (6): 751-769.
- Jakobsen, T.G. (2011): Welfare attitudes and social expenditure: Do regimes shape public opinion? *Social Indicators Research*, 101 (3): 323-340.
- Jakobsen, T.G., Aalberg, T., & Heggem, I.Ø. (2012): Makrofaktorer og offentlig opinion: En gjennomgang av forskning på økonomiske venstre-høyre-holdninger. *Sosiologisk tidsskrift*, 4: 339-359.
- Jowell, R. (2003): *Technical Report by the Central Co-ordinating Team for the European Social Survey 2002/2003*. London: Centre for Comparative Social Surveys, City University.
- Jowell, R., Kaase, M., Fitzgerald & Eva (2007): The European Social Survey as a measurement model. I: R. Jowell, C. Roberts, R. Fitzgerald, & G. Eva (red.): *Measuring Attitudes Cross-Nationally: Lessons from the European Social Survey* (s. 1-31). London: SAGE Publications.
- Judge, K., Platt, S., Costongs, C., & Jurczak, K. (2006): *Health Inequalities: A Challenge for Europe*. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU. Hentet 6.9.2012 fra http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd05_en.pdf
- Jylha, M., Guralnik, J.M., Ferrucci, L., Jokela, J., & Heikkinen, E. (1998): Is self-rated health comparable across cultures and genders? *Journals of Gerontology Series B-psychological Sciences and Social Sciences*, 53 (3): S144-S152.
- Kangas, O. (2010): One hundred years of money, welfare and death: mortality, economic growth and the development of the welfare state in 17 OECD countries 1900–2000. *International Journal of social welfare*, 19: 42-59.
- Kautto, M., Fritzell, J., Hvinden, B., Kvist, J. & Uusitalo, H. (red.) (2001a): *Nordic Welfare States in the European Context*. London: Routledge.
- Kautto, M., Fritzell, J., Hvinden, B., Kvist, J., & Uusitalo, H. (2001b): Introduction: How distinct are the Nordic Welfare states? I: M. Kautto, J. Fritzell, B. Hvinden, J. Kvist & H. Uusitalo (red.): *Nordic Welfare States in the European Context* (s. 1-17). London: Routledge.
- Kawachi, I., Subramanian, S., & Almeida-Filho, N. (2002): A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56 (9): 647-652.
- Kelleher, C., Timoney, A. Friel, S., & McKeown, D. (2002): Indicators of deprivation, voting patterns, and health status at area level in the Republic of Ireland. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56 (1): 36-44.

- Kluegel, J.R., & Mason, D.S. (2004): Fairness matters: Social justice and political legitimacy in post-communist Europe. *Europe-Asia Studies*, 56 (6): 813-834.
- Kondo, N., Sembajwe, G., Kawachi, I., van Dam, R.M., Subramanian, S., & Yamagata, Z. (2009). Income inequality, mortality, and self rated health: Meta-analysis of multilevel studies. *British Medical Journal*, 339:b4471.
- Knesebeck, O.v.d., Verde, P.E., & Dragano, N. (2006): Education and health in 22 European countries. *Social Science & Medicine*, 63 (5): 1344-1351.
- Knutsen, O. (1995): Value orientations, political conflicts and left-right identification: A comparative study. *European Journal of Political Research*, 28 (1): 63-93.
- Korpi, W. (2000): Faces of inequality: Gender, class, and patterns of inequalities in different types of welfare states. *Social Politics*, 7 (2): 127-191.
- Kovács, J.M. (2002): Approaching the EU and reaching the US? Rival narratives on transforming welfare regimes in East-Central Europe. *West European Politics*, 25 (2): 175-204.
- Krieger, N. (2001): A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55 (10): 693-700.
- Krieger, N., Williams, D.R., & Moss, N.E. (1997): Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annual review of public health*, 18 (1): 341-378.
- Krokstad, S., Kunst, A., & Westin, S. (2002): Trends in health inequalities by educational level in a Norwegian total population study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56 (5): 375-380.
- Krokstad, S., & Westin, S. (2001): Health inequalities by socioeconomic status among men in the Nord-Trøndelag Health Study, Norway. *Scandinavian Journal of Public Health* 30 (2): 113-124.
- Kunitz, S. J., & Pesis-Katz, I. (2005): Mortality of white Americans, African Americans, and Canadians: The causes and consequences for health of welfare state institutions and policies. *Milbank Quarterly*, 83 (1): 5-39.
- Lahelma, E., Martikainen, P., Rahkonen, O., & Silventoinen, K. (1999): Gender differences in illhealth in Finland: Patterns, magnitude and change. *Social Science & Medicine*, 48 (1): 7-19
- Lancet* (2011): The end of our National Health Service. Editorial, 29th January 2011. *Lancet*, 377 (9763): 353.
- Larsen, C.A. (2008): The institutional logic of welfare attitudes: How welfare regimes influence public support. *Comparative Political Studies*, 41 (2): 145-168.
- Leinsalu, M. (2002): Social variation in self-rated health in Estonia: A cross-sectional study. *Social Science & Medicine*, 55 (5): 847-861.
- Leon, D.A., Chenet, L., Shkolnikov, V., Zakharov, S., Shapiro, J., Rakhmanova, G., Vassin, S., & McKee, M. (1997): Huge variation in Russian mortality rates 1984-94: Artefact, alcohol, or what? *Lancet*, 350 (9075): 383-388.
- Leraand, D. (2013): Israel. Store norske leksikon, 27.2.2013. Hentet 7.5.2013 fra <http://snl.no/Israel>

