

Marianne Tvedt

Sjølvrapportert helse før og under koronapandemien

Ein kvantitativ studie av helseulikheit og velferdsstatar si helsebeskyttande effekt under globale kriser

Masteroppgåve i Lektorutdanning i samfunnsfag for 8 - 13 trinn
Rettleiar: Terje Andreas Eikemo

Juni 2024

Marianne Tvedt

Sjølvrapportert helse før og under koronapandemien

Ein kvantitativ studie av helseulikheit og velferdsstatar si helsebeskyttande effekt under globale kriser

Masteroppgåve i Lektorutdanning i samfunnsfag for 8 - 13 trinn
Rettleiar: Terje Andreas Eikemo
Juni 2024

Noregs teknisk-naturvitskaplege universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitskap
Institutt for sosiologi og statsvitskap

Samandrag

Tema for denne masteroppgåva er sosial ulikheit i helse, og den undersøker ulike velferdsstatar si helsebeskyttande effekt under globale kriser. Covid-19-pandemien reknast å vere den verste folkehelsekrise i nyare tid, og foreløpige bevis tydar på at pandemien drastisk forverrar sosiale ulikheiter i helse over heile verda. På denne måten representerer pandemien ein unik moglegheit til å måle den sanne verdien av ulike velferdssystem. Den metodiske tilnærminga til denne oppgåva er derfor ei komparativ casestudie av tre ulike velferdsstatar: Irland, Italia og Noreg, valt ut med utgangspunkt i Esping-Andersens velferdstypologi. Datagrunnlaget er henta frå European Social Survey (ESS) runde 9 og 10, som vart samla inn før og under covid-19-pandemien. Studiens avhengige variabel er sjølvrapportert helse, og oppgåva undersøker korleis sosioøkonomisk status påverkar sjølvrapportert helse før og under koronapandemien i kvar av dei tre velferdsstatane.

Funna frå denne studien syner at pandemien i liten grad påverkar sjølvrapportert helse i alle dei tre velferdsstatane. Likevel ser helseulikheitene ut til å auka blant menn i Irland, medan dei avtek i Italia. Noreg ser i mellomtida ut til å vere lite berørt av pandemien. Vidare har sosioøkonomisk status, og særleg (følelse kring eiga) inntekt, stor betyding for sjølvrapportert helse på tvers av dei tre velferdsstatane. Overraskande nok er det i den sosialdemokratiske velferdsstaten Noreg at inntekt ser ut til å ha størst betyding for opplevd helse, kjent som det nordiske velferdsparadokset. Studien kastar dermed lys over dei potensielle førebyggjande effektane av ulike velferdssystem og identifiserer kva system som er effektive når det gjeld å beskytte befolkninga mot aukande ulikheiter under pandemien.

Samla sett er det likevel vanskeleg å konkludere med kva velferdsstat som best beskyttar befolkninga under pandemien. Samanhengen mellom koronapandemien og sosial ulikheit i helse er kompleks, og mykje er framleis uklart. Covid-19-pandemien er så fersk at det til no berre har vore mogleg å måle korttidseffektar. I tida etter pandemien vil krava om innstrammingstiltak truleg bli høgare og utfordre dei sosiale sikkerheitsnetta i mange land over heile verda, noko som vil krevje vidare forskning på dette feltet.

Abstract

The theme of this master's thesis is social inequality in health, and it examines the protective effect of different welfare states on health during global crises. The COVID-19 pandemic is considered to be the worst public health crisis in recent times, and preliminary evidence suggests that the pandemic is drastically exacerbating social inequalities in health across the world. In this way, the pandemic represents a unique opportunity to measure the true value of different welfare systems. The methodological approach to this thesis is therefore a comparative case study of three different welfare states: Ireland, Italy and Norway, selected on the basis of Esping-Andersen's welfare typology. The data is collected from the European Social Survey (ESS) round 9 and 10, which were collected before and during the covid-19 pandemic. The study's dependent variable is self-reported health, and the task examines how socioeconomic status affects self-reported health before and during the pandemic in each of the three welfare states.

The findings from the study show that the pandemic has little impact on self-reported health in all three welfare states. Nevertheless, health inequalities appear to be increasing among men in Ireland, while they are decreasing in Italy. Meanwhile, Norway appears to be little affected by the pandemic. Furthermore, socioeconomic status, and especially (feelings about one's own) income, have a major impact on self-reported health across the three welfare states. Surprisingly, it is in the social democratic welfare state of Norway that income appears to have the greatest impact on perceived health, known as the Nordic welfare paradox. In this way, the study sheds light on the potential preventive effects of different welfare systems and identifies which systems are effective in protecting the population against growing inequalities during the pandemic.

Overall, however, it is difficult to conclude which welfare state best protects the population during the pandemic. The relationship between the coronavirus pandemic and social inequality in health is complex, and much remains unclear. The pandemic is so recent that it has so far only been possible to measure short-term effects. In the post-pandemic era, demands for austerity measures are likely to increase and challenge social safety nets in many countries around the world, which will require further research in this field.

Forord

Denne masteroppgåva markerer slutten på fem lærerike år på lektorutdanninga i samfunnsfag ved NTNU i Trondheim. Lektorstudiet har gitt meg brei kompetanse innan sosiologi, norsk, fagdidaktikk og pedagogikk, og på denne måten foreina mange av mine faglege og personlege interesser.

Som framtidig lektor har eg eit mål og eit ønskje om å gjere undervisinga både relevant og engasjerande for elevane mine. Denne masteroppgåva er eit konkret døme på korleis tidlegare forskning og teori kan belyse viktige og samfunnsaktuelle tema. Ved å integrere innsikt frå denne oppgåva i undervisinga, kan eg gi elevane eit djupare innblikk i korleis ulike samfunnsmodellar kan påverke helse og velferd, både generelt og under kriser. Dette vil kunne bidra til å utvikle kritisk tenking og evne til å analysere komplekse problemstillingar. Eg håpar slik å kunne bruke denne kunnskapen til å inspirere mine framtidige elevar til å engasjere seg i samfunnsfaglege spørsmål på ein meningsfull måte, og til å sjå verdien av sosiologisk kunnskap i deira eigen kvardag.

Trass i at det er ei spennande tid framover, er det noko vemodig over det å bli ferdigutdanna, levere den aller siste oppgåva, og seie farvel til mange personar som har hatt så stor betyding i løpet av åra i Trondheim. Mange fortentar ein stor takk for deira støtte og bidrag gjennom denne tida. Først og fremst vil eg rette ein stor takk til min rettleiar, Terje Andreas Eikemo, som har kome med mange gode råd og innspel gjennom heile arbeidet med masteroppgåva.

Eg ønskjer også å takke min kjære sambuar, Vegard Øien, for støtte og korrekturlesing. Di tolmodigheit og oppmuntring har vore uvurderleg gjennom heile prosessen.

Til slutt ønskjer eg også å rette ein stor takk til familie og vener for oppmuntrande og fine ord gjennom denne tida. Eg vil også takke gjengen på lesesalen for godt venskap og mykje latter, gode råd og innspel. De har gjort skrivedagane både hyggelege og produktive!

Marianne Tvedt

Trondheim, juni 2024

Innholdsliste

| | |
|--|------------|
| Samandrag | v |
| Abstract | vi |
| Forord | vii |
| Figurar | x |
| Tabellar | x |
| 1.0 Innleiing | 1 |
| 1.1 Koronapandemien - ein gjennomgang..... | 3 |
| 1.2 Oppgåvas disposisjon | 3 |
| 2.0 Tidlegare forskning og teori | 5 |
| 2.1 Helse og sosial ulikheit | 5 |
| 2.2 Fundamental årsaksteori | 7 |
| 3.0 Bakgrunn for val av land | 10 |
| 3.1 Esping-Andersen sin velferdstypologi | 10 |
| 3.1.1 Den liberale velferdsstaten | 13 |
| 3.1.2 Den konservative velferdsstaten..... | 14 |
| 3.1.3 Den sosialdemokratiske velferdsstaten | 14 |
| 4.0 Metode | 16 |
| 4.1 Datamateriale og utval..... | 16 |
| 4.2 Forskingsdesign: komparativ casestudie..... | 17 |
| 4.3 Multipel logistisk regresjonsanalyse | 18 |
| 4.4 Variablar | 19 |
| 4.4.1 Avhengig variabel | 19 |
| 4.4.2 Forklaringsvariablar..... | 20 |
| 4.4.3 Kontrollvariablar | 23 |
| 5.0 Analyse | 25 |
| 5.1 Deskriptiv statistikk | 26 |
| 5.2 Resultat | 30 |
| 5.2.1 Irland..... | 31 |
| 5.2.2 Italia | 33 |
| 5.2.3 Noreg..... | 34 |
| 6.0 Diskusjon | 37 |
| 6.1 Sjølvrapportert helse under pandemien | 37 |
| 6.2 Velferdsstatens ulikheitsreducerande effekt..... | 39 |
| 6.2.1 Den liberale velferdsstaten Irland | 40 |
| 6.2.2 Den konservative velferdsstaten Italia..... | 42 |
| 6.2.3 Den sosialdemokratiske velferdsstaten Noreg..... | 45 |
| 6.2.4 Samanlikning | 47 |
| 6.3 Lærdommar og implikasjonar | 48 |
| 6.4 Styrkar og svakheiter..... | 50 |
| 7.0 Konklusjon | 52 |
| 7.1 Vidare forskning | 53 |
| Litteraturliste | 55 |
| Vedlegg | 62 |
| Vedlegg 1: Logistisk regresjonsmodell..... | 62 |
| Vedlegg 2: Stegvis modellutvikling av AME | 63 |

| | |
|--|-----------|
| Vedlegg 3: Formell test for runde 9 og 10 | 64 |
| Vedlegg 4: Formell test for runde 9 og 10 i Irland med utdanningslengd som uavhengig variabel | 65 |

Figurar

| | |
|--|----|
| Figur 5.1: Samspeleffekt mellom utdanningsnivå og runde 9 og 10 i Noreg..... | 27 |
| Figur 5.2: Samspeleffekt mellom utdanningsnivå og runde 9 og 10 i Irland..... | 27 |
| Figur 5.3: Samspeleffekt mellom utdanningslengd og runde 9 og 10 for kvart kjønn i Irland..... | 28 |
| Figur 5.4: Samspeleffekt mellom utdanningsnivå og runde 9 og 10 i Italia..... | 29 |

Tabellar

| | |
|---|----|
| Tabell 3.1: Esping-Andersen sine velferdsregimer..... | 12 |
| Tabell 5.1: Beskrivande statistikk for variablane i analysane..... | 26 |
| Tabell 5.2: Gjennomsnittlege marginaleffektar for å rapportere god helse i Irland, Italia og Noreg før og under covid-19-pandemien. AME og p-verdiar i parentes. | 31 |
| Tabell 6.1: Samanliknande tabell for velferdsstatane før og under covid-19-pandemien..... | 48 |

1.0 Innleiing

Ved inngangen til det 21. hundreåret har me vore vitne til ei rekkje ulike kriser. Frå den økonomiske uroa og ustabiliteten etter finanskrisa, til den vaksande straumen av flyktningar under migrasjonskrisa og den stadig aukande hyppigheita av klima- og naturkatastrofar. I nyare tid har den globale koronapandemien bidrege til omfattande sosiale, helsemessige og økonomiske konsekvensar. I tillegg har energikrise og krig, saman med pandemien, ført til betydelege prisaukingar både nasjonalt og internasjonalt, og me står no midt i ein periode med høg inflasjon, eller «dyrtid». Krisene står med andre ord på rekkje og rad, og medfører nødvendigvis store utfordringar for menneske og samfunn. Store samfunnsomveltingar, som nettopp økonomiske kriser, naturkatastrofar og pandemiar, medfører ei grunnleggjande endring av menneske sine levekår, og har gong på gong synt seg å ha tette forbindelsar med ulikheit generelt og helseulikheit spesielt (Dahl et al., 2015; Heggebø et al., 2019; Øversveen & Rydland, 2021, s. 137).

I takt med at det stadig dukkar opp nye utfordringar og kriser både nasjonalt og globalt, blir det stadig viktigare å gjennomføre studiar som undersøker korleis konsekvensane av slike hendingar kan kome til å påverke dei sosiale helseforskjellane i komande år. Tema for denne masteroppgåva er sjølvrapportert helse før og under det som blir rekna som den verste folkehelsekrisa i nyare tid: covid-19-pandemien. Konsekvensane av slike hendingar rammar ikkje tilfeldig, men er ofte med på å reprodusere og forsterke eksisterande sosiale skiljelinjer. Ifølgje Friedman et al. (2021) representerer pandemien derfor ein unik moglegheit til å måle den sanne verdien av velferdssystem når det gjeld å beskytte befolkninga mot aukande sosiale forskjellar. Ettersom helseforskjellane aukar kraftig i mange land som følgje av pandemien, utgjer dette ein sjeldan sjanse til å vurdere graden av sosial beskyttelse som ulike velferdssystem tilbyr. Med fokus på kva konsekvensar covid-19-pandemien har for ulikheiter i helse på tvers av ulike velferdssystem, søker denne oppgåva å identifisere lærdommar og implikasjonar for framtidige kriser og utfordringar. Dette kan ha betydning for utviklinga av tiltak for å redusere sosiale helseforskjellar.

Foreløpige bevis tydar på at covid-19-pandemien drastisk forverrar sosiale ulikheiter i helse over heile verda, via direkte og indirekte effektar. Dei umiddelbare effektane er udiskutable og synlege i mange land, der covid-19-infeksjonar og -dødelegheit har ramma etniske minoritetar og personar med låg sosioøkonomisk status urettferdig hardt (Bambra et al., 2020). Truleg vil også ein sosial gradient gjere seg gjeldande i dei direkte effektane av covid-19-infeksjon på lengre sikt, der personar i lågare sosioøkonomiske lag er meir utsett for symptom på long-covid, som utmatting, muskelsmerter og andre kroniske

etterverknader av covid-19-infeksjon (Whitaker et al., 2022). På denne måten kan covid-19 opplevast som ein syndemisk pandemi, der ulikheitene i covid-19-infeksjonar heng saman med eksisterande ulikheiter i kroniske sjukdommar og sosiale helsedeterminantar (Bambra et al., 2021, s. 14). Attpåtil truar dei indirekte økonomiske effektane av pandemien med å forsterke sosiale ulikheiter i åra som kjem (Friedman et al., 2021). Ein stor del av verdas arbeidsstyrke har blitt pressa ut av arbeidslivet (Dias, 2021), og sjølv i velutvikla velferdsstatar som Noreg, er permitteringar vanlegare blant lågare sosioøkonomiske grupper (Carlsen et al., 2022). Til saman teiknar desse konsekvensane av covid-19-pandemien eit bekymringsfullt bilete av korleis den forverrar sosiale helseforskjellar. Pandemiens syndemiske karakter knyt ulikheitene i covid-19-infeksjonar til allereie eksisterande sosiale helseforskjellar og kroniske sjukdommar, medan dei indirekte økonomiske konsekvensane truar med å forsterke desse ulikheitene i framtida. Ifølgje Friedman et al. (2021) vil nokon av desse syndemiske eigenskapane forsvinne etter kvart som pandemien går over, medan andre konsekvensar sannsynlegvis vil vedvare i minst ein generasjon til.

Midt i dei sosiale og økonomiske konsekvensane av pandemien er det sannsynleg at sterke sosiale velferdssystem vil vere effektive bufferar mot dei verste sosiale konsekvensane av pandemien (Friedman et al., 2021). Helse og helseulikheit blir i stor grad bestemt av inntektsforskjellar, formuefordeling og andre aspekt ved sosioøkonomiske ulikheiter (Eikemo et al., 2008). Sosiale overføringar og velferdstilbod er i mellomtida meint å motverke slike ulikheiter, og på denne måten spelar velferdspolitik og velferdsstatens utforming ei viktig rolle i helseutfall. I lys av dette vil denne masteroppgåva ta utgangspunkt i problemstillinga: *I kva grad og på kva måte har koronapandemien påverka sjølvrapportert helse i ulike velferdssystem?* Målet med oppgåva er å undersøkje kva konsekvensar covid-19-pandemien har for ulikheiter i helse på tvers av ulike velferdssystem. Derfor tek oppgåva sikte på å undersøkje den betydinga sosioøkonomisk status har for sjølvrapportert helse før og under koronapandemien. Utforminga av velferdsstaten spelar ei sentral rolle når det gjeld omfanget og effekten av sosioøkonomisk status på helse. Derfor vil ein viktig del av oppgåva vere å undersøkje om – og i så fall kvifor – eigenskapar ved visse velferdsregimer kan ha ei helsebeskyttande effekt under store samfunnskriser, som koronapandemien. På denne måten vil sjølvrapportert helse bli studert i tre ulike velferdsregimer, Irland, Italia og Noreg, i tråd med Esping-Andersen (1990a) sin velferdstypologi.

Alt i alt vil denne studien kaste lys over dei komplekse samanhengane mellom kriser, sosioøkonomisk status og sjølvrapportert helse, og forhåpentlegvis bidra til ei djupare

forståing av korleis ulike velferdsregimer kan beskytte befolkninga i tider prega av usikkerheit.

1.1 Koronapandemien - ein gjennomgang

Før eg går vidare til det teoretiske rammeverket til oppgåva, er det viktig å etablere ei grundig forståing av konteksten, nemleg koronapandemien. Koronapandemien var (og er) eit verdsomspennande utbrot av den smittsame sjukdomen covid-19. Viruset vart først påvist i Kina kring årsskiftet 2019/2020, og etter rask spreiring av viruset erklærte Verdens Helseorganisasjon (WHO, 2020) utbrotet som ein pandemi i mars 2020. I august 2023 var det registrert over 760 millionar tilfelle og omlag 6,9 millionar dødsfall på verdsbasis, men det reelle talet antakast å vere høgare (WHO, 2023b). Dette understrekar dei betydelege helsemessige konsekvensane av koronapandemien. I mellomtida har ikkje berre dei direkte helsekonsekvensane aleine påverka verdas befolkning under koronapandemien. Covid-19-pandemien og dei politiske restriksjonane, som nedstengingar og reglar for heimekontor, fekk vidtrekkande konsekvensar, ikkje berre for helsa, men også for økonomien, næringslivet og folk sitt daglege liv over heile verda. Eit av dei viktigaste tiltaka i handteringa av covid-19-pandemien var sosial distansering, altså å begrense kontakten ein har med andre menneske (Øversveen & Rydland, 2021, s. 142). Lite sosial kontakt kan føre til einsamheit, redusert livskvalitet og svekka psykisk helse (NOU 2021:6, 2021, s. 408). I tillegg førte koronapandemien til ei kraftig auke i permitteringar og arbeidsledigheit. Igjen er allereie marginaliserte grupper hardast ramma, der personar med låg utdanning og låg inntekt var overrepresentert (Bratsberg et al., 2020). Samstundes er det framleis usikkert korleis pandemien vil påverke samfunnets økonomiske, politiske og sosiale strukturar framover, til tross for at WHO (2023a) kunngjorde at akuttfasen av covid-19 var over i mai 2023.

1.2 Oppgåvas disposisjon

Oppgåva er strukturert i sju ulike kapittel. I følgjande kapittel vil eg gjere reie for tidlegare forskning og teori på sosiale ulikheiter i helse. Dette inkluderer ei oppklaring i omgrepa helse, sosial ulikheit og sosioøkonomisk status (SØS) – både generelt og under kriser. I tillegg vil eg presentere teorien om fundamentale årsaker, som er eit av dei mest innflytelsesrike forsøka på å gi ein teoretisk infrastruktur for dei sterke samanhengane mellom indikatorar for sosioøkonomisk status og helse (Veenstra, 2018). I kapittel tre vil eg gjere reie for ulike velferdstypar basert på Esping-Andersen (1990a) sin velferdstypologi, som også dannar det teoretiske grunnlaget for val av land til analysen og gir teoretisk innsikt i dei ulike velferdsstatane si utforming og evne til å beskytte befolkninga. Vidare, i kapittel fire, følgjer metodekapittelet, der eg presenterer sjølv datagrunnlaget, den metodiske tilnærminga komparativ analyse og sjølv metoden eg har

brukt for å analysere dataa. I tillegg inkluderer kapittelet ein presentasjon av den avhengige variabelen brukt i analysen, samt andre forklarings- og kontrollvariablar. I kapittel fem legg eg fram funna frå regresjonsanalysen. Her vil eg beskrive funn frå eitt land om gangen og samanlikne funna kontinuerleg gjennom kapittelet. I kapittel seks vil eg diskutere funna frå resultatdelen ved hjelp av tidlegare forskning og teori allereie presentert. Berre funn vurdert som relevant og interessant for å svare på problemstillinga vil vere gjenstand for diskusjon. Med utgangspunkt i funn vil kapittelet også inkludere ein refleksjon over kva langsiktige folkehelsepolitiske tiltak som er nødvendige for å sikre at covid-19-pandemien ikkje aukar helseforskjellar for framtidige generasjonar. Mot slutten av kapittelet diskuterer eg styrkar og svakheiter ved oppgåva, før konklusjonen følgjer i siste og sjuande kapittel. Dette inkluderer ei oppsummering av dei viktigaste funna, samt avsluttande tankar kring vidare forskning på feltet.

2.0 Tidlegare forskning og teori

I denne delen av oppgåva vil eg presentere det teoretiske rammeverket eg har valt for å analysere sjølvrapportert helse før og under covid-19-pandemien. Først vil eg gi ei oversikt over omgrepa helse og sosial ulikheit, samt ein gjennomgang av omgrepet sosioøkonomisk status og den betydinga det kan ha for helse. Vidare følgjer teorien om fundamentale årsaker, som hevdar at samanhengen mellom sosioøkonomisk status og dårleg helse oppstår som ein konsekvens av ulik tilgang til visse «fleksible» ressursar. Dette skuldast systematiske forskjellar i korleis folk brukar desse ressursane, anten til fordel for eiga helse eller ikkje, avhengig av deira sosioøkonomiske posisjon (Phelan et al., 2010; Zapata Moya et al., 2015). Deretter vil eg i neste kapittel gjennomgå ulike velferdstypar med utgangspunkt i Esping-Andersen sin velferdstypologi, og slik grunngi valet av land til analysen. På denne måten er oppgåva forankra i teoriar på både mikro- og makronivå, og oppgåva tar føre seg helsevariasjonar før og under koronapandemien på både individ- og samfunnsnivå.

2.1 Helse og sosial ulikheit

Helse er eit omgrep som er vanskeleg å definere, sjølv om det er eit ord som stadig vekk blir brukt i dagleglivet. I helseulikheitsforskinga er det i mellomtida vanleg å syne til Verdens helseorganisasjon (WHO, u.å.-a) sin definisjon av helse som «ein tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære». Helse er dermed ikkje berre fråvær av sjukdom, men ein tilstand som påverkar livskvalitet, meistringsevne og velvære til ei kvar tid. Ein person si helse er vidare bestemt av både arvelege faktorar og påverknadar frå miljøet. Medan arv og genetisk risiko bidreg til ein del av variasjonen i helse og førekomst av sjukdom, er det likevel ein betydeleg del av variasjonen som ikkje kan forklarast av arv og genetik (FHI, 2019). Påverknadar frå miljøet spelar derfor ei avgjerande rolle i denne samanhengen.

Miljøpåverknadar omfattar ulike sosiale faktorar som kan påverke helse og sjukdom på forskjellige måtar. Dette inkluderer både helsefremmande faktorar og risikofaktorar. Helsefremmande miljøfaktorar er mellom anna gode oppvekstvilkår med eit sunt kosthald og fysisk aktivitet, utdanning og sosial støtte frå familie og vener. Risikofaktorar i miljøet er derimot omsorgssvikt, dårleg ernæring, lite fysisk aktivitet, belastande livshendingar og røyking, alkohol eller andre rusmiddel (FHI, 2019). Desse sosiale faktorene blir ofte referert til som sosiale helsedeterminantar i faglitteraturen, og definerast som ikkje medisinske faktorar som påverkar helseutfall. Det dreiar seg om forhold der menneske blir fødd, veks opp, arbeidar og blir eldre, samt det breiare settet av krefter og system som formar forhold i dagleglivet (WHO, u.å.-b). For eksempel kan foreldres betoning av utdanningas verdi påverke ein persons avgjerd om å forfølge høgare utdanning. Dette kan skape eit grunnlag

for langsiktige helsefordelar, då høgare utdanning ofte er assosiert med betre økonomisk stabilitet, sunnare livsstil og betre tilgang på helsetenester (Zapata Moya et al., 2015). På same måte kan sosialt nettverk også ha stor betydning for helseutfall, der for eksempel venner kan påverke om ein person byrjar å røyke eller ikkje. Røyking har kjente helsekonsekvensar, inkludert auka risiko for hjarte- og lungesjukdommar, kreft og tidleg død. På denne måten har ei rekkje små og store forhold direkte og indirekte betydning for helse.

Samfunnet kan også påverke korleis helse fordelar seg i befolkninga - og det er dette denne oppgåva er oppteken av. Dei viktigaste helsedeterminantane handlar ikkje nødvendigvis om risikofaktorar i seg sjølv, men finn stad i dei meir overordna og stabile aspekta ved samfunnet (Øversveen & Rydland, 2021, s. 138). Forsking syner tydeleg at helse og dødelegheit heng saman med sosial posisjon, i den forstand at god helse følgjer med sosiale og økonomiske privilegium (Balaj et al., 2024; Heggebø et al., 2019; Phelan et al., 2010; Thoits, 2010). Dette fenomenet blir kalla sosial ulikheit i helse, og kan definerast som systematiske og sosialt produserte variasjonar i helse mellom sosiale grupper. Sosial ulikheit i helse er definert som sosialt produserte, for å understreke at det ikkje er naturskapt, men forma av sosiale faktorar ved samfunnet me lev i (Øversveen & Rydland, 2021, s. 10). Med andre ord, er sosial ulikheit i helse ikkje tilfeldig, men snarare eit resultat av strukturelle og samfunnsmessige forhold.

Eit mykje brukt perspektiv for å undersøkje sosiale ulikheiter i helse er å studere korleis helsevariasjonar følgjer inntekt, utdanning og yrkesstatus – ofte referert til som sosioøkonomisk status (Braveman et al., 2005; Elstad, 2005; Øversveen & Rydland, 2021, s. 38). Som ordlyden antyd, er formålet med omgrepet å fange opp dei sosiale og økonomiske faktorane som har betydning for individet sin sosiale posisjon i samfunnet. I moderne samfunn er det i mellomtida ei lang rekkje andre forhold enn inntekt, utdanning og yrkesstatus som kan tenkjast å ha betydning for sosial posisjon. Kjønn, etnisk tilhørslse, seksuell legning, alder, politisk makt og sosialt nettverk spelar også inn. Forskingspraktisk kan det derfor vere vanskeleg å måle sosioøkonomisk status direkte, og det er vanleg at omgrepet operasjonaliserast gjennom bruk av utdanning, inntekt og yrkesstatus (Braveman et al., 2005; Øversveen & Rydland, 2021). Ettersom denne oppgåva undersøker betydninga av sosioøkonomisk status under koronapandemien, er det også viktig å vurdere kva potensielle endringar i måla for sosioøkonomisk status dette kan medføre. Sjølv om utdanning, inntekt og yrkesstatus alle er oppnådde eigenskapar, skil dei seg frå kvarandre i forhold til kor elastiske dei er. Yrke og inntekt er meir utsett for endringar under ein pandemi enn utdanningsnivå. For eksempel kan ein tilsynelatande utjamning av helseforskjellar skuldast at personar med betre helse flyttar frå eit høgt til

eit lågare økonomisk sjikt, for eksempel ved å miste jobben (Heggebø et al., 2019). Utdanning er ein meir stabil eigenskap som ikkje enkelt let seg redusere under ein pandemi. Derfor vil utdanningslengd bli vektlagt som ein indikator for sosioøkonomisk status. Yrkesstatus og inntekt vil likevel vere viktige variablar i analysen, men det må takast i betraktning at desse faktorane kan ha blitt påverka av dynamikken i koronapandemien.

2.2 Fundamental årsaksteori

Det er mykje litteratur og forskning som syner sterke samanhengar mellom indikatorar for sosioøkonomisk status og individuell helse. Dei sosioøkonomiske forskjellane i helse og dødelegheit er store, robuste og veldokumenterte (Phelan et al., 2010). Spørsmålet er likevel korleis og kvifor det sosiale spelar inn på helseutfall? Tidlegare forskning har i stor grad kunne påvist korleis ei rekkje risikofaktorar for dårleg helse er statistisk assosiert med ein ufordelaktig sosial posisjon, men dei sosiale årsakene til denne fordelinga er i mindre grad undersøkt (Øversveen & Rydland, 2021, s. 71). Teorien om fundamentale årsaker er i mellomtida eit av dei mest innflytelsesrike forsøka på å gi ein teoretisk infrastruktur for dei sterke samhengane mellom indikatorar for sosioøkonomisk status og helse (Veenstra, 2018). Teorien er inspirert av den amerikanske sosiologen Stanley Lieberman (1987) sin teori om grunnleggjande årsaker, men frå 1995 og utover har Bruce Link og Jo Phelan vore sentrale i utviklinga av dette perspektivet. Dei hevda at ein ikkje kan påstå at ein forstår kvifor helseforskjellar eksisterer om ein ikkje kan forklare kvifor dei vedvarer. Om ein kan forstå kvifor dei vedvarer, kan dette seie noko om det meir generelle problemet med årsakene til helseforskjellar (Phelan et al., 2010). Med andre ord kan den påfallande vedvarande karakteren av helseulikheit vere ein nøkkel til å forstå det meir generelle faktumet, eller den fundamentale årsaka til, at slike skilnadar eksisterer.

Ifølgje Phelan et al. (2010) har ein fundamental årsak til ulikheiter i helse fire viktige kjenneteikn. For det første påverkar den fleire sjukdomsutfall, noko som betyr at det ikkje er begrensa til éin eller nokre få sjukdommar eller helseproblem. For det andre skjer denne påverkinga gjennom fleire risikofaktorar. For det tredje inneberer ein fundamental årsak til helseulikheit tilgang til fleksible ressursar for å unngå eller minimere konsekvensane av sjukdom når den først har oppstått. Til slutt reproduserast samanhengen mellom ein fundamental årsak og helse over tid gjennom utskifting av intervensjonar og forskyvingar av risikofaktorar (Phelan et al., 2010). Eksempelvis har røyking gått frå å vere assosiert med høg status til å bli ei lågstatusvane, utan at dette har endra samanhengen mellom sosial posisjon og helse (Øversveen & Rydland, 2021, s. 71). Det er den vedvarande samanhengen mellom sosioøkonomisk status og generell helse, til tross for

endringar og forskyvingar i viktige risikofaktorar, som gjer at Phelan et al. (2010) kallar sosioøkonomisk status ein «fundamental» årsak til helseforskjellar.

I teorien om sosioøkonomisk status som den grunnleggjande, fundamentale årsaka til helseulikheiter, er grunntanken at lagdeling og sosiale ulikheiter fører til ei skeiv fordeling av visse «fleksible ressursar». Desse fleksible ressursane er kategoriar av middel som kan takast i bruk for å oppnå helsefordelar, og blir kalla «fleksible» fordi dei kan brukast på ulike måtar i ulike kontekstar for å fremje eiga helse (Phelan et al., 2004, 2010). Dei er ofte korrelert med sosioøkonomiske ressursar som utdanning, inntekt og yrke, men pengar, kunnskap, makt, status og sosiale nettverk er i mellomtida dei vanlegaste ressurskategoriane i fundamental årsaksteori (Phelan et al., 2010; Zapata Moya et al., 2015; Øversveen & Rydland, 2021, s. 74). Dei fleksible ressursane kan forståast som «risikoen for risiko» som påverkar den enkelte si helseåtfærd ved å påverke om folk veit, har tilgang til, har råd til eller får sosial støtte til å utøve helsefremmande eller helsebeskyttande åtfærd. Med andre ord kan tilgjengelegheita av fleksible ressursar anten auke eller redusere risikoen for å utvikle helseproblem ved å påverke ein person si evne til å ta vare på eiga helse. Dess høgare sosioøkonomisk status, dess fleire ressursar har ein til å skaffe seg fordelar og oppretthalde ein god helsetilstand. Eksempelvis kan pengar brukast til å kjøpe gode helsetenester, sunn mat og medlemskap på treningscenter; auka kunnskap om helserisiko kan bidra til gode helseval; og makt og sosiale nettverk kan gi kunnskap om og tilgang til innovative behandlingar for helseproblem (Øversveen & Rydland, 2021, s. 74; Phelan et al., 2004, 2010).

I tillegg kan tilgangen til ressursar forme ulike kontekstar, som varierer dramatisk med omsyn til tilhøyrande helsefremmande faktorar og risikofaktorar. Under koronapandemien hadde fleire høgt utdanna yrker (med visse unntak) privilegiet av å kunne arbeide heimanfrå. Dette gav dei fordelar som redusert smitterisiko og stabil inntekt. I tillegg fekk foreldre moglegheit til tettare oppfølging av barn og unge under heimeskule, og til og med hjelpe til med skularbeidet takka vere den kunnskapen høgare utdanning bidreg med. Lågt utdanna yrker derimot, som mellom anna serviceyrke, butikkmedarbeidarar, transportarbeidarar og andre, kunne ikkje arbeide heimanfrå. Desse yrka stod ovanfor ei dobbel ulempe; på den eine sida kunne dei oppleve inntektsusikkerheit på grunn av permitteringar og redusert arbeidstid, og på den andre sida stod dei ovanfor ein høgare risiko for smitte dersom dei fekk møte på jobb. På denne måten er det tydeleg at pandemiar kan ha større innverknad på nokre sosioøkonomiske grupper enn andre, og at det er ei lang og detaljert liste over mekanismar som knyt sosioøkonomisk status og helse saman, der dei fleste av desse favoriserer personar med betre forutsetningar (Phelan et al., 2004). For å analysere korleis koronapandemien har påverka sjølvrapportert helse, vil

fundamental årsaksteori derfor vere eit nyttig verktøy. Dette opnar opp for å undersøkje i kva grad folk kan bruke sine fleksible ressursar ulikt i nedgangstider, anten til fordel for eiga helse eller ikkje, avhengig av deira sosioøkonomiske posisjon.

3.0 Bakgrunn for val av land

I denne delen av oppgåva vil eg presentere bakgrunnen for kvifor dei aktuelle velferdsstatane er blitt valt. Som allereie nemnd, spelar utforminga av velferdsstaten ei avgjerande rolle når det gjeld helse, og spesielt i å handtere helseulikheit gjennom sosiale overføringar og velferdstilbod (Eikemo et al., 2008). Ein sentral del av oppgåva er dermed å undersøkje om – og i så fall kvifor – eigenskapar ved visse typar velferdsregimer kan ha ein helsebeskyttande effekt mot dei sosiale konsekvensane av koronapandemien. Valet er nøye gjennomtenkt og basert på ein kombinasjon av teoridrivne vurderingar og pragmatiske omsyn. I det følgjande vil eg derfor presentere tre idealtypiske velferdsstatar, Irland, Italia og Noreg, med utgangspunkt i Esping-Andersen sin velferdstypologi. Velferdsstatar og deira ulike former har lenge vore eit sentralt tema innan sosiologi og studiar av helseulikheit, og velferdstypologien til Esping-Andersen (1990a) tilbyr eit nyttig rammeverk for å forstå dei grunnleggjande strukturane og prinsippa som ligg til grunn for ulike velferdsmodellar. Når det gjeld pragmatiske omsyn har valet av kvar idealtypiske velferdsstat nødvendigvis også blitt styrt av tilgjengelege data.