Lewis, J. (1992): Gender and the development of welfare regimes. *Journal of European Social Policy*, 2 (3): 159-173.

Linder, S.H., & Peters, B.G. (1989): Instruments of government: Perceptions and contexts. *Journal of Public Policy*, 9 (1): 35-58.

Lopez, A., Collishaw, N., & Piha, T. (1994): A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*, 3 (3): 242-247.

Lundberg, O. (2008): Commentary: Politics and public health – some conceptual considerations concerning welfare state characteristics and public health outcomes. *International Journal of Epidemiology*, 37 (5): 1105-1108.

Lundberg, O., & Lahelma, E. (2001): Nordic health inequalities in the European context. I: M. Kautto, J. Fritzell, B. Hvinden, J. Kvist & H. Uusitalo (red.): *Nordic Welfare States in the European Context* (s. 42-65). London: Routledge.

Lundberg, O., Yngwe, M., & Stårne, M. et al. (2008): The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: An international comparative study. *Lancet*, 372 (9650): 1633-1640.

Lynch, J., & Kaplan, G. (2000): Socioeconomic position. I: L.F. Berkman & I. Kawachi (red.): *Social Epidemiology* (s. 13-35). Oxford: Oxford University Press. Tilgjengelig på <http://rds.epiucsf.org/ticr/syllabus/courses/77/2012/04/20/Lecture/readings/Chapter%202%20Socioeconomic%20Position.pdf> (sist besøkt 30.3.2013)

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.

Mackenbach, J.P., Cavelaars, A., Kunst, A.E., & Groenhouf, F. (2000): Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease mortality: An international study. *European Heart Journal*, 21 (14): 1141-1151.

Mackenbach, J.P., & Kunst, A.E. (1997): Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: An overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science & Medicine*, 44 (6): 757-771.

Mackenbach, J.P., Kunst, A.E., Cavelaars, A., Groenhouf, F., Geurts, J.J.M., & the EU working group on socioeconomic inequalities in health (1997): Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. *Lancet*, 349 (9066): 1655-1659.

Mackenbach, J.P., Stirbu, I., Roskam, A.R., Schaap, M.M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A.E. (2008): Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358 (23): 2468-2481.

March, J.G., & Olsen, J.P. (1989): *Rediscovering Institutions: The Organizational Basis of Politics*. New York: Free Press.

Marmot, M. (2005): Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365 (9464): 1099-1104.

Marmot, M. (2010): *Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review*. London: University College. Tilgjengelig på <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review> (sist besøkt 10.4.2013)

- Marmot, M., Ryff, C.D., Bumpass, L. L., Shipley, M., & Marks, N.F. (1997): Social inequalities in health: Next questions and converging evidence. *Social science and medicine*, 44 (6): 901-910.
- Marshall, T.H. (1992 [1950]): *Citizenship and Social Class*. London: Pluto Press.
- Martikainen, P.T., & Valkonen, T. (1996): Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. *Lancet*, 348 (9032): 909-912.
- Martikainen, P.T., & Valkonen, T. (1998): The effects of differential unemployment rate increases of occupation groups on changes in mortality. *American Journal of public health*, 88 (12): 1859-1861.
- Matheson, G., & Wearing, M. (1999): Within and without. Labour force status and political views in four welfare states. I: S. Svallfors & P. Taylor-Gooby (red.): *The End of the Welfare State? Responses to State Retrenchment* (s. 135-160). London: Routledge.
- Matsuo, H., Billiet, J., Loosveldt, G., & Malnar, B. (2010): Response-based quality assessment of ESS Round 4: Results for 24 countries based on contact files. Leuven: European Social Survey, University of Leuven.
- Matthews, S., Manor, O., & Power, C. (1999): Social inequalities in health: Are there gender differences? *Social science & medicine*, 48 (1): 49-60.
- McKee, M., Shkolnikov, V., & Leon, D. (2001): Alcohol is implicated in the fluctuations in cardiovascular disease in Russia since the 1980s. *Annals of Epidemiology*, 11 (1): 1-6.
- Men, T., Brennan, P., Boffetta, P., & Zaridze, D. (2003): Russian mortality trends for 1991-2001: Analysis by cause and region. *British Medical Journal*, 327 (7421): 964-965.
- Moe, A. (2013): Russland. Store norske leksikon, 2.5.2013. Hentet 7.5.2013 fra <http://snl.no/Russland>
- Moen, O.O. (2005): *USA: Annerledeslandet i vest*. Oslo: Cappelen.
- Mustard, C.A., & Etches, J. (2003): Gender differences in socioeconomic inequality in mortality. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57 (12): 974-980.
- Navarro, V., Borrell, C., Benach, J., Muntaner, C., Quiroga, A., Rodriguez-Sanz, M., Vergés, N., Gumá, J., & Pasarín, I. (2003): The importance of the political and the social in explaining mortality differentials among the countries of the OECD, 1950-1998. *International Journal of Health Services*, 33 (3): 419-494.
- Navarro, V., & Shi, L. (2001): The political context of social inequalities and health. *Social Science and Medicine*, 52 (3): 481-491.
- Navarro, V., Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Quiroga, A., Rodríguez-Sanz, M., Vergés, N., & Pasarín, M.I. (2006): Politics and health outcomes. *Lancet*, 368 (9540): 1033-1037.
- Navarro, V. (2008): Politics and health: A neglected area of research. *European Journal of Public Health*, 18 (4): 354-355.
- NHS (National Health Service) (2013): The NHS in England. 28.1.2013. Hentet 25.4.2013 fra <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhsstructure.aspx>
- Nolan, A., & Smith, S. (2012): The effect of differential eligibility for free GP services on GP utilisation in Ireland. *Social Science & Medicine*, 74 (10): 1644-1651.

Notzon, F.C., Komarov, M.D., Ermakov, S.P, Sempos, C.T., Marks, J.S., & Sempos, E.V. (1998): Causes of declining life expectancy in Russia. *Jama*, 279 (10): 793-800. doi:10.1001/jama.279.10.793.

NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste) (2012): <http://www.nsd.uib.no>

NSD/ESS (2012): The European Social Survey (ESS Data). Hentet 12.1.2013 fra <http://ess.nsd.uib.no/ess/>

Page, A., Morrell, S., & Taylor, R. (2002): Suicide and political regime in New South Wales and Australia during the 20th century. *J Epidemiol Community Health*, 56 (10): 766-772.

Pampel, F.C. (2000): *Logistic Regression: A Primer*. Sage University Papers Series on Quantitative Applications in the Social Sciences, 07-132. Thousand Oaks, CA: Sage.

Peto, R., Lopez, A.D., Boreham, J., Thun, M., & Heath, C.J. (1992): Mortality from tobacco in developed countries: Indirect estimation from national vital statistics. *Lancet*, 339 (8804): 1268-1278.