3.1 Esping-Andersen sin velferdstypologi

Ein velferdsstat kan enkelt definerast som ein stat som sikrar innbyggjarane eit minimum av velferd. Graden av velferd kvar stat tilbyr, varierer i mellomtida mellom ulike velferdsstatsregimer. Basert på det velferdstilbodet ein stat tilbyr, grupperer velferdstypologiar liknande velferdsstatar saman. Innanfor dette feltet har Esping-Andersen hatt stor innflytelse med *The Three Worlds of Welfare State Capitalism* (1990a), der han klassifiserer velferdsstatar i tre ulike regimetypar: liberale, konservative og sosialdemokratiske velferdsstatar. Velferdstypologien byggjer hovudsakleg på tre grunnleggjande prinsipp: dekommodifisering, sosial stratifisering og blandinga av offentlege og private velferdstilbod. I tillegg vart eit fjerde prinsipp, de-familialisering, lagt til i ei revidert analyse, *Social Foundations of Postindustrial Economies*, i 1999.

Dekommodifisering omhandlar i kva grad befolkninga si velferd er avhengig av marknaden (Esping-Andersen, 1990b). Eit sentralt kjenneteikn ved kapitalistiske samfunn er at arbeidskraft er kommodifisert. Dette betyr at arbeidskraft behandlast som ei vare som kan kjøpast og seljast for pengar. I eit samfunn der lønnsarbeid er norma, som i dei fleste moderne samfunn, vil derfor fleirtalet av befolkninga i utgangspunktet vere avhengig av marknaden for å overleve (Esping-Andersen, 1990b; Øversveen & Rydland, 2021, s. 87). Når Esping-Andersen (1999, s. 43) tek utgangspunkt i dekommodifisering i analysen, omhandlar det staten si evne til å redusere arbeidstakarane si avhengigheit av marknaden, ved å tilby velferdstenester som trygdeordningar og sosialhjelp. Dette gjer det mogleg å overleve *utan* å måtte arbeide.

Ei anna sentral problemstilling innanfor velferdstypologien, er kva lagdelingssystem sosialpolitikken i velferdsstaten fremjar. Velferdsstaten er ikkje berre eit organ som grip inn, og eventuelt korrigerer, ulikheitsstruktur; den er i seg sjølv eit lagdelingssystem og spelar ei aktiv rolle i å organisere sosiale relasjonar (Esping-Andersen, 1990a, s. 23). Dersom trygdeordningar eller sosialhjelp ikkje klarer å frigjere individ frå marknaden i vesentleg grad, fører ikkje velferdstenester aleine til dekommodifisering. Behovsprøvd fattighjelp vil kunne fungere som eit sikkerheitsnett i siste instans, men dersom ytingane er låge og forbunden med sosial stigmatisering, vil hjelpeapparatet tvinge alle andre enn dei mest desperate til å delta på marknaden (Esping-Andersen, 1990b). På denne måten er sosial stratifisering ein sentral del av analysen, og handlar i korte trekk om velferdsstatane si evne til å oppretthalde eller bryte ned sosiale lagdelingar i samfunnet.

Det tredje prinsippet Esping-Andersen sin velferdstypologi baserer seg på, er blandinga av offentleg og privat sektor, og omhandlar statens, familiens og marknaden relative roller i velferdstilbodet. I alle moderne land finn me ein eller anna form for blanding av offentlege og private velferdstilbod, og det er ifølgje Esping-Andersen (1990a, s. 79) i dette forholdet ein finn nokon av velferdsstaten sine viktigaste strukturelle eigenskapar. Eksempelvis, vil ein sosialdemokratisk velferdsstat unngå å basere seg på den private marknaden, då dette ikkje sikrar universelle rettar og oppfattast som urettferdig. På motsett side, vil ein liberal velferdsstat unngå å basere seg på offentlege velferdstilbod, då dette undergrev effektivitet og fridom (Esping-Andersen, 1990a, s. 4). Slik vil forholdet mellom offentleg og privat nødvendigvis påverke velferdstilbodet kvar stat tilbyr, og er med det ein avgjerande faktor i klassifiseringa av ulike velferdsregimer.

Til slutt er det fjerde, og siste prinsippet, i velferdstypologien de-familialisering. Som nemnt tidlegare vart de-familialisering først lagt til i ei revidert analyse i 1999, etter at Esping-Andersen (1990a) sin opphavelige modell vart kritisert for å oversjå betydinga av kjønn (Arts & Gelissen, 2002; Bamba, 2006). I *Social Foundations of Postindustrial Economies* (1999) kjem Esping-Andersen denne kritikken i møte, og erkjenner at han har oversett kjønnsforskjellar innanfor velferdsstaten og manglar ei analyse av familien. Av denne grunn introduserer han eit nytt prinsipp, de-familialisering, som omhandlar i kva grad den enkelte vaksne kan oppretthalde ein akseptabel levestandard, uavhengig av familiære eller ekteskapelege relasjonar, anten gjennom lønnsarbeid eller trygdeordningar. Prinsippet gjeld spesielt for kvinner, eller mødrer, ettersom deira familieansvar gjerne kan hindre moglegheiter til å få full økonomisk uavhengigheit gjennom arbeid aleine (Esping-Andersen, 1999, s. 45). På denne måten spelar velferdsstaten ei sentral rolle i å sikre kvinner økonomisk uavhengigheit, og de-familialisering er ein viktig del av den reviderte velferdstypologien.

Basert på desse fire grunnleggjande prinsippa finn Esping-Andersen (1999, s. 85) tre ulike regimetypar: liberale, konservative og sosialdemokratiske velferdsstatar. Desse blir samanfatta i tabell 3.1:

Tabell 3.1: Esping-Andersen sine velferdsregimer

| | Liberal | Konservativ | Sosialdemokratisk |
|--|---|--|--|
| Betydinga av: <ul style="list-style-type: none"> • Familie • Marknad • Stat | <ul style="list-style-type: none"> • Marginal • Sentral • Marginal | <ul style="list-style-type: none"> • Sentral • Marginal • Supplerande | <ul style="list-style-type: none"> • Marginal • Marginal • Sentral |
| Velferdsstaten: <ul style="list-style-type: none"> • Dominerande form for solidaritet • Dominerande stad for solidaritet • Grad av dekommodifisering | <ul style="list-style-type: none"> • Individuell • Marknad • Minimal | <ul style="list-style-type: none"> • Slektskap • Familie • Høg (for forsørgjaren) | <ul style="list-style-type: none"> • Universell • Staten • Maksimal |
| Forventing til helseulikheit | Høg | Moderat | Låg |
| Døme | USA, Storbritannia, Irland | Tyskland, Italia, Frankrike | Noreg, Sverige, Danmark |

Trass i at velferdsregimemodellen til Esping-Andersen har hatt stor innflytelse, har den også motteke ein del kritikk. Som allereie nemnt omhandla noko av kritikken eit manglande kjønnspektiv. I tillegg er typologien mellom anna kritisert for fråværet av dei «yngre» velferdsstatane i Sør-Europa (Arts & Gelissen, 2002; Bamba, 2006). Som eit resultat av dette har andre føreslått modifiserte eller alternative, gjerne utvida, typologiar (Bonoli, 1997; Ferrera, 1996; Siaroff, 1994). Esping-Andersen sin typologi har likevel vist seg å vere eit svært robust og overtydande verktøy for nettopp komparative studiar av velferdsstatar (Abrahamson, 1999; Arts & Gelissen, 2002). Av denne grunn har eg valt å halde fast ved has typologi. Det er i mellomtida viktig å understreke at velferdstypologiane må forståast som *konstruerte* idealtypar, og at me derfor ikkje kan forvente at dei eksisterer i rein form. Når eg nedanfor presenterer kvar regimetype og dei utvalde velferdsstatane, vil dei på denne måten berre fungere som døme på kvar typologi, og ikkje som ein fullstendig representasjon av alle dei komplekse nyansane og variasjonane som finst innanfor kvar typologi.

3.1.1 Den liberale velferdsstaten

Den liberale regimetypen, som til dømes USA, Canada, Storbritannia og Irland, kjenneteiknast av eit grunnleggjande og minimalt velferdsnivå; dei sosiale overføringane er ofte beskjedne og mottakarane er vanlegvis behovsprøvde og stigmatiserte (Esping-Andersen, 1990b). I tråd med liberal ideologi vil dette oppmuntre til å halde seg i arbeid, samstundes som innbyggjarane blir svært avhengige av arbeidsmarknaden. På denne måten vil land innanfor det liberale regimet oppnå ein minimal grad av dekommodifisering (Esping-Andersen, 1999, s. 43). Vidare reflekterer den liberale velferdsmodellen ei politisk vilje til å minimere statens rolle, individualisere risiko og fremje marknadsløysingar. Dette betyr at staten i liten grad tilbyr offentleg finansiering og velferdstenester, og at enkeltpersonar i stor grad må handtere eigne sosiale og økonomiske utfordringar utan statleg støtte. I tillegg vil betydinga av marknaden medføre auka privatisering av velferdstenester, noko som kan påverke tilgjengelegheita og kvaliteten på desse tenestene, samt bidra til at ikkje alle har råd til dei (Esping-Andersen, 1999, s. 74–75, 1990a, s. 4). I sum fører dette til ein teoretisk forventning om at marknadsposisjonar blir reproduisert til «helseposisjonar», slik at ein låg posisjon i arbeidsmarknaden vil resultere i dårleg helse. Dette skjer som eit resultat av at det offentlege velferdstilbodet er på eit minimum, noko som igjen bidreg til store helseforskjellar (Øversveen & Rydland, 2021, s. 87). Blant dei tre velferdstypologiane er det i den liberale velferdsmodellen at ein forventar det høgaste nivået av helseulikheit.

Når det gjeld val av liberal velferdsstat til analysen, har valet landa på Irland. Ifølgje Esping-Andersen (1990b) er arketypiske eksempel på den liberale regimetypen først og fremst USA og Canada. Datamaterialet mitt er derimot basert på European Social Survey (ESS), noko som utelukkar begge desse landa. Vidare er det kun Storbritannia og Irland av andre liberale velferdsstatar som har delteke i både ESS runde 9 (2018) og 10 (2020), som danner datagrunnlaget for denne oppgåva. Utfordringa med Storbritannia som eksempel på liberal velferdsstat, er at ein finn både residuale (staten grip primært inn for å støtte dei som ikkje klarar seg på eigenhand) og universalistiske trekk (universelle velferdstilbod, eksemplifisert gjennom at Storbritannia har universell nasjonal helseforsikring) (Esping-Andersen, 1999, s. 76 og 85–86). Dette betyr at Storbritannia syner eigenskapar frå både den liberale og den sosialdemokratiske velferdsmodellen, noko som gjer Storbritannia til eit problematisk eksempel på liberale velferdsstatar. Av denne grunn har valet falle på Irland. Det er likevel viktig å nemne at marknaden er noko meir regulert i Irland enn i andre liberale velferdsstatar (Esping-Andersen, 1999, s. 85).

3.1.2 Den konservative velferdsstaten

Den andre regimetypen omfattar nasjonar som Frankrike, Tyskland og Italia, og kjenneteiknast av «statusdifferensierande» velferdsprogram der ytingane er organisert gjennom arbeidsforhold og tidlegare oppteningar (Esping-Andersen, 1990b). Folk med høg inntekt frå tidlegare arbeid får slik høge ytingar, og tilsvarende får folk med låg inntekt låge ytingar. På denne måten er staten med på å oppretthalde eksisterande sosiale mønster (Esping-Andersen, 1999, s. 82). Vidare blir desse velferdsstatane beskrivne som «konservative» fordi ideen om den mannlege forsørgjarrolla står sterkt i desse statane, i tillegg til at familien har ei tradisjonell viktig rolle som velferdsforsørgjar. Staten kan beskrivast som supplerande, og kjem berre inn når familien ikkje lenger klarer å vere forsørgjar (Esping-Andersen, 1999, s. 83–85). I sum er den teoretiske forventninga til helseulikheit i dei konservative velferdsstatane moderat (Øversveen & Rydland, 2021, s. 88). Graden av dekommodifisering er relativt høg; generøse velferdsytingar gjer at innbyggjarane i liten grad er avhengig av marknaden. På den andre sida har den konservative velferdsmodellen nettopp ein konserverande funksjon, der staten si vektlegging av å oppretthalde statusforskjellar gjer at dens omfordelende effekt er ubetydeleg. I tillegg fører dei nære koplingane mellom arbeid og velferd til at personar utanfor arbeidslivet er spesielt sårbare (Esping-Andersen, 1999, s. 81–82, 1990b). Dermed forventast det at den konservative velferdsmodellen vil ha eit lågare nivå av helseulikheit enn den liberale, men, som eg skal kome tilbake til, eit høgare nivå enn den sosialdemokratiske.

Når det gjeld val av konservativ velferdsstat til analysen, har valet falle på Italia. Av dei konservative velferdsstatane er det Italia, Frankrike og Belgia som har delteke i dei respektive rundane av ESS som dannar datagrunnlaget for denne oppgåva. I likskap med Storbritannia, syner Belgia eigenskapar frå fleire velferdsregimetypar, og har likskapar med både den konservative og den sosialdemokratiske velferdsmodellen (Esping-Andersen, 1999, 1990a). Vidare har familien sin rolle noko mindre betyding i både Frankrike og Belgia, samanlikna med andre konservative velferdsstatar (Esping-Andersen, 1999, s. 86). Derfor vurderer eg Italia som det beste alternativet som representativt land for den konservative regimetypen.

3.1.3 Den sosialdemokratiske velferdsstaten

Dei nordiske landa høyrer til det sosialdemokratiske velferdsregimet, og kjenneteiknast av universelle ordningar, relativt generøse overføringar og ein sterkt inngripande stat (Esping-Andersen, 1999, s. 78). Denne tilnærminga betyr at velferdstilboda er tilgjengelege for alle borgarar, uavhengig av kjønn, klasse og marknadsposisjon, og bidreg til å fremje solidaritet på tvers av sosiale lag og på tvers av nasjonen (Esping-Andersen, 1990b). Den generøse

karakteren til overføringane og den sterke staten har ein dekommodifiserande effekt, og frigjer individet frå avhengigheita av marknaden. I tillegg er egalitarisme sentralt i dei sosialdemokratiske velferdsstatane, der staten har som mål å fremje høgast mogleg grad av likskap. Dette inkluderer ikkje berre likskap når det gjeld eit minimumsbehov, slik som er tilfellet i andre velferdsregimetypar, men også at tenester og ytingar skal tilpassast behova til middelklassen (Esping-Andersen, 1990b). På denne måten sikrar den sosialdemokratiske velferdsmodellen eit rimeleg velferdsnivå uavhengig av arbeidsmarknad og økonomisk status, og er slik med på å utjamne sosiale forskjellar (Esping-Andersen, 1999, s. 79). I sum fører dette til ein teoretisk forventning om små helseforskjellar, og blant dei tre velferdstypologiane er det i den sosialdemokratiske velferdsmodellen at ein forventar det lågaste nivået av helseulikheit.

Når det gjeld val av sosialdemokratisk velferdsstat til analysen, har valet falle på Noreg. Dette skuldast primært pragmatiske omsyn, då det kun var Noreg av dei nordiske landa som deltok i både runde 9 og 10 av ESS. Dei nordiske velferdsstatane byggjer på same modell, og sjølv om ein vil kunne finne mange forskjellar mellom dei nordiske landa, vil dei grunnleggjande prinsippa vere like (Sandvin et al., 2020, s. 32). Derfor kan ein anta at resultatane ville vore tilnærma dei same, uavhengig av kva nordisk land ein hadde valt.

4.0 Metode

I dette kapitlet vil eg presentere datamaterialet oppgåva baserer seg på, den metodiske tilnærminga eg tek utgangspunkt i og sjølve metoden eg har brukt for å analysere dataa. I tillegg inkluderer kapitlet ein presentasjon av variablane eg har brukt i analysen, valt ut i tråd med teori og tidlegare forskning på feltet. Eit gjennomgåande tema i kapitlet vil vere reliabilitet og validitet. Med andre ord, kor sannsynleg er det at gjentekne målingar med det same måleinstrumentet gir dei same resultatane? Og kor godt måler ein faktisk det ein vil måle (Ringdal, 2018, s. 103)?

4.1 Datamateriale og utval

Datagrunnlaget for denne oppgåva er henta frå European Social Survey runde 9 og 10, som vart samla inn mellom 2018-2020 og 2020-2022 (ESS, 2023ab). ESS er ei forskarstyrt fleirnasjonal spørjeundersøking av høg kvalitet, gjennomført jamleg over heile Europa sidan etableringa i 2001 (Ringdal, 2018, s. 121). Formålet med undersøkinga er å kartleggje stabilitet og endringar i sosiale strukturar, forhold og haldningar i Europa, samt å leggje til rette for ein høg standard av tverrnasjonal forskning innanfor samfunnsvitenskap (ESS, 2023ab).