Reidpath, D.D., & Allotey, P. (2003): Infant mortality rate as an indicator of population health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57 (5): 344-346.

Ringdal, K. (2007): *Enhet og metode: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Robinson, R.V., & Bell, W. (1978): Equality, success, and social justice in England and the United States. *American Sociological Review*, 43 (2): 125-143.

Ross, C.E., & Wu, C. (1995): The links between education and health. *American Sociological Review*, 60 (5): 719-745.

Shaw, M., Dorling, D., & Davey Smith, G. (2002): Mortality and political climate: How suicide rates have risen during periods of conservative government, 1901-2000. *J Epidemiol Commun Health*, 56, (10): 723-725.

Siegrist, J., & Marmot, M. (2006): Introduction. I: J. Siegrist & M. Marmot (red.): *Social Inequalities in Health: New Evidence and Policy Implications*. Oxford: Oxford University Press.

Silventoinen, K., & Lahelma, E. (2002): Health inequalities by education and age in four Nordic countries, 1986 and 1994. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56 (4): 253-258.

SSB (Statistisk sentralbyrå) (2001): *Norsk standard for utdanningsgruppering*. Revidert 2000. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. Hentet 11.2.2013 fra http://www.ssb.no/emner/04/90/nos_c617/nos_c617.pdf

Stoop, I. (2012): Nonresponse in comparative studies: Enhancing response rates and minimising nonresponse bias. The Netherlands Institute for Social research/SCP. Hentet 26.2.2013 fra http://www.q2012.gr/articlefiles/sessions/31.3_Ineke%20Stoop%20Nonresponse%20in%20comparative%20studies.pdf

Store norske leksikon (2013): Schlesien. 27.2.2013. Hentet 9.4.2013 fra <http://snl.no/Schlesien>

Strand, B.H, Grøholt, E.K., Steingrimsdóttir, Ó.A., Blakely, T., Graff-Iversen, S., & Næss, Ø. (2010): Educational inequalities in mortality over four decades in Norway: Prospective study of middle aged men and women followed for cause specific mortality, 1960-2000. *British Medical Journal*, 340: c654.

Strand, B.H., & Næss, Ø. (2009): Folkehelsens sosioøkonomiske fordeling. I: J.G. Mæland, J.I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (red.): *Sosial epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s. 59-79). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Stronks, K., van de Mheen, H., van den Bos, J., & Mackenbach, J.P. (1995): Smaller socioeconomic inequalities in health among women: The role of employment status. *International Journal of Epidemiology*, 24 (3): 559-568.

Subramanian, S., & Kawachi, I. (2006): Whose health is affected by income inequality? A multilevel interaction analysis of contemporaneous and lagged effects of state income inequality on individual self-rated health in the United States. *Health & Place*, 12 (2): 141-156.

Subramanian, S. V., Huijts, T., & Perkins, J. M. (2009): Association between political ideology and health in Europe. *European Journal of Public Health*, 19 (5): 455-457.

Subramanian, S.V., & Perkins, J.M. (2010): Are republicans healthier than democrats? *International Journal of Epidemiology*, 39 (3): 930-931.

Svallfors, S. (1997): Worlds of welfare and attitudes to redistribution: A comparison of eight western nations. *European Sociological Review*, 13 (3): 283-304.

Svallfors, S. (1999): The middle class and welfare state retrenchment: Attitudes to Swedish welfare policies. I: S. Svallfors & P. Taylor-Gooby (red.): *The End of the Welfare State? Responses to State Retrenchment* (s. 34-51). London: Routledge.

Taylor, R., & Rieger, A. (1984): Rudolf Virchow on the typhus epidemic in Upper Silesia: An introduction and translation. *Sociology of Health & Illness*, 6 (2): 201-217.

Thuesen, N.P. (2013): Tyrkia. Store norske leksikon, 6.5.2013. Hentet 7.6.2013 fra <http://snl.no/Tyrkia>

Twaddle, A.C. (1974): The concept of health status. *Social Science & Medicine*, 8 (1): 29-38.