Valet av ESS runde 9 og 10 kan ganske enkelt grunnleggjast med at desse rundane vart samla inn før og under koronapandemien. Som ein naturleg konsekvens av at oppgåva er basert på ei stor samfunnskrisa, har feltarbeidet i runde 10 blitt gjennomført over ein lengre periode enn andre ESS-rundar (ESS, 2023b). Koronapandemien kan ha ført til viktige haldnings- og åtferdsendringar, og desse endringane kan tenkjast å variere sterkt ut i frå pandemiens stadium. Derfor kan tidspunktet for feltarbeidet vere spesielt viktig i runde 10, og det vil vere nødvendig å ta omsyn til innsamlingstidspunkt i samanlikninga av velferdsstatane. Runde 10 vart samla inn mellom 23. november 2021 til 16. desember 2022 i Irland, mellom 25. oktober 2021 til 26. april 2022 i Italia og mellom 10. juni 2021 til 04. mai 2022 i Noreg (ESS, 2023b). På denne måten strekk innsamlingsperiodane seg over lang tid for kvart land, samstundes som dei varierer mellom deltakarlanda, noko som kan påverke resultatane. Ei anna utfordring med datainnsamlinga knytt til runde 10 er at feltarbeidet til dels vart gjennomført samstundes med at nokre land hadde strenge restriksjonar for sosial kontakt. Vanlegvis er datainnsamlinga i ESS basert på eit timelangt intervju ansikt til ansikt (ESS, 2023b). På grunn av verknadane av covid-19-pandemien i runde 10 gjekk i mellomtida nokre land over til digitale løysingar, og intervjuet vart gjennomført ved hjelp av audiovisuell teknologi. Dette gjer det mogleg for intervjuaren og intervjuobjektet å kommunisere i sanntid (ESS, 2023b). Både Noreg og Italia gjekk delvis over til digitale løysingar. Dette kan ha påverka resultatane i ein viss grad, men sidan audiovisuell teknologi vart nytta, vurderer eg dette som mindre vesentleg. Det er likevel

verdt å merke seg moglegheita for tekniske utfordringar og tap av verbal og særleg non-verbal kommunikasjon som kan oppstå ved bruk av digitale plattformer.

I kvantitative datamateriale er ei vanleg utfordring at populasjonen representert i undersøkingane ikkje samsvarar med den faktiske populasjonen i samfunnet. ESS brukar på si side eit strengt sannsynsutval for å innhente respondentane sine, noko som skal sikre eit representativt utval for alle personar over 15 år busett i private hushald, uavhengig av nasjonalitet, statsborgarskap eller språk (ESS, 2023ab). Det totale utvalet i ESS runde 9 og 10 bestod dermed av 2836 respondentar i Irland, 3672 respondentar i Italia og 2034 respondentar i Noreg. Svarprosenten i dei ulike rundane og blant dei ulike landa varierer i mellomtida mellom 36 og 62 prosent, spesielt låg under koronapandemien i runde 10 (ESS, 2023ab). Dette er eit ganske stort fråfall, der målsettinga i ESS er ein svarprosent på 70 prosent (Ringdal, 2018, s. 220). Dermed er risikoen for fråfallsfeil relativt høg. I tillegg er det forskjellar i utvalsdesign frå land til land. Desse er utforma for å oppnå ein minimumseffektiv utvalsstørrelse på den mest kostnadseffektive måten for kvart land, og tek omsyn til kvart enkelt lands kontekst. Derfor er landa forskjellige når det gjeld størrelse på utvalssannsyna, variasjonen mellom dei, samt gruppering og stratifisering (Kaminska, 2023). Utan korrigeringsvekter i regresjonen, slik at ein med større nøyaktigheit kan generalisere dei resultatane ein finn. Ved bruk av ein slik vektingsstrategi justerast skeivheitene ved utvalet, med utgangspunkt i informasjon om kjønn, alder, utdanning og geografisk region (Kaminska, 2023). På denne måten reduserast utvalsfel og skeivheiter i datamaterialet, og dermed styrkast validiteten til undersøkinga.

4.2 Forskingsdesign: komparativ casestudie

Problemstillinga i denne oppgåva rettar søkjelyset mot korleis dei sosiale konsekvensane av koronapandemien har påverka sjølvrapportert helse i ulike velferdssystem. I tillegg er ein sentral del av oppgåva å undersøkje om – og i kva grad – pandemien har ramma skeivt. For å undersøkje fordelinga og verknaden av sosioøkonomisk status før og under pandemien, og samstundes samanlikne den innverknaden dei ulike regimetypane har, vart det naturlege metodevalet ei komparativ casestudie. I komparative casestudiar er hovudtanken å finne ei teoretisk interessant samanlikning mellom to eller fleire case, der ein case kan definerast som ein analyseeinining som er gjenstand for intensiv undersøking. Dette kan for eksempel vere familiar, organisasjonar eller land, så vel som hendingar og avgjersler (Ringdal, 2018, s. 114 og 172). Denne oppgåva inkluderer tre (eller seks) ulike case: velferdsstatane Irland, Italia og Noreg, både før og under covid-19-pandemien.

Fordelen med ei slik tilnærming til oppgåva er moglegheita til å undersøkje og samanlikne korleis sosioøkonomisk status påverkar sjølvrapportert helse før og under koronapandemien i kvar av dei tre velferdsstatane. Ved å gjennomføre separate analysar for kvart av desse landa, vil ein kunne identifisere mønster, likskapar og forskjellar i korleis fleksible ressursar som kunnskap, pengar og sosiale nettverk påverkar individets sjølvrapporterte helse – både før og under ein pandemi. Vidare kan ein samanlikne resultatane frå dei tre velferdsstatane for å oppnå ei djupare forståing av samanhengen mellom sosioøkonomisk status og sjølvrapportert helse i ulike kontekstar. Dette gir eit meir heilskapleg bilete av korleis ulike velferdsregimer har ein helsebeskyttande effekt mot dei sosiale konsekvensane av koronapandemien. I tillegg vil ei komparativ casestudie kunne bidra til å validere eller utfordre teoretiske forståingar ved å teste dei mot fleire forskjellige kontekstar, som i denne samanheng er ulike velferdsregimer.

4.3 Multipel logistisk regresjonsanalyse

Den metodiske tilnærminga til analysen er ei multipel logistisk regresjonsanalyse. Logistisk regresjon skil seg frå vanleg lineær regresjon ved at ein må dikotomisere den avhengige variabelen (Skog, 2005, s. 351). Den underliggende variabelen, *sjølvrapportert helse*, er på ordinalnivå med fem kategoriar som kan rangordnast meningsfullt (Ringdal, 2018, s. 96). Dermed kunne eit alternativ vore lineær regresjon, men av fleire grunnar er logistisk regresjon å føretrekke. Først og fremst er logistisk regresjon framleis førstevallet i forskingspublikasjonar (Ringdal, 2018, s. 467). På denne måten har det oppstått ein tradisjon for dikotomisert helsevariabel, og for å kunne samanlikne resultatane frå denne analysen, er det hensiktsmessig å ta i bruk same metodiske tilnærming. Det vil vere både viktig og interessant å samanlikne betydinga av sosioøkonomisk status i denne studien med tidlegare forskning, og slik kan ein også vurdere innverknaden koronapandemien har hatt. Det er likevel anbefalt å bruke ein lineær modell som test for kor robuste resultatane er (Ringdal, 2018, s. 467), og gjennom sensitivetsanalysar kjem det fram at valet mellom logistisk og lineær regresjon har liten betyding for resultatane.

I logistisk regresjonsanalyse er det ulike tradisjonar for korleis ein kan tolke resultatane. Ringdal (2018, s. 457) syner korleis ein kan tolke (1) dei logistiske regresjonskoeffisientane ut frå forteikn og signifikansnivå, (2) berekne antilogaritmen av koeffisientane og tolke dei ut frå oddsratio, og (3) predikere sannsyn for å få verdien 1 på den avhengige variabelen for ulike verdikombinasjonar på dei uavhengige variablane. I løpet av dei siste åra har det derimot kome mykje kritikk mot å tolke størrelsane på både dei logistiske regresjonskoeffisientane og oddsratane (Ballo, 2020; Blekesaune & Bjørkhaug, 2021; Buis, 2017; Mood, 2010). Dette skuldast at koeffisientar kan endre verdi når ein inkluderer nye uavhengige variablar i regresjonsmodellen (såkalla uobservert

heterogenitet), sjølv når dei nye variablane ikkje korrelerer med nokon av dei andre uavhengige variablane i modellen. Difor er det heller ikkje mogleg å samanlikne koeffisientane for same variabel i ulike regresjonsmodellar (Blekesaune & Bjørkhaug, 2021, s. 218; Mood, 2010). Mood (2010) anbefaler derfor å ta i bruk predikerte sannsyn til å tolke resultatane frå logistisk regresjon sidan dei er minst utsett for problem. Når ein skal predikere effekten av ein variabel i logistiske regresjonsmodellar må ein alltid ta omsyn til både kva verdi kvar enkelt eining har på den aktuelle variabelen, og kva verdiar eininga har på dei andre uavhengige variablane. Den enklaste måten å berekne kvar variabel sin gjennomsnittlege effekt er derfor å predikere gjennomsnittlege marginaeffektar (AME). Denne oppgåva vil derfor presentere resultat i form av AME, som syner effekten frå kvar uavhengige variabel når denne settast til sin gjennomsnittsverdi og alle andre uavhengige variablar i regresjonsmodellen også blir satt til sine gjennomsnittsverdiar (Blekesaune & Bjørkhaug, 2021, s. 218).

4.4 Variablar

Denne oppgåva utforskar dei helsemessige konsekvensane av koronapandemien, der sjølvrapportert helse fungerer som den avhengige variabelen. I tillegg er ein sentral del av analysen å undersøkje om, og i så fall korleis, pandemien har påverka ulike sosiale lag på forskjellige måtar. For å gjere dette, har eg valt å ta utgangspunkt i sosioøkonomisk status, der dei vanlegaste indikatorane er utdanning, sysselsettingsstatus, type arbeid og økonomisk status (Braveman et al., 2005). Som nemnt tidlegare kan derimot sysselsettingsstatus, type arbeid og økonomisk status i større grad enn utdanning bli påverka av pandemien, og derfor vil utdanning bli vektlagt. For å utforske effekten av utdanning aleine er regresjonsmodellen utvikla stegvis. Sysselsettingsstatus, type arbeid og økonomisk status er likevel viktige forklaringsvariablar og vil inkluderas i ei andre blokk i analysen, saman med sosialt nettverk og subjektiv vurdering av helsetenester. For å sikre at det ikkje finast nokon andre bakanforliggende årsaker som påverkar sjølvrapportert helse, vil det også bli kontrollert for alder og kjønn i ei tredje blokk.

4.4.1 Avhengig variabel

Den avhengige variabelen i analysen er *sjølvrapportert helse*, og er basert på spørsmålet: «Korleis er (den fysiske og psykiske) helsa di generelt?». Respondentane blir bedd om å svare ein stad mellom 1 «svært god» og 5 «svært dårleg» (ESS, 2018, 2021). Som allereie nemnt er variabelen dikotomisert i (1) «god helse» («svært god» og «god») og (0) «dårleg helse» («middels», «dårleg» og «svært dårleg»). Regresjonsanalysen vil dermed syne kva som aukar (eller reduserer) sannsynet for å ha god helse, ut i frå forklaringsvariablane presentert nedanfor. Utfallet av god og dårleg helse kan derimot vere bestemt av grenseverdien på helseskalaen, der plasseringa av «middels helse» kan ha konsekvensar

for resultatene. Å definere «middels helse» som «dårleg helse» har i mellomtida blitt meir eller mindre standard innan sosioepidemiologi (Eikemo et al., 2008), og eg vel å gjere det same av komparative grunnar. I tillegg syner sensitivitetssanalysar at hovudmønsteret ikkje endra seg når «middels» blir definert som «god helse».

Sjølvrapportert helse har i løpet av dei siste tiåra blitt eit stadig meir brukt og kostnadseffektivt verktøy i spørjeundersøkingar for å vurdere personleg helse når det ikkje er mogleg å måle den objektive helsa slik den vurderast av helsepersonell (Huijts et al., 2023). Nokre studiar har i mellomtida peikt på at det sjølvvurderte helsemålet er dårleg innramma. For det første blir det ikkje spesifisert kva som meinast med «helse», og det blir med det eit stort rom for tolking (Heggebø et al., 2019). ESS spesifiserer riktig nok med psykisk og fysisk helse, men det kan argumenterast for at dette også er relativt opent for tolking. For det andre er ikkje målet eksplisitt når det gjeld referansegruppe. Medan nokre respondentar vil samanlikne seg med andre på same alder, vil andre gjerne bruke seg sjølv i fortida som samanlikningsgrunnlag (Heggebø et al., 2019). Slike måleproblem kan gi skeivheiter i resultatene. I transnasjonal forskning vil sjølvrapporterte helsemål i tillegg vere følsame for tverrkulturelle forskjellar. Eksempelvis har danske og svenske respondentar ein tendens til å overvurdere eiga helse (i forhold til gjennomsnittet), medan tyskarar har ein tendens til å undervurdere eiga helse (Jürges, 2007). På den andre sida finn ei rekkje studiar at sjølvrapportert helse er ein sterkare prediktor for framtidige helsemessige og sosiale utfall enn nokon anna kombinasjon av objektive helsemål (Burstrom, 2001; Fayers & Sprangers, 2002; Jylhä, 2009). Resultatene er også gjeldande på tvers av sosiale grupper (Burstrom, 2001), og derfor kan sjølvrapportert helse vere eit nyttig utfallsmål. Av denne grunn, og med tanke på utbreiinga av variabelen, vurderer eg validiteten til variabelen som god. Det er også ein fordel å ta utgangspunkt i eit subjektivt helsemål i denne oppgåva, då subjektive helsemål er meir følsame for endringar i samfunnet enn objektive. På denne måten kan sjølvrapportert helse raskt reflektere endringar som skuldast livsstil, stress og andre sosiale forhold som følgje av pandemien.

4.4.2 Forklaringsvariablar

Den første forklaringsvariabelen i oppgåva er *utdanningsnivå*, og måler høgaste fullførte utdanningsnivå, frå førskulenivå til doktorgrad (ESS, 2018, 2021). I utgangspunktet hadde eg planlagt å ta i bruk utdanningslengd som mål på utdanning. Grunna utfordringar med dei logistiske føresetnadane, der samanhengen mellom variablane ikkje var S-forma i to av modellane, vart dette alternativet vanskeleg å gjennomføre. Eit alternativ var riktig nok å dummy-kode utdanningslengd til ein kategorisk skala (Skog, 2005, s. 385). Samanlikna med den kontinuerleg variabelen, ville dette derimot ført til unødvendig tap av informasjon og by på utfordringar knytt til samanlikning på tvers av land. Derfor valte eg heller å ta i

bruk variabelen for utdanningsnivå, som eg koda om til tre utdanningsgrupper med utgangspunkt i den internasjonale standarden for klassifisering av utdanning (ISCED) (Eurostat & UNESCO Institute for Statistics, 2015). I gruppa med *låg utdanning* inngår personar som kun har fullført grunnskule eller mindre, i gruppa *middels utdanning* inngår personar som har fullført vidaregåande opplæring eller ikkje-tertiær utdanning etter vidaregåande opplæring, og i gruppa *høg utdanning* inngår personar som har fullført kort høgare utdanning (tertiær), bachelor-, master- eller doktorgrad. Utdanningskategoriane er koda som separate dummy-variablar, der variabelen for *høg utdanning* er satt til referansekategori i regresjonsanalysen. Det er allment velkjend at det er ein positiv samanheng mellom auka utdanningslengd og betre helse (Bird, 2010; Grossman, 2005). Attpåtil finn ei ny, internasjonal studie at låg utdanning generelt er ein risiko for dødelegheit, der ein vaksen person med 12 års skulegang i gjennomsnitt har omlag 25 prosent lågare risiko for å døy enn ein vaksen utan skulegang (Balaj et al., 2024). Dette illustrerer betydinga av utdanning, og i tråd med fundamental årsaksteori, antakast utdanning å medføre ei rekkje fordelar, frå sosiale og psykososiale til økonomiske og kognitive (Phelan et al., 2010). Utdanning kan i mellomtida ha ulik betyding i kvar av dei tre velferdsregimene, ettersom historiske og kulturelle faktorar kan påverke den rolla utdanning spelar i samfunnet. Dette kan påverke resultata, men ettersom utdanning er ein rein sosiodemografisk variabel, der det er tvilsamt at respondentar vil underkommunisere eller overdrive utdanningsnivå, kan validiteten til variabelen totalt sett vurderast som god.

Når det gjeld inntekt, har eg valt å ta utgangspunkt i ein variabel som måler *subjektiv oppfatning av eiga inntekt*. Denne variabelen er basert på informanten si eiga oppleving av husstanden si totale inntekt, og har svarkategoriane: «lev godt med noverande inntekt», «klarar seg med noverande inntekt», «har det vanskeleg med noverande inntekt» og «har det svært vanskeleg med noverande inntekt» (ESS, 2018, 2021). På same måte som med utdanning, er det brei einigheit om at det eksisterer ein sterk samanheng mellom høgare inntekt og betre helse (Heggebø et al., 2019; Subramanian & Kawachi, 2006). Eksempelvis kan pengar brukast til å kjøpe private helsetenester. Grunnen til at eg har valt å basere meg på subjektiv oppfatning av eiga inntekt framfor faktisk inntekt, er todelt. For det første er det irrelevant kva respondenten faktisk tener. Ein person som tener mykje kan vere misnøgd med eiga inntekt og ha det vanskeleg med noverande økonomiske situasjon, like fullt som ein person som tener lite kan vere nøgd og klare seg godt med den inntekta vedkomande har. For det andre kan ein argumentere for at variabelen for subjektiv oppfatning av eiga inntekt har høgare validitet enn inntektsvariabelen, då respondentar kan oppleve ubehag med å oppgi eiga inntekt. Dette illustrerast godt gjennom antalet respondentar som har nekta å svare på dei to respektive variablane; totalt 129

respondentar på subjektiv oppfatning av eiga inntekt, mot totalt 2288 respondentar på nettoinntekt.