United Nations (1948): The Universal Declaration of Human Rights. Hentet 24.4.2013 fra <http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml>

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (1997): International Standard Classification of Education. Hentet 12.2.2013 fra <http://www.uis.unesco.org/Library/Documents/isc97-en.pdf>

van Doorslaer, E., & Gerdtham, U-G. (2003): Does inequality in self-assessed health predict inequality in survival by income? Evidence from Swedish data. *Social Science & Medicine*, 57 (9): 1621-1627.

Verbrugge, L. (1989): The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Social Behavior*, 30 (3): 282-304.

Virchow, R.L.K. (1985 [1848]): *Collected Essays on Public Health and Epidemiology*. Cambridge: Science History Publications.

Vågerö, D., & Erikson, R. (1997): Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *The Lancet*, 350 (9076): 516.

Walberg, P., McKee, M., Shkolnikov, V., Chenet, L., & Leon, D.A. (1998): Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: Regional analysis. *British Medical Journal*, 317 (7154): 312-318.

Waldron, I. (2000): Trends in gender differences in mortality: Relationships to changing gender differences in behavior and other causal factors. I: E. Annandale & K. Hunt (red): *Gender Inequalities in Health* (s. 151-181). Buckingham: Open University Press.

Weber, M. (1949): *The Methodology of the Social Sciences*. New York: The Free Press. Tilgjengelig på http://openlibrary.org/books/OL6049761M/Max_Weber_on_the_methodology_of_the_social_sciences (sist besøkt 27.3.2013).

Wendt, C., Kohl, J., Mischke, M., & Pfeifer, M. (2010): How do Europeans perceive their healthcare system? Patterns of satisfaction and preference for state involvement in the field of healthcare. *European Sociological Review*, 26 (2): 177-192.

Whitehead, M. (2007): A typology of actions to tackle social inequalities in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61 (6): 473-478.

Wilkinson, R.G. (1996): *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London: Routledge.

Wilkinson, R., & Pickett, K. (2010): *The Spirit Level: Why Equality Is Better for Everyone*. London: Penguin Books.

Winter, S.C., & Nielsen, V.L. (2010): *Implementering af politik*. Aarhus: Akademia.

Wnuk-Lipinski, E., & Illsley, R. (1990): Introduction: Non-market economies in health. *Social Science & Medicine*, 31 (8): 833-836.

World Health Organization (1946): Constitution of the World Health Organization. Hentet 4.2.2013 fra <http://www.who.int/library/collections/historical/en/index3.html>

World Health Organization (2000): *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. WHO: Geneva. Hentet 7.9.2012 fra http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf

Zambon, A., Boyce, W., Cois, E., Currie, C., Lemma, P., Dalmaso, P., et al. (2006): Do welfare regimes mediate the effect of socioeconomic position on health in adolescence? A cross-national comparison in Europe, North America, and Israel. *International journal of health services*, 36 (2): 309-329.

Østerud, Ø. (2007): *Statsvitenskap: Innføring i politisk analyse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1: Tabell 4.3: Deskriptiv statistikk for prosentandel som rapporterer dårlig helse etter land og politisk regime i European Social Survey (2008/2010) (N = 90 125) (Valid %).

Politisk regime	Land	Menn		Kvinner	
		Frekvens (N)	% dårlig helse	Frekvens(N)	% dårlig helse
Sosialdemokratisk	Danmark	1395	26,02	1385	24,62
	Finland	1729	38,40	1797	39,07
	Norge	1396	25,29	1254	27,51
	Sverige	1398	20,60	1450	27,10
Sum		5918	28,19	5886	30,26
Kristendemokratisk	Belgia	1417	24,56	1505	27,57
	Frankrike	1544	37,31	1839	40,08
	Nederland	1500	25,60	1806	32,67
	Sveits	1393	19,17	1551	19,47
	Tyskland	2577	42,69	2429	44,17
Sum		8431	31,73	9130	34,14
Liberalt	Irland	1725	20,81	2072	20,03
	Israel	1751	32,44	2166	34,26
	Storbritannia	1903	30,43	2358	30,96
Sum		5379	28,0	6596	28,61
Sør-Europa	Hellas	1843	19,70	2369	24,44
	Kypros	974	21,36	1034	31,24
	Portugal	1571	46,28	2507	59,43
	Spania	1861	31,86	2007	43,35
	Tyrkia	885	33,22	1033	45,01
Sum		7134	30,63	8950	41,64
Øst-Europa	Bulgaria	1853	39,50	2445	51,57
	Kroatia	1185	46,08	1513	48,65
	Polen	1280	41,88	1437	48,3
	Slovakia	1225	44,73	2101	54,59
	Slovenia	1038	43,64	1254	51,59
	Tsjekkia	1905	43,20	1983	48,56
	Ungarn	1211	50,29	1484	57,61
Sum		9697	43,80	12217	51,59
Tidligere Sovjetrep.	Estland	1185	58,48	1768	61,03
	Russland	1732	63,05	2630	77,64
	Ukraina	1192	68,46	2125	80,75
Sum		4109	63,30	6523	74,15