For å måle yrkesstatus har eg inkludert to forklaringsvariablar i analysen. Ifølgje fundamental årsaksteori er yrkesstatus ein viktig faktor for helse, då den påverkar tilgangen til fleksible ressursar og kan føre til betre helse for personar med høgare yrkesstatus (Phelan et al., 2004, 2010). Den første variabelen er *tilsetjingsforhold*, og er basert på spørsmålet: «I hovudjobben din er du tilsett, sjølvstendig næringsdrivande eller arbeider i eiga familiebedrift?» (ESS, 2018, 2021). Forventningane til utfallet av sjølvrapportert helse i denne variabelen er i mellomtida delt, i tråd med resultat frå dei anerkjente Whitehall-studiane i Storbritannia (Marmot et al., 1978; Reid et al., 1974). Ei av studiane undersøkte samanhengen mellom sosial status og hjarte- og karsjukdommar, og fann ein klar samheng mellom graden av arbeidsrelatert stress og risiko for hjarte- og karsjukdommar. Teoretisk sett var det forventa at personar i høge stillingar ville vere meir utsett for å utvikle sjukdom som eit resultat av det arbeidsrelaterte stresset knytt til den høge stillinga (Marmot et al., 1978). Dette kan også forventast av sjølvstendig næringsdrivande under koronakrisa, der stressnivået kan tenkjast å auke i takt med pandemien, eksemplifisert gjennom stressfaktorar som nedbemanningar. Overraskande nok viste derimot resultatata frå Whitehall-studien at risikoen for hjarte- og karsjukdommar auka jo lågare *ned* ein befant seg i stillingsgruppa (Marmot et al., 1978). Dette antyder at tilgangen på fleksible ressursar ser ut til å motverke den aukande effekten av stress i høgare stillingar. Det kan dermed like gjerne vere gruppa av tilsette som rapporterer om dårlegast helse, og det vil vere interessant å sjå på kva måte tilsetjingsforhold påverkar sjølvrapportert helse. I regresjonen er det å vere tilsett satt til referansekategori. Resultata vil då syne korleis sjølvstendig næringsdrivande og personar som jobbar i eiga familiebedrift, vurderer si eiga helse i forhold til vanlege arbeidstakarar.

Den andre variabelen som måler yrkesstatus er *arbeidsledigheit*, og måler kor vidt respondentane har vore arbeidsledige (og aktivt søkt etter jobb) dei siste sju dagane (ESS, 2018, 2021). Det er godt dokumentert at sysselsette har betre helse enn arbeidsledige, men samstundes tyder fleire studiar på at helseeffekten av arbeidsledigheit er mindre i økonomiske nedgangstider. Dette fenomenet forklarast ofte ved at arbeidsledigheita gjerne går opp i slike periodar, noko som gjer det å vere arbeidsledig meir vanleg og dermed mindre stigmatiserande (Garcy & Vågerö, 2013; Heggebø & Elstad, 2018; Martikainen & Valkonen, 1996). Det vil derfor vere interessant å sjå kva effekt arbeidsledigheit har på sjølvrapportert helse før og under koronapandemien. Med ein slik variabel må ein derimot ta høgde for at arbeidsledigheita kan vere langt høgare enn det som faktisk blir oppgitt, då dette kan vere eit følsamt tema for mange.

Vidare er variabelen som måler *sosiale nettverk* basert på spørsmålet: «Samanlikna med andre på din alder, kor ofte vil du seie at du deltek i sosiale aktivitetar?», og har fem svarkategoriar: «Mykje mindre enn dei fleste», «Mindre enn dei fleste», «Omtrent det same», «Meir enn dei fleste» og «Mykje meir enn dei fleste» (ESS, 2018, 2021). Ifølgje fundamental årsaksteori kan sosiale nettverk vere ein verdifull ressurs som kan gi kunnskap om og tilgang til innovative behandlingar for helseproblem (Øversveen & Rydland, 2021, s. 74). I tillegg har fleire studiar synt at sterke sosiale nettverk ser ut til å ha ein positiv effekt på både subjektiv opplevelse av helse og levetid (Leigh-Hunt et al., 2017; Pinguart & Sørensen, 2000). Når det gjeld måling av sosiale nettverk, kunne andre variablar også vore relevante, som for eksempel: «Kor ofte treff du vener, slektningar eller kollegaer sosialt?». Denne variabelen kan i mellomtida lett påverkast av dei strenge sosiale restriksjonane under koronapandemien, der det nøyaktige tidspunktet for datainnsamlinga for kvar respondent og for kvart land kan ha vore avgjerande. Derfor vurderer eg denne variabelen som mindre påliteleg. I førstnemnte variabel blir respondenten oppfordra til å samanlikne seg med andre på sin alder, og dermed vil ikkje denne variabelen bli like lett påverka av sosiale forhold på innsamlingstidspunktet.

Den siste forklaringsvariabelen, *subjektiv vurdering av helsetenester*, er basert på spørsmålet: «Kva meiner du generelt om helsetenester i landet ditt i dag?». Respondentane blir bedd om å svare ein stad mellom 0 «ekstremt dårleg» og 10 «ekstremt bra» (ESS, 2018, 2021). Å inkludere subjektiv vurdering av helsetenester er sentralt, då dette kan bidra til å belyse kvaliteten på helsetilbodet kvar velferdsstat tilbyr og slik gi eit innblikk i velferdsstatane si helsebeskyttande effekt under pandemien. Ved å ta omsyn til subjektive vurderingar av helsetenester, kan me betre forstå korleis dei ulike velferdstypane møter befolkningas helsebehov, samstundes som me kan seie noko om korleis dette påverkar helseutfall i form av sjølvrapportert helse.

4.4.3 Kontrollvariablar

Det er fleire demografiske faktorar som kan påverke sjølvrapportert helse. I analysen blir det derfor først kontrollert for alder. Variabelen for alder syner respondenten sin alder i antal år, og varierer i utgangspunktet frå 15 til 98 år (ESS, 2018, 2021). Ettersom eg hovudsakleg er interessert i den yrkesaktive befolkninga som er ferdigutdanna, vel eg derimot å kode bort alle respondentar yngre enn 25 år og eldre enn 69 år. På denne måten reduserer ein også effekten av dødelegheitsseleksjon. Vidare finn fleire studiar at kvinner rapporterer om dårlegare helse trass i at dei lev lenger. Kjønnforskjellane varierer derimot på tvers av landegrensar, og ein veit lite om årsakene til desse forskjellane. At forskjellane varierer mellom land kan derimot tyde på at forskjellane påverkast av landspesifikke forhold (Bambra et al., 2009; Dahlin & Härkönen, 2013; Read & Gorman, 2010). Av denne

grunn blir det kontrollert for kjønn i analysen. Menn (0) blir koda om til referansekategori, og resultatene vil da syne kvinner (1) si sjølvrapporterte helse sett i forhold til menn.

5.0 Analyse

I denne delen av oppgåva følgjer resultatane frå dei logistiske regresjonsanalysane. Kapitlet innleiest med beskrivande statistikk for alle variablane som er brukt i regresjonsmodellane. Dette gir innsikt i helsetilstanden i dei ulike velferdsstatane og variasjonar på tvers av dei, samt i kva grad og retning koronapandemien har påverka sjølvrapportert helse. I tillegg vil det gi eit interessant innblikk i fordelinga av dei sosioøkonomiske indikatorane og fleksible ressursane for kvart land. Under kapitlet for deskriptiv statistikk vil også formelle testar bli presentert, for å undersøkje om ulikheitene faktisk har auka eller ikkje frå perioden før til under koronapandemien. Vidare følgjer resultatane frå dei logistiske regresjonsanalysane. I logistisk regresjonsanalyse er det vanleg å presentere resultatane som logistiske regresjonskoeffisientar, oddsratar eller predikerte sannsyn (Ringdal, 2018, s. 457). Dei første to måla er derimot dårleg eigna når ein skal samanlikne måla mellom ulike land og rundar (Ballo, 2020; Buis, 2017; Mood, 2010). I min analyse ønskjer eg likevel å samanlikne effektar i tre ulike land på tvers av to ulike rundar. Derfor presenterer eg predikerte sannsyn målt som gjennomsnittlege marginaleffektar (AME). Dei logistiske regresjonskoeffisientane er i mellomtida lagt ved som vedlegg (Vedlegg 1). Ettersom analysen er utvikla stegvis, består regresjonsanalysen av i alt tre modellar, som svarar til dei tre ulike analysane. Fordelen med å gjennomføre regresjon stegvis er at ein kan samanlikne modellane ut ifrå kva variablar som er med i kvar enkelt analyse. I tabell 5.2 vil kun tredje og siste modell bli presentert, samstundes som viktige funn frå modell 1 og 2 (Vedlegg 2) vil bli framheva. Resultata frå kvart land vil bli presentert etter tur, og funna vil bli samanlikna kontinuerleg gjennom kapitlet.

5.1 Deskriptiv statistikk

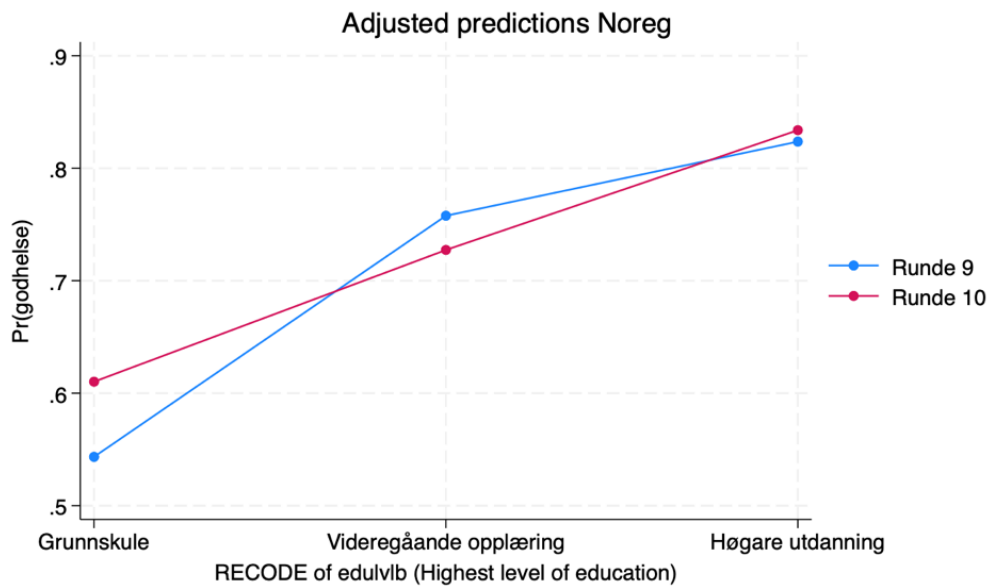
Tabell 5.1: Beskrivende statistikk for variablane i analysane

| Variabel (min-maks) | Irland | | Italia | | Noreg | |
|--|-----------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|----------------------|------------------------|
| | Runde 9 (n = 1486) | Runde 10 (n = 1125) | Runde 9 (n = 1495) | Runde 10 (n = 1447) | Runde 9 (n = 973) | Runde 10 (n = 1017) |
| Sjølvrapportert helse, N (%) | | | | | | |
| Dårleg helse (0) | 290 (19.52) | 162 (14.40) | 365 (24.41) | 292 (20.18) | 214 (21.99) | 201 (19.76) |
| God helse (1) | 1196 (80.48) | 963 (85.60) | 1130 (75.59) | 1155 (79.82) | 759 (78.01) | 816 (80.24) |
| Utdanningsnivå, N (%) | | | | | | |
| Låg utdanning | 323 (21.74) | 198 (17.60) | 508 (33.98) | 340 (23.50) | 55 (5.65) | 42 (4.13) |
| Middels utdanning | 447 (30.08) | 408 (36.27) | 658 (44.01) | 701 (48.45) | 345 (35.46) | 391 (38.45) |
| Høg utdanning | 716 (48.18) | 519 (46.13) | 329 (22.01) | 406 (28.05) | 573 (58.89) | 584 (57.42) |
| Følelse inntekt, M (SD) (1 vanskeleg – 4 komfortabelt) | 3.170 (0.799) | 3.150 (0.865) | 2.979 (0.827) | 3.207 (0.724) | 3.519 (0.661) | 3.565 (0.608) |
| Tilsetjingsforhold, N (%) | | | | | | |
| Sjølvtendig næringsdrivande | 186 (12.52) | 112 (9.96) | 308 (20.60) | 289 (19.97) | 77 (7.91) | 63 (6.19) |
| Jobbar i familiebedrift | 38 (2.56) | 17 (1.51) | 36 (2.41) | 22 (1.52) | 7 (0.72) | 14 (1.38) |
| Tilsett | 1262 (84.93) | 996 (88.53) | 1151 (76.99) | 1136 (78.51) | 889 (91.37) | 940 (92.43) |
| Arbeidsledig, N (%) | | | | | | |
| Nei (0) | 1435 (96.57) | 1094 (97.24) | 1369 (91.57) | 1372 (94.82) | 953 (97.94) | 1001 (98.43) |
| Ja (1) | 51 (3.43) | 31 (2.76) | 126 (8.43) | 75 (5.18) | 20 (2.06) | 16 (1.57) |
| Sosialt nettverk, M (SD) (1 svært lite sosial – 5 svært sosial) | 2.715 (0.888) | 2.625 (0.873) | 2.878 (0.609) | 2.822 (0.715) | 2.846 (0.806) | 2.775 (0.773) |
| Helsetenester, M (SD) (0 svært dårleg – 10 svært bra) | 3.932 (2.436) | 4.509 (2.513) | 5.745 (2.298) | 5.824 (2.252) | 7.161 (1.744) | 7.425 (1.708) |
| Alder, M (SD) (25 – 69 år) | 49.014 (12.186) | 48.394 (12.238) | 49.126 (12.044) | 49.055 (12.062) | 47.215 (12.423) | 47.515 (12.483) |
| Kvinne, N (%) | | | | | | |
| Menn (0) | 683 (45.96) | 503 (44.71) | 791 (52.91) | 769 (53.14) | 425 (43.68) | 517 (50.84) |
| Kvinner (1) | 803 (54.04) | 622 (55.29) | 704 (47.09) | 678 (46.86) | 548 (56.32) | 500 (49.16) |

M gjennomsnitt, *SD* standardavvik, *N* antal

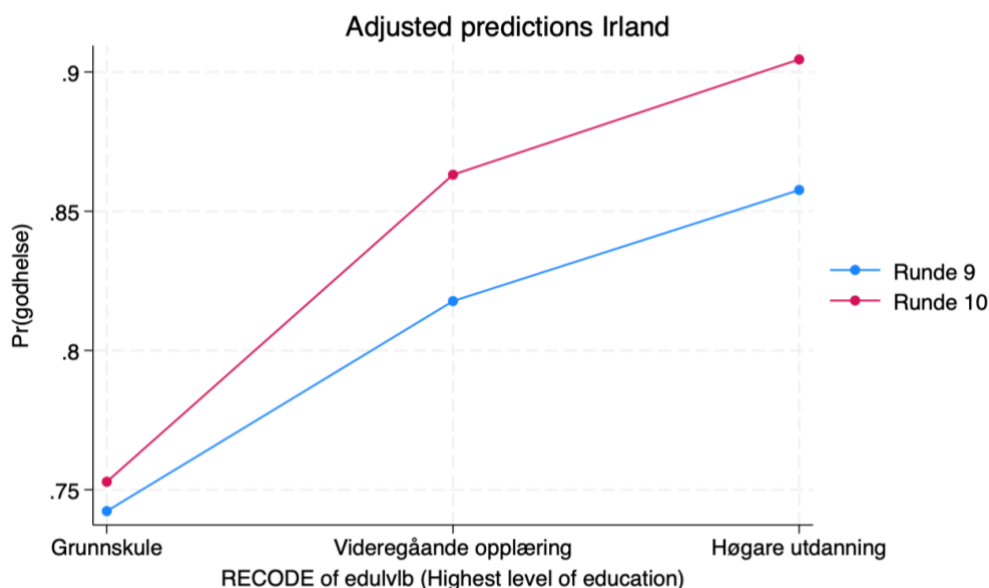
I tabell 5.1 ovanfor kan ein sjå den beskrivende statistikken for alle variablane brukt i analysen. Ut i frå tabellen kan ein sjå at flest rapporterer om god helse på tvers av dei tre velferdsstatane – både før og under koronapandemien. Det er likevel relativt overraskande at Irland, som liberal velferdsstat, er den velferdsstaten der flest rapporterer om god helse. Teoretisk sett er det Noreg, som sosialdemokratisk velferdsstat, ein ville ha forventa å ha den høgaste prosentandelen innanfor god sjølvrapportert helse. Når det gjeld forskjellar i sjølvrapportert helse før og under koronapandemien, vart oppgåva initiert med ei forventning om at pandemien ville medføre betydelege utfordringar både for individ og samfunn, og derfor resultere i dårlegare folkehelse. Resultata frå tabellen over indikerer i mellomtida at pandemien har hatt begrensa innverknad på sjølvrapportert helse. Faktisk syner tala ei forbetring i sjølvrapportert helse i alle dei tre landa. For å undersøkje om dei sosiale ulikheitene i helse faktisk har auka eller ikkje frå perioden før til under koronapandemien, vart det gjennomført formelle testar (Vedlegg 3). Her kjem det fram at ulikheitene i både Irland og Noreg er stabile også under covid-19-pandemien. Av omsyn til samanlikning kan det likevel vere interessant å sjå korleis effekten av utdanning utspelar seg i dei to ulike velferdsstatane:

Figur 5.1: Samspeleffekt mellom utdanningsnivå og runde 9 og 10 i Noreg



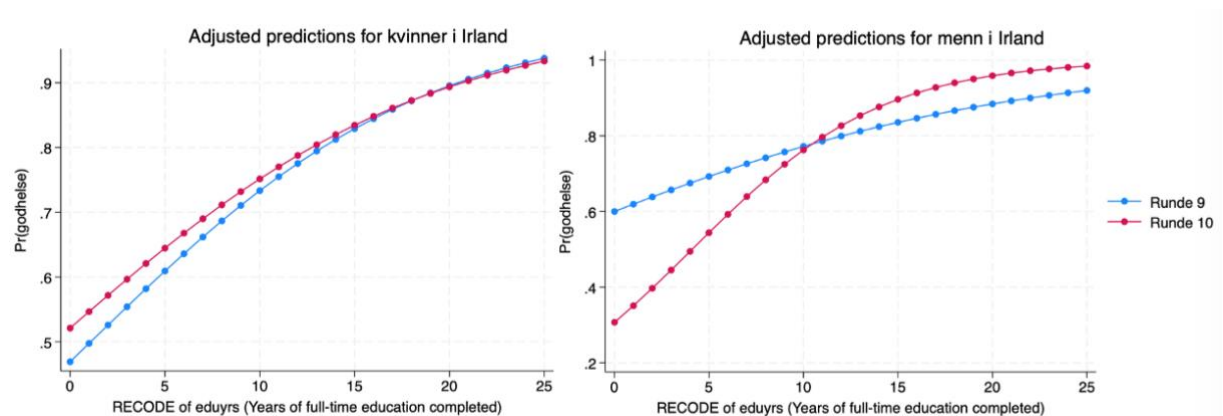
I figur 5.1 over kan ein sjå effekten av utdanning på helse både før og under covid-19 i Noreg. Først og fremst er grafane ganske like, og forskjellane er relativt små. Samspelsleddet er heller ikkje statistisk signifikant, noko som indikerer at effekten av utdanning er stabil på tvers av rundane. Det er likevel verdt å merke seg at personar med låg utdanning har noko betre helse *under* pandemien. Denne trenden snur i mellomtida litt før ein når vidaregåande opplæring, der personar med middels utdanning har betre helse *før* pandemien. Igjen snur denne trenden kring høgare utdanning, der personar med høg utdanning har betre helse *under* pandemien.

Figur 5.2: Samspeleffekt mellom utdanningsnivå og runde 9 og 10 i Irland



Figur 5.2 over syner effekten av utdanning på helse før og under covid-19 i Irland. Til forskjell frå Noreg ser utdanningseffekten i Irland ut til å vere uberørt av pandemien, der den einaste forskjellen er at den sjølvrapporterte helsa har blitt betre. Dette blir også bekrefta ved at samspelsleddet mellom utdanningsnivå og runde ikkje er statistisk signifikant (Vedlegg 3), noko som indikerer at det ikkje er signifikante forskjellar i sosial ulikheit i helse frå før og under pandemien i Irland. I sensitivitetsanalysar (Vedlegg 4) med bruk av utdanningsnivå som uavhengig variabel, vart det i mellomtida identifisert kjønnsforskjellar i Irland (figur 5.3):

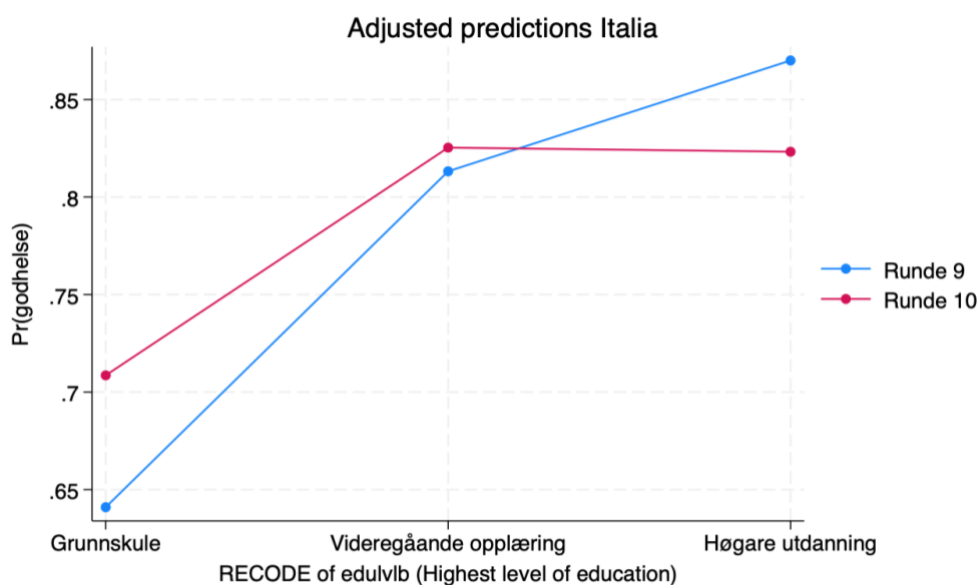
Figur 5.3: Samspeleffekt mellom utdanningslengd og runde 9 og 10 for kvart kjønn i Irland



Grafane syner tydelege forskjellar mellom kjønna når det gjeld den effekten utdanning har på helse før og under pandemien. For kvinner er effekten av utdanning tilnærma lik i begge periodane, men dette funnet er ikkje statistisk signifikant. For menn derimot, ser ein klare forskjellar frå før og under pandemien, og funnet kan reknast å vere statistisk signifikant med ein p-verdi på 0.052, då det er relativt lågt sannsyn for at resultatet er tilfeldig. Først og fremst har menn med låg utdanning dårlegare helse under pandemien. Når menn når omkring 10 års utdanning, er effekten av utdanning lik, og for menn med over 10 års utdanning har dei betre helse under pandemien. I tillegg er helseforskjellen mellom kort og lang utdanning betydeleg større under pandemien enn før for menn. Dette kan indikere at sosiale ulikheiter i helse har auka for menn under pandemien i Irland. Det er likevel viktig å merke seg at denne effekten ikkje vart statistisk signifikant når utdanningsnivå vart brukt som uavhengig variabel. Dette kan tolkast som ein konsekvens av den informasjonen ein mister ved å ta i bruk utdanningsnivå framfor -lengd. Sensitivitetsanalysar er derfor svært verdifulle og kan bidra til å få fram fleire nyansar. Samla sett ser det likevel ut til at den norske velferdsstaten evnar å beskytte befolkninga i større grad enn den irske.

I Italia er det statistisk signifikante forskjellar i effekten av utdanningsnivå mellom rundane. Teoretisk sett skulle ein gjerne forventa at pandemien ville ramme skeivt og at dei sosiale ulikheitene ville gått opp under pandemien i Italia. Dette er i mellomtida ikkje tilfellet, der personar med låg utdanning har *betre* helse under pandemien og personar med høg utdanning har *dårlegare* helse under pandemien enn før. Effekten av utdanning er lik når utdanningsnivået bikkar vidaregåande opplæring. På denne måten ser dei sosiale ulikheitene i helse ut til å *reduserast* under pandemien i Italia. Dette må gjerne sjåast i lys av at Italia vart ganske hardt råka av koronapandemien, og vil vere ein sentral del av diskusjonen.

Figur 5.4: Samspeleffekt mellom utdanningsnivå og runde 9 og 10 i Italia



Tilbake til den beskrivande statistikken i tabell 5.1, er det også verdt å leggje merke til relativt store forskjellar i utdanningsnivå landa mellom. I Irland har omkring 20 prosent av respondentane maks fullført grunnskuleutdanning, omkring 30-35 prosent har fullført vidaregåande opplæring, medan kring 45 prosent har teke utdanning på høgare nivå. I Italia derimot er det heile 25-35 prosent som kun har fullført grunnskule eller mindre, 45-50 prosent som har gjennomført vidaregåande opplæring og knappe 20-30 prosent som har teke utdanning på høgare nivå. I Noreg er situasjonen betydeleg annleis, der omtrent 5 prosent av respondentane kun har fullført grunnskule, 30-40 prosent har vidaregåande opplæring, og nesten heile 60 prosent har høgare utdanning på universitets- og høgskulenivå. Desse forskjellane er betydelege, og vil utgjere ein sentral del av diskusjonen. I motsetnad til utdanningsnivået, viser det seg at respondentane i alle land rapporterer omtrent kjensle kring eiga inntekt, med eit gjennomsnitt på 3 («klarar seg med noverande inntekt») i alle land. I Noreg er gjennomsnittet i mellomtida noko høgare,

med eit gjennomsnitt på 3.5 i begge rundane. Vidare er det også interessant at arbeidsledigheita ikkje aukar i nokon av landa under covid-19-plandemien, sjølv om det er viktig å ta høgde for at dette er eit sensitivt tema for mange, og at det reelle talet kan vere langt høgare. Generelt sett er det heilt klart Italia som har den høgaste prosenten av arbeidsledige med opp til 8 prosent av utvalet. Til slutt er det også verdt å merke seg kva respondentane generelt meiner om helsetenestene i sine respektive land. I tråd med den teoretiske forventninga er dei irske respondentane klart mest misnøgd med landets helsetenester. Likevel har det vore ein betydeleg forbetring frå 2018 til under covid-19 i 2020. Respondentane i Italia vurderer helsetenestene i landet som gjennomsnittlege, og det har vore få endringar mellom rundane. Til slutt rapporterer dei norske respondentane, som forventa, om dei klart beste helsetenestene blant dei tre velferdsstatane.

5.2 Resultat

Tabell 5.2 nedanfor syner gjennomsnittlege marginaleffektar (AME) for å rapportere god helse i Irland, Italia og Noreg før og under covid-19-pandemien. AME syner effekten av kvar uavhengige variabel når denne blir satt til gjennomsnittsverdi og alle dei andre uavhengige variablane i regresjonsmodellen også blir satt til sine gjennomsnittsverdiar (Blekesaune & Bjørkhaug, 2021, s. 216). Dersom ein multipliserer marginaleffektane med 100 er tolkinga av AME prosentvis endring i sannsynet for at $Y = 1$, altså for å ha god helse. For dummy-variablar er dermed tolkinga svært enkel, der AME kan tolkast som gjennomsnittleg endring i sannsynet for at $Y = 1$ når X aukar frå 0 til 1. Tolking av kontinuerlege variablar for AME er derimot litt annleis enn for dummy-variablar. For kontinuerlege variablar rapporterer AME kor mykje sannsynet for å få verdien 1 på Y -variabelen endrar seg med éin endring kring gjennomsnittsverdien på ein X -variabel, når alle dei andre X -variablane blir heldt konstante.

Tabell 5.2: Gjennomsnittlege marginaleffektar for å rapportere god helse i Irland, Italia og Noreg før og under covid-19-pandemien. AME og p-verdiar i parentes

| | Irland | | Italia | | Noreg | |
|--|---------------------|---------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------|
| | Runde 9 | Runde 10 | Runde 9 | Runde 10 | Runde 9 | Runde 10 |
| Utdanningsnivå (høg utdanning som ref.) | | | | | | |
| Låg utdanning | -0.047 (0.097) | -0.053 (0.153) | -0.085** (0.006) | -0.001 (0.968) | -0.173** (0.006) | -0.118 (0.173) |
| Middels utdanning | -0.028 (0.253) | -0.009 (0.732) | -0.040 (0.168) | 0.026 (0.362) | -0.004 (0.891) | -0.077 (0.069) |
| Følelse kring inntekt | 0.069** (<0.001) | 0.058** (<0.001) | 0.058** (<0.001) | 0.074** (<0.001) | 0.099** (<0.001) | 0.114** (<0.001) |
| Tilsetjingsforhold (arbeidstakar som ref.) | | | | | | |
| Sjølvtendig næringsdrivande | -0.005 (0.898) | 0.031 (0.311) | 0.006 (0.834) | 0.045 (0.095) | 0.073 (0.098) | 0.138** (0.004) |
| Jobbar i familiebedrift | 0.110* (0.027) | 0.050 (0.511) | 0.064 (0.210) | 0.030 (0.662) | -0.126 (0.380) | 0.187** (<0.001) |
| Arbeidsledig (ja = 1, nei = 0) | -0.170* (0.019) | 0.036 (0.488) | -0.018 (0.650) | -0.127* (0.034) | -0.074 (0.506) | 0.018 (0.887) |
| Sosialt nettverk | 0.057** (<0.001) | 0.046** (0.009) | 0.061** (<0.001) | 0.061** (<0.001) | 0.072** (<0.001) | 0.045 (0.091) |
| Subjektiv vurdering av helsetenester | 0.004 (0.374) | 0.011** (0.001) | 0.020** (<0.001) | 0.011* (0.016) | 0.030** (<0.001) | 0.025* (0.016) |
| Alder (antal år) | -0.003** (0.006) | -0.003** (0.003) | -0.011** (<0.001) | -0.009** (<0.001) | -0.007** (<0.001) | -0.005** (0.004) |
| Kvinne (Menn = 0, kvinner = 1) | 0.026 (0.246) | -0.026 (0.262) | 0.043* (0.039) | -0.019 (0.396) | -0.036 (0.215) | -0.011 (0.780) |
| N = | 1486 | 1125 | 1495 | 1447 | 973 | 1017 |

Signifikansnivå, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, p-verdiar i parentes.

5.2.1 Irland

I tabell 5.2. ovanfor kan ein sjå dei gjennomsnittlege marginaleffektane for å rapportere god helse i Irland før og under covid-19-pandemien. Av tabellen kan ein sjå at *utdanningsnivå* ikkje har ein statistisk signifikant effekt på sjølvrapportert helse i Irland, verken før eller under pandemien. Det kan likevel vere interessant å sjå på effekten av utdanning aleine, presentert i modell 1 (Vedlegg 2). Her kjem det fram at i perioden før pandemien har personar med låg utdanning 11.5% lågare sannsyn for å ha god helse enn personar som har høg utdanning. Til samanlikning har personar med låg utdanning 15.2% lågare sannsyn for å ha god helse enn personar som har høg utdanning. Dette kan tyde på at utdanningsnivå har meir å seie for helse under pandemien. Desse funna er statistisk signifikant på 1%-nivå i kvar runde, men som nemnt tidlegare syner formelle testar at effekten av utdanning ikkje er statistisk signifikant større under koronapandemien enn før i Irland. I tillegg forsvinn effekten av utdanning når dei andre forklarings- og kontrollvariablane inkluderast.

Når det gjeld dei andre indikatorane for sosioøkonomisk status, kan ein først og fremst sjå at *følelse kring eiga inntekt* er statistisk signifikant i begge rundane. I runden før pandemien er AME for følelse kring eiga inntekt på 0.069 som betyr at personar som «klarar seg med noverande inntekt», som er gjennomsnittssvaret for inntektsvariabelen, vil éi auke i følelse kring eiga inntekt auke deira sannsyn for å rapportere god helse med 6.9 prosentpoeng. Under pandemien har sannsynet i mellomtida gått ned til 5.6 prosentpoeng. På denne måten ser effekten av inntekt ut til å ha gått litt ned frå runden før til under pandemien.

For å måle yrkesstatus er det inkludert to ulike forklaringsvariablar. Den første er eit dummysett for ulike *tilsetjingsforhold*: arbeidstakarar (satt til referansekategori), sjølvstendig næringsdrivande og jobbar i familiebedrift. I tråd med den teoretiske usikkerheita, gir ikkje modellen eintydige resultat når det gjeld tilsetjingsforhold. Medan sjølvstendig næringsdrivande har 0.5% lågare sannsyn for å ha god helse enn vanlege arbeidstakarar i runde 9, har dei 3.1% høgare sannsyn for å ha god helse enn vanlege arbeidstakarar i runde 10. Ingen av funna er i mellomtida statistisk signifikant. Det same gjeld for personar som jobbar i familiebedrifter i runde 10, der modellen syner at dei har 5% høgare sannsyn for å ha god helse enn vanlege arbeidstakarar. I runde 9 er derimot dette funnet signifikant, der personar som jobbar i familiebedrifter har 11% høgare sannsyn for å ha god helse enn vanlege arbeidstakarar. Den andre variabelen for yrkesstatus er også ein dummy-variabel, og måler om ein er *arbeidsledig* eller ikkje. I runde 9 kan ein sjå at arbeidsledige har 17% lågare sannsyn for å ha god helse enn dei som ikkje er det, og funnet er statistisk signifikant på 5%-nivå. Under pandemien derimot ser effekten ut til å vere snudd, der arbeidsledige har 3.6% høgare sannsyn for å ha god helse enn dei som ikkje er det, men dette funnet er ikkje statistisk signifikant.

Vidare viser det seg at *sosiale nettverk* har ein positiv statistisk signifikant effekt på god helse i begge rundane i Irland. Overraskande nok ser sosiale nettverk i mellomtida ut til å ha mindre betyding under pandemien enn tidlegare. *Subjektiv vurdering av helsetenester* har ingen statistisk signifikans før covid-19, men den har det under sjølve pandemien. Her kjem det fram at blant personar som vurderer Irland sine helsetenester som omkring middelmåtige, vil eit nivå opp på vurderinga auke deira sannsyn for å rapportere god helse med 1.1 prosentpoeng.

Til slutt er kontrollvariablane *alder* og *kjønn*. Aldersvariabelen syner ein signifikant negativ effekt på god helse i begge rundane. Kjønnsvariabelen derimot har ein positiv AME i runde 9 og ein negativ i runde 10. Dette betyr at i runden før pandemien har kvinner 2.6% høgare sannsyn for å ha god helse, medan i runden under pandemien har kvinner 2.6% mindre

sannsyn for å ha god helse. Desse utvitydige funna er i mellomtida ikkje statistisk signifikante.

5.2.2 Italia

Over til Italia er utdanningsvariabelen spesielt interessant. Av tabellen kjem det fram at før pandemien hadde personar med låg utdanning 8.5% lågare sannsyn for å ha god helse enn personar med høg utdanning. Dette funnet er statistisk signifikant, men er også det einaste signifikante funnet når det gjeld utdanningsgradienten i Italia for modell 3. Igjen kan det vere interessant å studere effekten av utdanning aleine, presentert i modell 1 (Vedlegg 2). Her viser det seg at personar med låg utdanning har 23% lågare sannsyn for å ha god helse enn personar med høg utdanning før pandemien. Under pandemien derimot har personar med låg utdanning berre 11.5% lågare sannsyn for å ha god helse enn personar med høg utdanning. Dette tyder på at effekten av utdanning er *mindre* under pandemien, og begge funna er statistisk signifikant på 1%-nivå. Attpåtil synte formelle testar at det er statistiske signifikante forskjellar mellom effekten av utdanning før og under koronapandemien i Italia, der utdanning nettopp såg ut til å spele ei mindre rolle under pandemien. Når det gjeld personar med middels utdanning i modell 1 har dei 5.7% lågare sannsyn for å ha god helse enn personar med høg utdanning før covid-19, medan denne effekten er på 0.2% under pandemien. Det er derimot berre funnet i runde 9 som er statistisk signifikant. Igjen er det viktig å påpeike at effekten av utdanning forsvinn når dei andre forklarings- og kontrollvariablane leggst til.