Vedlegg 2: Tabell 4.4.: Prosentandel som rapporterer dårlig helse etter utdanningsnivå, kjønn, land og politisk regime i European Social Survey (2008/2010) (Valid %)

	Menn			Kvinner		
	Grunnskole	Vgs.	Høy/uni	Grunnskole	Vgs.	Høy/uni
Sosialdemokratisk	40,1	28,1	16,7	47,9	30,6	16,3
Danmark	40,3	26,0	17,7	41,6	24,1	14,3
Finland	55,0	37,4	19,8	62,8	39,1	17,5
Norge	38,4	28,2	16,7	48,3	30,1	16,5
Sverige	26,8	20,8	12,7	38,7	29,0	16,8
Kristendemokratisk	41,7	28,6	21,3	47,5	29,7	19,9
Belgia	36,1	22,7	16,8	44,0	26,5	14,7
Frankrike	50,3	34,3	26,6	57,6	34,2	22,1
Nederland	36,2	23,8	14,5	42,9	27,2	20,1
Sveits	33,5	17,9	13,7	32,3	16,9	9,9
Tyskland	52,4	44,4	34,9	60,6	43,6	32,9
Liberalt	43,8	22,4	15,4	45,9	26,1	17,2
Irland	32,5	11,5	8,1	34,4	17,0	11,1
Israel	57,4	28,8	18,8	59,9	34,9	19,5
Storbritannia	41,6	27,0	19,2	43,5	26,4	20,9
Sør-Europa	42,5	20,1	15,8	57,0	23,9	17,1
Hellas	33,7	15,8	6,1	45,1	13,4	12,7
Kypros	43,9	16,8	6,5	59,3	19,8	6,3
Portugal	54,2	24,1	26,9	67,4	35,5	27,7
Spania	38,0	23,6	23,7	56,3	27,0	21,5
Tyrkia*						
Øst-Europa	64,8	41,3	30,4	74,9	47,0	29,8
Bulgaria	53,7	30,1	30,3	68,7	47,8	33,0
Kroatia	71,1	42,5	25,0	69,6	40,2	26,6
Polen	58,8	39,5	20,9	71,8	42,4	28,4
Slovakia	65,7	44,2	36,8	79,3	51,9	32,8
Slovenia	63,6	42,3	26,8	74,7	48,1	23,5
Tsjekkia	69,6	42,2	37,3	78,5	46,3	30,9
Ungarn	71,3	48,0	35,8	82,0	52,0	33,6
Tidligere Sovjetrep.	82,3	62,2	53,4	90,2	74,7	58,5
Estland	74,8	58,2	44,2	82,3	63,6	40,0
Russland	84,6	61,3	56,2	95,2	79,2	64,7
Ukraina	87,6	67,1	59,9	93,2	81,3	70,8

* Tyrkia har rapportert dårlig helse, men ikke utdanningsnivå. Andelen dårlig helse er 33,2 % for menn og 45,0 % for kvinner.

Vedlegg 3: Tabell 4.5: Prosentandel som rapporterer dårlig helse etter politisk ideologi, kjønn, land og politisk regime i European Social Survey (2008/2010) (Valid %).