Når det gjeld dei andre indikatorane for sosioøkonomisk status i Italia, kan ein først og fremst sjå at *følelse kring eiga inntekt* er statistisk signifikant i begge rundane. Til forskjell frå Irland har effekten av inntektsvariabelen på si side gått betydeleg opp frå runden før til under pandemien. I runden før pandemien er AME for følelse kring eiga inntekt på 0.058 som betyr at personar som «klarar seg med noverande inntekt», som er gjennomsnittssvaret for inntektsvariabelen også i Italia, vil éi auke i følelse kring eiga inntekt auke deira sannsyn for å rapportere god helse med 5.8 prosentpoeng. Under covid-19 aukar sannsynet i mellomtida til 7.4 prosentpoeng. Dette kan indikere at inntekt, til forskjell frå utdanning, betyr *meir* for helsa i Italia under pandemien.

For yrkesstatus syner først og fremst dummy-settet for *tilsetjingsforhold* at både sjølvstendig næringsdrivande og personar som jobbar i familiebedrift har ein positiv effekt for god helse i både runde 9 og 10, men ingen av funna er statistisk signifikante. Variabelen som måler effekten av *arbeidsledigheit* er heller ikkje statistisk signifikant i runde 9, men syner som forventa at arbeidsledigheit har ein negativ effekt på helse. Under pandemien

er denne i mellomtida signifikant, der personar som er arbeidsledige har 12.7% lågare sannsyn for å rapportere god helse enn personar som ikkje er det.

Vidare har *sosiale nettverk* også ein positiv statistisk signifikant effekt på god helse i begge rundane i Italia. Effekten av sosiale nettverk er lik både før og under pandemien. Blant personar som oppgjev at dei er «omtrent like sosial som andre», vil éi auke i graden av kor sosial dei er, auke deira sannsyn for å rapportere god helse med 6.1 prosentpoeng. *Subjektiv vurdering av helsetenester* viser seg å ha ein positiv signifikant effekt på god helse både før og under pandemien i Italia, men går i mellomtida noko ned under pandemien.

Til slutt er kontrollvariablane *alder* og *kjønn*. Som i Irland, har aldersvariabelen ein signifikant negativ effekt på god helse i begge rundane, der helsa går ned med alderen. I Italia er effekten av alder i mellomtida noko høgare enn i Irland. Når det gjeld kjønnsforskjellar viser det seg at kvinner har 4.3% høgare sannsyn for å ha god helse før pandemien. Dette funnet er statistisk signifikant. Under pandemien snur derimot effekten av kjønn, der kvinner har 1.9% lågare sannsyn for å ha god helse. Dette funnet er derimot ikkje statistisk signifikant.

5.2.3 Noreg

Når me no rettar blikket over til den sosialdemokratiske velferdsstaten Noreg, kan ein sjå at heller ikkje her har utdanning ein tydeleg statistisk signifikant effekt på helse før og under pandemien. Tabell 5.2 syner at personar med låg utdanning hadde 17.3% lågare sannsyn for å ha god helse enn personar med utdanning på høgare nivå før covid-19, og dette funnet er statistisk signifikant. Under pandemien hadde denne effekten gått ned til 11.8%, men dette funnet er derimot ikkje statistisk signifikant. Når det gjeld personar med middels utdanning hadde dei knappe 0.4% lågare sannsyn for å ha god helse enn personar med høg utdanning før pandemien, men dette funnet er ikkje statistisk signifikant. Under pandemien derimot viser det seg at personar med middels utdanning har 7.7% lågare sannsyn for å ha god helse enn personar med høg utdanning. Med ein p-verdi på 0.069 kan ein argumentere for at det er relativt lågt sannsyn for at resultatet er tilfeldig, men den er likevel ikkje låg nok til å konkludere sikkert med at det er ein reell effekt. Likevel tydar funnet på at utdanningsnivå spelar ei viktig rolle for helsa i Noreg under pandemien. For å utforske dette vidare kan det igjen vere interessant å studere effekten av utdanning aleine, presentert i modell 1 (Vedlegg 2). Her kan ein sjå at personar med låg utdanning har 28% lågare sannsyn for å ha god helse enn dei som har høg utdanning før pandemien. Under pandemien har sannsynet gått ned til 22.4%, og begge funna er statistisk signifikant. Ved første augekast kan det slik verke som om utdanning har størst effekt på

helse i, samanlikna med dei andre velferdsstatane. Det er likevel viktig å hugse at det generelle utdanningsnivået er betydeleg høgare i Noreg (Tabell 5.1), og at dette nødvendigvis kan påverke resultatane. Når ein stadig mindre del av befolkninga har låg utdanning, kan desse også vere meir selektert på andre uheldige faktorar (Øversveen & Rydland, 2021, s. 90). Totalt sett kan det likevel verke som om effekten av låg utdanning har gått ned under pandemien, medan effekten av middels utdanning har gått opp. Som tidlegare nemnt syner likevel formelle testar at effekten av utdanning ikkje er statistisk signifikant ulik før og under koronapandemien i Noreg.

Når det gjeld dei andre indikatorane for sosioøkonomisk status i Noreg, kan ein først og fremst sjå at *følelse kring eiga inntekt* er statistisk signifikant i begge rundane. Overraskande nok ser (følelse kring eiga) inntekt ut til å bety mest i Noreg, samanlikna med dei andre landa. Her kan ein sjå at for personar som ligg midt mellom å «klare seg med noverande inntekt» og «lev komfortabelt med eiga inntekt», som er gjennomsnittssvaret for inntektsvariabelen i Noreg, vil éi auke i følelse kring eiga inntekt auke deira sannsyn for å rapportere god helse med heile 9.9 prosentpoeng i runde 9 og 11.4 prosentpoeng i runde 10.

Vidare syner dummy-settet for *tilsetjingsforhold* ikkje statistisk signifikante forskjellar mellom det å vere sjølvstendig næringsdrivande eller å jobbe i familiebedrift og vere vanleg arbeidstakar før pandemien. Det bør likevel nemnast at personar som er sjølvstendig næringsdrivande har høgare sannsyn for å ha god helse enn vanlege arbeidstakarar, og at personar som jobbar i familiebedrifter har lågare sannsyn for å ha god helse enn vanlege arbeidstakarar før pandemien. Under pandemien derimot, har både sjølvstendig næringsdrivande og personar som jobbar i eiga familiebedrift eit signifikant høgare sannsyn for å ha god helse enn vanlege arbeidstakarar. Sjølvstendig næringsdrivande har 13.8% høgare sannsyn for å ha god helse enn vanlege arbeidstakarar under pandemien, medan personar som jobbar i familiebedrifter har heile 18.7% høgare sannsyn for å ha god helse enn vanlege arbeidstakarar. Dermed er det ein tydeleg forskjell i tilsetjingsforhold under pandemien i Noreg samanlikna med dei andre velferdsstatane. Variabelen som måler effekten av *arbeidsledigheit* er ikkje statistisk signifikant verken før eller under koronapandemien. Den syner likevel ein negativ effekt på helse før pandemien, og ein positiv effekt under pandemien. Igjen er antalet arbeidsledige svært lågt i utvalet for Noreg, og eg vil argumentere for at dette kan skuldast tilfeldigheter.

Når det gjeld *sosiale nettverk* syner tabell 5.2 at det har ein positiv signifikant effekt på god helse før pandemien i Noreg. Effekten under pandemien går i mellomtida noko ned, og er ikkje statistisk signifikant. I lys av dei psykiske konsekvensane av sosiale

restriksjonar under pandemien, kan dette vere noko overraskande. Vidare viser *subjektiv vurdering av helsetenester* seg å ha ein positiv effekt på god helse både før og under pandemien i Noreg, men går, som i Italia, noko ned under pandemien.

Til slutt er kontrollvariablane *alder* og *kjønn*. Som i Irland og Italia, har aldersvariabelen ein signifikant negativ effekt på god helse i begge rundane, der helsa går ned med alderen. Når det gjeld kjønnsforskjellar har kvinner 3.6% og 1.1% lågare sannsyn for å ha god helse i dei respektive rundane, men funna er derimot ikkje statistisk signifikant. Samla sett er det soleis ingen klare kjønnsforskjellar i sjølvrapportert helse på tvers av velferdsstatane før og under pandemien.

6.0 Diskusjon

I denne delen av oppgåva skal eg diskutere det eg ser på som mine viktigaste funn i lys av tidlegare forskning og teori, samt korleis koronapandemien har påverka situasjonen i Irland, Italia og Noreg. Kapittelet innleiast med ein diskusjon kring det sjølvrapporterte helsemålet, både generelt og under pandemien. Deretter vil eg drøfte helseulikeheitene før og under covid-19-pandemien i dei ulike velferdsstatane med utgangspunkt i Esping-Andersen sin velferdstypologi og fundamental årsaksteori. Resultata frå analysen er både forventede og overraskande, og vil kunne seie noko om dei potensielle førebyggjande effektane av ulike velferdssystem, samt kva system som er mest effektive når det gjeld å beskytte befolkninga mot aukande ulikeheit. På denne måten kan oppgåva bidra med viktige lærdommar og implikasjonar for framtidige kriser og utfordringar.

6.1 Sjølvrapportert helse under pandemien

Det er ingen tvil om at covid-19-pandemien har hatt store helsemessige konsekvensar verda over. Som nemnt innleiingsvis var det per august 2023 registrert over 760 millionar tilfelle og omlag 6.9 millionar dødsfall på verdsbasis (WHO, 2023b). Vidare opplev mange personar langvarige etterverknader som utmatting, muskelsmerter og andre kroniske etterverknader etter å ha blitt smitta med koronaviruset. Studiar indikerer at kring 10-20 prosent av alle som blir smitta med viruset kan utvikle symptom som kan diagnostiserast som long-covid. Sjølv om det er ikkje er kjend nøyaktig kor mange som lev med tilstanden, antakast det at meir enn 17 millionar menneske i WHO sin Europa-region kan ha opplevd dette i løpet av dei to første åra av pandemien (Magnusson et al., 2023). I tillegg har pandemien, som ledd i beredskapen for å frigi kapasitet til ei forventede auking av pasientar med covid-19, hatt betydelege konsekvensar for pasientar med andre sjukdommar. Sjukehus har måtte redusert planlagt aktivitet, inkludert innleggingar, dagbehandling og polikliniske konsultasjonar (FHI, 2021). Dette har ført til auka ventetid og fleire brot på fristar, noko som nødvendigvis har påverka folkehelsa.

Det er derfor overraskande at den deskriptive statistikken syner at den sjølvrapporterte helsa er tilnærma uberørt av pandemien – og at den til og med har blitt betre frå før til under pandemien i samtlige land. Ei rekkje forskarar har i mellomtida hevda at økonomisk tilbakegang vil føre til *forbetra* helse, ofte grunngitt i eit lågare arbeidstempo, mindre stress og redusert usunt forbruk (Dahl et al., 2015; Øversveen & Rydland, 2021, s. 138). Ein framtrèdande talsperson for denne oppfatninga er økonomen Ruhm (2003), som har gått så langt som å hevde at det er oppgangstider, snarare enn nedgangstider, som er ugunstig for helsa. I ein artikkel med den utvitydige tittelen «Good times make you sick» syner Ruhm (2003) korleis den økonomiske *veksten* i USA frå 1972-1981 hadde negative helseeffektar. I lys av dette har pandemien faktisk hatt ei rekkje positive konsekvensar for

helsa. Den mest openbare positive sideeffekten av smitteverntiltaka og reiserestriksjonane er ein nedgang i andre infeksjonssjukdommar som forkjølelse og influensa (FHI, 2021). Vidare har mange oppdaga fordelane ved heimekontor og fleksible arbeidsordningar, som kan gi ein betre balanse mellom arbeid og fritid, samt redusert pendling og stress. I tillegg har pandemien også eskalert bruken av telemedisin og digitale konsultasjonar, noko som kan gjere helsetenester meir tilgjengelege og effektive (OECD, 2022, s. 14). Til slutt har pandemien også ført til auka samhold og solidaritet i samfunnet, noko som ofte oppstår i krisetider. Folk har stilt opp for kvarandre, hjulpet naboar og synt omsorg. Alt i alt kan desse faktorane ha bidrege til å forbetre den sjølvrapporterte helsa, sjølv under den største folkehelsekrisa i nyare tid.

På den andre sida har subjektive helsemål ei rekkje svakheiter som kan vere med på å forklare kvifor den sjølvrapporterte helsa ikkje ser ut til å vere påverka av covid-19-pandemien, til tross for dei store helsemessige konsekvensane. Som nemnt tidlegare finn ei rekkje studiar at det sjølvrapporterte helsemålet er dårleg innramma, der målet mellom anna ikkje er eksplisitt når det gjeld referansegruppe (Heggebø et al., 2019). I møte med ein pandemi der mange millionar menneske har døydd, er det ikkje utenkeleg at den sjølvrapporterte helsa kan bli betre som ein konsekvens av at mange er sjuke. Dette kan skje fordi ein bevisst, eller ubevisst, samanliknar seg med andre. Vidare kan det også tenkjast at dei helsemessige konsekvensane av pandemien blir meir synlege ei stund *etter* pandemien. Det er usikkert kor raskt helseeffektane av ei krise vil manifestere seg og bli målbare (Dahl et al., 2015). Sjølvrapporterte helsemål er riktig nok meir følsame for endringar i samfunnet enn andre objektive helsemål, og slik kan sjølvrapportert helse raskt reflektere endringar i livsstil, stressnivå og sosiale forhold. Likevel kan det vere først i kjølvatnet av koronapandemien at dei helsemessige følgjene av dei sosiale og økonomiske konsekvensane blir synlege. I denne perioden vil også krava om innstrammingstiltak sannsynlegvis bli høgare og utfordre dei sosiale sikkerheitsnetta i mange land (Friedman et al., 2021). På denne måten kan det tenkjast at situasjonen ville sett annleis ut nokre år *etter* pandemien.

Det er også mogleg at langtidseffektar ikkje vil vise seg før om ein generasjon, sidan belastningane og påkjenningane barn blei utsett for under pandemien ikkje blir manifeste før dei blir vaksne, noko som støttast av livsløpsperspektivet og tesen om biologisk programmering (Barker, 1994; Dahl et al., 2015). Pandemien har ført til avbrot i skulegangen, og då dei pandemirelaterte nedstengingane var på sitt høgaste var over 80 prosent av verdas nesten 2 milliardar elevar utan skulegang (UNESCO, 2020). På denne måten kan millionar av barn lide av betydelege læringstap. Eit anna alvorleg problem er at barn kan ha blitt utsett for skadelege heimemiljø under lengre periodar med nedstenging.

Å bli tvungen til å tilbringe meir tid heime er for mange barn einstyddande med auka risiko for vald og/eller mishandling, og konsekvensane av dette vil vere langvarige (Friedman et al., 2021). Samla sett kan konsekvensane av covid-19-pandemien vere langvarige, og dei blir kanskje ikkje fullt synlege før ei god stund *etter* pandemien. Eit sentralt poeng Øversveen og Rydland (2021, s. 137–138) trekkjer fram, er at dei viktigaste helsedeterminantane ikkje nødvendigvis handlar om konkrete sjukdommar eller risikofaktorar i seg sjølv, men om dei meir overordna og stabile aspekta ved samfunnet. Frå eit slikt perspektiv kan ein seie at det mest kritiske ved koronapandemien vil vere korleis den påverkar samfunnet sine økonomiske, politiske og sosiale strukturar over tid, og at det derfor vil ta fleire tiår før dei fulle konsekvensane av viruset er klart.

Til slutt vil eg også løfte fram ein viktig presisjon frå Dahl et al. (2015) som gjeld for alle studiar som tek føre seg økonomisk nedgang og helse. For sjølv om økonomiske kriser kan råke store delar av samfunnet, er det likevel relativt sett få personar som blir permitterte, mistar jobben og hamnar i økonomisk uføre. Dette let seg også illustrere i form av at knappe 122 av 3589 respondentar oppgjev at dei er arbeidsledige under pandemien i dei tre landa (ESS, 2023b). På denne måten blir samanhengen mellom krise og helse ein annan på makro- enn på mikronivå: For personar som blir arbeidsledige, kan den økonomiske krisa, eller pandemien, få kraftige, negative konsekvensar for helsa. For den største delen av befolkninga derimot, som opplev «mildare» økonomiske konsekvensar av krisa, vil også helsa i langt mindre grad bli ramma (Dahl et al., 2015; Øversveen & Rydland, 2021, s. 141). Til tross for at antalet arbeidsledige truleg er noko høgare enn det som blir oppgitt, kan dette likevel vere med å forklare kvifor den sjølvrapporterte helsa er relativt stabil gjennom koronapandemien – det er nettopp få personar som blir berørt av dei negative konsekvensane av krisa. Det er likevel viktig å utforske om pandemien ramar skeivt, og slik reproducerer sosioøkonomiske helseforskjellar i befolkninga.

6.2 Velferdsstatens ulikheitsreducerande effekt

Foreløpige bevis tydar på at koronapandemien drastisk forverrar sosiale ulikheiter i helse over heile verda, via direkte og indirekte konsekvensar. Dei umiddelbare effektane er udiskutable og synlege i mange land, der covid-19-infeksjonar og -dødelegheit har ramma etniske minoritetar og personar med låg sosioøkonomisk status urettferdig hardt (Bambra et al., 2020; Friedman et al., 2021). Resultata frå denne oppgåva er derimot ikkje like klare. I den liberale velferdsstaten Irland var den teoretiske forventninga til helseulikheit høgast. Under pandemien ser den samla helseulikeita ut til å vedvare, men den aukar ikkje så mykje som ein kunne forvente. Sensitivitetsanalysar indikerer i mellomtid at sosiale helseforskjellar ser ut til å auke blant menn under pandemien i Irland, medan kvinner ser ut til å vere lite berørt av situasjonen. I den konservative velferdsstaten Italia

ser situasjonen ganske annleis ut. Her ser det ut som om pandemien har verka sosialt *utjamnande*, med ein nedgang i dei sosiale ulikheitene i helse under pandemien. I den sosialdemokratiske velferdsstaten Noreg forblir helseulikheitene stabile til tross for pandemien. Det er likevel verdt å merke seg at ulikheitene er relativt høge, sjølv med omfattande universelle velferdsgoder og eit progressivt skattesystem som omfordelar inntekt. Dette fenomenet, kjent som det nordiske velferdsparadokset, vil utgjere ein viktig del av diskusjonen om den sosialdemokratiske velferdsstaten nedanfor.