	Menn				Kvinner			
	Venstre	Sentrum	Høyre	Abs forskj.*	Venstre	Sentrum	Høyre	Abs forskj.*
Sosialdem.	34,0	28,7	22,8	11,2	29,7	29,6	28,6	1,1
Danmark	32,5	26,6	21,7	10,8	23,1	24,4	24,5	-1,4
Finland	50,2	39,4	32,4	17,8	46,3	37,1	38,1	8,2
Norge	24,3	28,1	22,0	2,3	21,5	29,3	26,6	-5,1
Sverige	29,0	20,7	14,9	14,1	27,8	27,4	25,0	2,8
Kristendem.	31,4	29,7	27,6	3,8	30,2	32,5	33,5	-3,3
Belgia	23,0	25,8	21,9	1,1	28,2	27,9	23,6	4,6
Frankrike	39,7	37,3	34,0	5,7	33,9	40,3	45,6	-11,7
Nederland	28,4	25,9	20,9	7,5	30,1	32,0	32,4	-2,3
Sveits	21,5	17,3	19,6	1,9	14,9	20,0	18,7	-3,8
Tyskland	44,6	42,0	41,6	3,0	43,8	42,5	47,1	-3,3
Liberalt	29,7	27,1	26,1	3,6	28,5	28,1	27,4	1,1
Irland	26,4	18,9	18,3	8,1	24,0	19,5	15,4	8,6
Israel	29,0	32,6	32,3	-3,3	24,6	37,6	32,6	-8
Storbritannia	33,8	29,7	27,7	6,1	36,8	27,2	34,3	2,5
Sør-Europa	30,7	30,1	31,6	-0,9	40,5	39,3	39,8	0,7
Hellas	14,7	18,6	26,8	-12,1	21,8	23,2	28,8	-7
Kypros	24,4	22,1	19,3	5,1	36,4	30,2	23,4	13
Portugal	50,9	44,3	47,2	3,7	57,2	54,9	61,1	-3,9
Spania	30,9	33,4	30,1	0,8	37,5	43,6	43,7	-6,2
Tyrkia	32,6	32,2	34,5	-1,9	49,6	44,8	41,8	7,8
Øst-Europa	52,8	42,6	39,8	13	58	47,7	46,9	11,1
Bulgaria	56,5	33,9	33,8	22,7	66,5	44,0	42,8	23,7
Kroatia	43,5	44,8	48,0	-4,5	46,0	44,3	51,3	-5,3
Polen	52,4	37,7	39,0	13,4	54,3	41,0	48,8	5,5
Slovakia	53,9	43,7	33,8	20,1	60,6	49,8	50,6	10
Slovenia	36,5	45,8	47,4	-10,9	46,5	48,9	51,9	-5,4
Tsjekkia	61,5	42,0	31,4	30,1	63,6	48,7	34,3	29,3
Ungarn	65,1	50,1	45,4	19,7	68,4	57,0	48,4	20
Tidl Sovjetrep.	73,9	63,2	56,1	17,8	80,0	70,7	66,0	14,0
Estland	68,1	58,5	48,7	19,4	67,6	60,6	47,1	20,5
Russland	71,3	62,8	55,6	15,7	85,4	74,8	74,0	11,4
Ukraina	82,2	68,3	64,1	18,1	87,1	76,8	76,9	10,2

* Kolonnen for absolutte forskjeller viser avstand i prosentpoeng (ustandardisert) i dårlig helse mellom venstre og høyre ideologi. Sentrum har oftest en mellomverdi mellom venstre og høyre, men det finnes noen unntak.

Merknad: Politisk ideologi-skala: "Venstre" = 0-3, "Sentrum" = 4-6 og "Høyre" = 7-10.

Vedlegg 4: Tabell 4.6: Fordeling av utdanningsnivå etter land og politisk regime i European Social Survey (2008/2010) (Valid %).

	Grunnskole	Vgs.	Høy/uni
Sosialdemokratisk	21,2	48,1	30,7
Danmark	20,6	45,9	33,5
Finland	27,2	48,3	24,5
Norge	14,8	45,5	39,7
Sverige	22,0	52,8	25,2
Kristendemokratisk	26,3	50,2	23,5
Belgia	29,3	36,1	34,5
Frankrike	31,2	51,3	17,5
Nederland	41,8	31,5	26,7
Sveits	19,0	62,9	18,1
Tyskland	10,2	69,3	20,5
Liberalt	33,6	43,4	23,0
Irland	42,0	40,0	18,1
Israel	17,3	51,1	31,6
Storbritannia	41,4	39,2	19,4
Sør-Europa	53,5	29,3	17,2
Hellas	40,5	41,4	18,1
Kypros	39,2	41,1	19,7
Portugal	75,6	13,5	10,8
Spania	58,6	21,3	20,1
Tyrkia*			
Øst-Europa	23,4	59,9	16,7
Bulgaria	30,5	46,2	23,3
Kroatia	28,5	59,1	12,4
Polen	31,9	45,5	22,6
Slovakia	15,3	69,6	15,1
Slovenia	24,1	59,6	16,4
Tsjekkia	9,1	79,9	11,0
Ungarn	24,3	59,4	16,3
Tidligere Sovjetrep.	17,5	56,2	26,3
Estland	20,4	54,4	25,3
Russland	15,0	57,1	27,8
Ukraina	17,2	57,1	25,7

* Tyrkia har ikke oppgitt utdanningsnivå.

Vedlegg 5: Tabell 4.7: Plassering på venstre/høyre-skalaen (venstre, sentrum og høyre) etter land og politisk regime i European Social Survey (2008/2010) (Valid %).

	Menn			Kvinner		
	Venstre	Sentrum	Høyre	Venstre	Sentrum	Høyre
Sosialdemokratisk	18,4	43,6	37,9	20,0	48,1	31,9
Danmark	19,3	44,1	36,6	25,4	46,0	28,6
Finland	13,7	47,9	38,3	12,0	50,6	37,3
Norge	20,0	40,8	39,2	20,2	50,8	29,0
Sverige	20,6	41,8	37,6	22,4	45,1	32,5
Kristendemokratisk	22,9	52,1	25,0	24,0	57,1	18,8
Belgia	21,0	54,6	24,4	21,8	60,6	17,6
Frankrike	30,4	46,7	23,0	26,7	51,0	22,4
Nederland	19,4	46,6	34,0	20,1	54,5	25,3
Sveits	18,6	52,8	28,6	23,8	57,5	18,7
Tyskland	25,2	59,8	14,9	27,8	62,0	10,2
Liberalt	18,1	53,6	28,4	17,2	58,4	24,4
Irland	17,8	62,0	20,2	15,2	68,9	15,9
Israel	19,4	38,7	41,9	18,3	42,0	39,8
Storbritannia	16,9	60,0	23,1	18,0	64,4	17,6
Sør-Europa	25,1	48,1	26,8	22,0	52,6	25,4
Hellas	19,6	54,5	25,9	16,4	62,2	21,4
Kypros	29,3	39,4	31,3	28,7	41,3	30,1
Portugal	28,3	48,3	23,3	21,1	55,9	23,0
Spania	29,6	53,7	16,7	28,1	56,3	15,6
Tyrkia	18,5	44,6	36,9	15,6	47,4	37,1
Øst-Europa	22,5	48,4	29,0	22,8	50,4	26,8
Bulgaria	22,3	47,2	30,5	27,7	46,1	26,2
Kroatia	23,9	48,4	27,6	23,5	55,2	21,3
Polen	16,4	49,1	34,5	13,7	50,3	36,0
Slovakia	30,2	48,4	21,4	29,7	51,2	19,1
Slovenia	27,6	53,7	18,7	27,6	51,7	20,7
Tsjekkia	22,7	44,2	33,1	22,8	48,3	28,9
Ungarn	14,5	48,0	37,4	14,6	49,8	35,7
Tidligere Sovjetrep.	18,0	55,1	26,9	15,7	60,0	24,3
Estland	16,4	51,7	31,9	15,2	61,5	23,2
Russland	17,7	61,0	21,4	12,5	61,6	25,9
Ukraina	19,9	52,7	27,3	19,5	56,9	23,7

Merknad: Politisk ideologi-skala: "Venstre" = 0-3, "Sentrum" = 4-6 og "Høyre" = 7-10.