Når det gjeld velferdsstatane si evne til å motverke ulikheit, er alle teoretisk sett designa for dette formålet, men dei gjer det på forskjellige måtar og med varierende grad av suksess (Esping-Andersen, 1990a). Eit viktig spørsmål er kva mekanismar som eventuelt leier frå pandemi og krise til uheldige helseutfall. Her antakast nettopp velferdsordningas utforming å spele ei viktig rolle, og det er derfor av stor interesse å utforske korleis dei ulike velferdsstatane responderer på ei så omfattande samfunnskrise som koronapandemien. Ein annan viktig faktor er likevel også kva som kjenneteiknar pandemien i dei forskjellige landa, inkludert kor raskt den spreier seg, kor lenge den varer, og kva helsemessige og økonomiske konsekvensar den medfører. I Europa har Italia ofte blitt sett på som eit skrekkeksempel når det gjeld konsekvensane av koronaviruset. Der har helsepersonell vore nøydd å ta vanskeleg avgjersler om kven dei skal prioritere for behandling, og pasientar over ein bestemt alder har ikkje fått tilgang til respiratorbehandling (Syse, 2020). Per mai 2023 inkluderte dette 189 738 dødsfall som følgje av koronaviruset i Italia. Til samanlikning er antalet dødsfall som følgje av koronaviruset 8824 i Irland og 5214 i Noreg (Statista, 2023). Dette betyr ikkje at Irland og Noreg ikkje har hatt betydelege helsemessige og økonomiske konsekvensar av pandemien, men av ein annan karakter enn den ein har sett i Italia. I det følgjande vil derfor kvar velferdsstat si helsebeskyttande evne bli diskutert i lys av både utforminga av velferdsstaten, fundamental årsaksteori og karakteristikkane ved pandemien i det aktuelle landet.

6.2.1 Den liberale velferdsstaten Irland

I den liberale velferdsstaten Irland var den teoretiske forventinga til helseulikheit høg – og som resultat av at det offentlege velferdstilbodet er på eit minimum, at ulikheitene gjerne ville *auke* under pandemien (Esping-Andersen, 1990b). Den sjølvrapporterte helsa har i mellomtida *forbetra* seg med heile 5 prosent. Heller ikkje helseulikheitene i Irland ser ut til å vere påverka av pandemien, og er vedvarande frå før og under krisa. Gjennom sensitivitetsanalyser kjem det derimot fram at sosiale ulikheiter i helse har auka for menn under pandemien i Irland. Det er også verdt å trekkje fram at effekten av utdanning ser ut til å ha auka under pandemien, når utdanningseffekten blir analysert aleine (Vedlegg

2). Formelle testar viste i mellomtida ikkje statistisk signifikante forskjellar mellom effekten av utdanning før og under pandemien. Samla sett kan dette likevel indikere at ulikheitene er noko aukande under pandemien, samstundes som folkehelsa forbetrar seg. Ifølgje Dahl et al. (2015) er det fullt mogleg at ei krise, som pandemien, betrar folkehelsa i stort, men svekker helsa til sårbare grupper. Det vil derfor vere interessant å forsøkje å forklare forbetringa i folkehelsa. Kva er det med den liberale velferdsstaten Irland som gjer at folkehelsa betydeleg betrar seg under den største folkehelsekrisa i nyare tid?

Ved eit kjapt tilbakeblikk til den beskrivande statistikken i tabell 5.1, kan ein sjå at variabelen for subjektiv vurdering av landets helsevesen har gått betydeleg opp frå før til under pandemien. Dette kan tyde på at det må ha skjedd endringar i helsevesenet til Irland under pandemien. I utgangspunktet er det irske helsesystemet uvanleg i Europa ved at det ikkje gir universell og rettferdig tilgang til verken primærhelsetenester eller akutt sjukehusbehandling (Connolly & Wren, 2019). Dette betyr at enkeltpersonar i stor grad må handtere eigne sosiale og økonomiske utfordringar utan statleg støtte. Vidare finst det to hovudkategoriar av rettar til offentlege helsetenester i Irland. Dei som høyrer til i kategori 1, og er innehavarar av helsetrygdkort, har rett til gratis helsetenester i det offentlege systemet, men må likevel betale høge eigenandelar for reseptbelagde varer. Dei fleste som kvalifiserer seg for kategori 1, gjer det på grunnlag av ei behovsprøving, medan andre gjer det på grunnlag av ei diagnose på ein spesifisert kronisk sjukdom. Totalt svarar dette til kring 36 prosent av befolkninga i Irland (Connolly & Wren, 2019; Kennelly et al., 2020). Resten av befolkninga høyrer til kategori 2, som gir dei rett til behandling i det offentlege sjukehussystemet mot ein eigenandel. Hos fastlegen må ein betale fullpris. Mange i kategori 2, og eit mindretal i kategori 1, kjøper i mellomtida private helseforsikringar som gir dei tilgang til private helsetenester (Kennelly et al., 2020). Dette er eit konkret døme på korleis sosioøkonomiske ressursar er ei fundamental årsak til sosiale ulikheiter i helse (Phelan et al., 2004). Både tilgang til helsehjelp og medisin er avhengig av økonomiske middel, noko som skapar ei barriere for dei som ikkje har tilstrekkeleg med pengar – og slik blir sosiale helseulikheiter skapt.

Under pandemien ønskja regjeringa i mellomtida å begrense den økonomiske byrden enkeltpersonar og bedrifter blei påført som følgje av viruset. Derfor vart det innført ei rekkje tiltak for å redusere konsekvensane, som i all hovudsak er identisk med kva eit skattefinansiert offentlig velferdssystem ville tilseie, lik den sosialdemokratiske velferdstypen (Esping-Andersen, 1990b). Dette omfatta mellom anna inntektsstøtte i form av ein fast arbeidsledighetspremie på 350 euro per veke for personar som mistar jobben på grunn av pandemien, og ein midlertidig lønnskotsordning som gjorde det mogleg for arbeidstakarar å mottaka betydeleg støtte direkte frå arbeidsgivaren sin gjennom

lønssystemet (Kennelly et al., 2020). Dette kan forklare kvifor effekten av arbeidsledigheit går frå negativ til positiv frå før til under pandemien i Irland, trass i at dette funnet ikkje er statistisk signifikant. Vidare er eit slåande trekk korleis helsesystemet også vart forbetra, der befolkninga ikkje har blitt belasta for noko aspekt av behandling knytt til viruset (Kennelly et al., 2020). Dette kan naturlegvis forklare den betydelege auken i subjektiv vurdering av landets helsetenester, og kan nok også tilskrivas som årsaka til at betydinga av inntekt er mindre *under* pandemien. I lys av fundamental årsaksteori reduserte Irland på denne måten ressursforskjellane innåt i befolkninga (Phelan et al., 2010), noko som truleg kan forklare kvifor ulikheitene i helse ikkje auka under pandemien.

På den andre sida ser ulikheitene ut til å auke blant menn når utdanning er målt i antal år, snarare enn nivå. Sjølv om denne effekten ikkje er til stades når ein måler utdanning på nivå, indikerer den likevel at den irske velferdsstaten kanskje ikkje er like effektiv mot helseulikheit under covid-19-pandemien som den først kan verke. Årsaka til dei aukande ulikheitene blant menn, kan i mellomtid gjerne knytast til det faktum at jobbtap under pandemien i Irland i større grad ramma menn (Doorley et al., 2022). Dette skuldast hovudsakleg yrkessortering. Menn var overrepresentert i sektorar som bygg og anlegg, produksjon og transport, som var meir sårbare for jobbtap under covid-19-pandemien. Kvinner derimot var overrepresentert i viktige sektorar og samfunnskritiske yrker, noko som førte til at deira sysselsettingsnivå falt mindre enn menns (Doorley et al., 2022). Ei mogleg forklaring på kjønnsforskjellen i helseulikheit kan derfor vere at menn i større grad enn kvinner opplevde stress og bekymring knytt til arbeidssituasjon, noko som nødvendigvis vil påverke sjølvrapportert helse.

Samla sett kan pandemien uansett ha styrka argumentet for eit universelt helsesystem i Irland. Samstundes har den nok også understreka kor vanskeleg det ville vore å få til eit slikt system med dagens hybridmodell for helsetenester og finansiering (Kennelly et al., 2020). Av denne grunn vil Irland truleg vere eit spesielt interessant land å følgje med på i kjølvatnet av pandemien. I tida etter pandemien vil dei sosialdemokratiske tiltaka som vart innført under pandemien sannsynlegvis bli reversert, og det blir spennande å sjå korleis dette vil påverke utviklinga av helseforskjellane.

6.2.2 *Den konservative velferdsstaten Italia*

I den konservative velferdsstaten Italia var den teoretiske forventinga til helseulikheit moderat. Graden av dekommodifisering er relativt høg, der generøse velferdsordningar gjer at innbyggjarane i liten grad er avhengig av marknaden. På den andre sida har den konservative velferdsmodellen ein konserverande funksjon, der staten si vektlegging av å oppretthalde statusforskjellar gjer at dens omfordelende effekt er ubetydeleg (Esping-

Andersen, 1999, s. 83–85). På denne måten har meir privilegerte personar alltid visse ressursmessige fortrinn som set dei i stand til å bevare sitt helsemessige forsprang. Det er derfor svært overraskande at pandemien har verka *sosialt utjamnande* i Italia, med ein nedgang i dei sosiale ulikheitene i helse under pandemien. Denne effekten er særleg tydeleg når ein ser på utdanningsgradienten aleine, der personar med låg utdanning går frå å ha 23% lågare sannsyn for å god helse enn personar med høg utdanning før pandemien, til 11.5% under pandemien. Dette vart også bekrefta av formelle testar. Det er likevel viktig å nemne at utdanningsgradienten blir borte når andre forklarings- og kontrollvariablar blir inkludert. I tillegg ser effekten av (følelse kring eiga) inntekt ut til å ha auka. Som nemnt tidlegare er inntekt (og yrke) i mellomtida meir tilbøyeleg for endringar under ein pandemi. Det er likevel eit interessant funn at inntekt synast å ha større betyding under pandemien i Italia, samstundes som sosial ulikheit i helse, målt ved utdanning som sosioøkonomisk indikator, ser ut til å ha blitt redusert. Dette kan i mellomtida knytast til det faktum at det nasjonale helsevesenet i Italia befant seg i ein kritisk situasjon allereie før pandemien, der den private sektoren kvantitativt sett har blitt stadig viktigare enn den offentlege (Bruni & Finco, 2024). På denne måten har Italia bevegde seg i ein retning der kvaliteten på og tilgang til helsetenester varierer med storleiken til lommeboka, noko som i maksimal grad opnar opp for at ressursforskjellar blir omsett til helsegode.

Motsett syner utdanningsgradienten at pandemien har verka sosialt utjamnande i Italia. Sjølv om det ved første augekast kan verke overraskande at pandemien har hatt ein slik effekt, er derimot Italia blant dei europeiske landa som har hatt sterkast utjamning av sosiale helseforskjellar dei siste åra (Bruni & Finco, 2024; Mackenbach et al., 2016). Dermed er det kanskje ikkje pandemien i seg sjølv som har vore sosialt utjamnande i Italia, men heller generelle trekk ved den italienske velferdsstaten. Allereie før covid-19-pandemien hadde Italia sterke omfordelingsmekanismer, og det kan vere årsaka til at pandemien ikkje førte til større helseulikheiter.

Trass i at ulikheitene generelt sett ser ut til å minke under pandemien i Italia, betyr heller ikkje dette at situasjonen er forbetra for dei mest sårbare i samfunnet. Dei nære koplingane mellom arbeid og velferd i konservative velferdsstatar gjer at personar utanfor arbeidslivet er spesielt sårbare (Esping-Andersen, 1999, s. 81–82). Dette var særleg tydeleg i Italia under covid-19-pandemien, der arbeidsledige har heile 12.7% lågare sannsyn for å ha god helse enn personar som ikkje er det. Samanlikna med dei andre velferdsstatane er den konservative velferdsstaten den velferdsordninga som i minst grad evnar å beskytte dei mest sårbare i samfunnet. Det er også viktig å trekkje fram at sjølv om helseulikheitene i Italia ser ut til å ha gått ned, er dei framleis til stades. Ein viktig nyansering omhandlar

også antalet dødsfall knytt til koronapandemien – dette belyser jo også velferdsstaten si kapasitet og evne til å (ikkje) beskytte befolkninga.

6.2.2.1 Ulike samfunn, ulike pandemiar

Viruset treff ulike samfunn på ulike måtar, og samfunn møter pandemien med ulike tiltak. At Italia vart så hardt råka av pandemien kunne gjerne vore eit argument for å ha valt ein annan idealtypisk velferdsstat til å representere den konservative velferdstypologien. Variasjonen i kor hardt pandemien rammar dei inkluderte landa, kan svekke oppgåva si samanlikningskraft, ettersom konteksten nødvendigvis vil vere noko ulik. Dette argumentet støttast av det faktum at mykje av årsaka til at Italia vart så hardt ramma av pandemien, kan tilskrivast landets demografi. Først og fremst har Italia ei av verdas eldste befolkningar, med heile 18 millionar menneske over 60 år per 2020. Forskjellar i aldersstruktur gir dramatisk ulike konsekvensar av pandemien mellom land, der forskning syner at yngre befolkningar klarer seg langt betre enn eldre befolkningar i møte med covid-19-pandemien (Syse, 2020). I tillegg har Italia eit heilt anna busettingsmønster enn for eksempel Noreg, som vart relativt lite berørt av pandemien samanlikna med Italia. Medan det bur heile 198 personar per kvadratkilometer i Italia, er det berre 18 på same området i Noreg (FN, 2024). Dette har naturlege konsekvensar for spreininga av viruset, og kan vere med på å forklare kvifor Italia vart så hardt råka av pandemien – og kvifor nettopp Italia stod ovanfor ein heilt annan epidemiologisk situasjon enn Irland og Noreg.

På den andre sida kan det faktum at Italia vart så hardt råka av pandemien på mange måtar også knytast til *velferdsstaten* si utforming. I konservative velferdsstatar, som Italia, der det offentlege ikkje tilbyr arbeidsledigheitstrygd eller høge (nok) ytingar, og mange gjerne ikkje har sparepeng å ta av, er det ofte ikkje eit alternativ å bli heime for å unngå smitte når ein har ein familie å brødfø. I tillegg har familien ei tradisjonell viktig rolle som velferdsforsørgjar i både Italia og andre konservative velferdsstatar (Esping-Andersen, 1999, s. 83–85), der det er mykje kontakt mellom generasjonar og mange hushaldningar er fleirgenerasjonshus. Dette har nødvendigvis også store følgjer for smittespreiing, og kan, på same måte som dei demografiske trekka, forklare kvifor Italia vart så hardt råka av pandemien. Dermed kan det tenkjast at det nettopp er trekk ved den konservative velferdsstaten som gjer Italia spesielt sårbar under ein pandemi. Dette støttast av det faktum at både Frankrike og Tyskland, som andre konservative velferdstypar, nesten vart like hardt ramma som Italia når det gjeld antal dødsfall som følgje av koronaviruset (Statista, 2023). Det kan med det sjå ut til at konservative velferdsstatar generelt sett er meir sårbare i møte med pandemiar, noko som kan betraktast som eit merkverdig funn i seg sjølv. På denne måten er det ikkje sikkert at valet av velferdsstat ville ha påverka resultatata i så stor grad. Det må riktig nok nemnast at Belgia på si side ikkje vart så hardt

råka av pandemien, men som nemnt tidlegare, syner Belgia likskapar med både den konservative og sosialdemokratiske velferdsmodellen (Esping-Andersen, 1999), noko som truleg også kan forklare kvifor.

6.2.3 Den sosialdemokratiske velferdsstaten Noreg

Medan Italia var eit av dei hardast råka landa i Europa, var Noreg eit av dei landa i verda med lågast antal døde og innlagte på sjukehus knytt til pandemien, samanlikna med størrelsen på befolkninga (FHI, 2021). At Noreg vart relativt mildt angripen av krisa kan i stor grad tilskrivas velferdsordningas utforming. Den sosialdemokratiske velferdsstaten kjenneteiknast av universelle ordningar, generøse overføringar og ein sterkt inngripande stat, noko som fører til ei teoretisk forventning om små helseforskjellar (Esping-Andersen, 1999, s. 78). Det er derfor svært overraskande at Noreg ser ut til å vere det landet med størst helseulikheit – der både utdanningsnivå og (følelse kring eiga) inntekt ser ut til å bety meir for den sjølvrapporterte helsa i Noreg enn både Irland og Italia, både før og under pandemien. I teorien om sosioøkonomisk status som den fundamentale årsaka til helseulikheiter er grunntanken at lagdeling og sosiale ulikheiter fører til ei skeiv fordeling av fleksible ressursar (Phelan et al., 2004, 2010). Høgstatusgrupper forvaltar sine ressursar, innanfor den sosiale konteksten dei befinn seg i, med tanke på å sikre betre helse for seg sjølv og sine (Elstad, 2012, s. 359). Samanlikna med andre land varierer i mellomtida inntekt og utdanning relativt lite i Noreg og velferdsstaten kjenneteiknast av universelle ordningar og progressive skattesystem som omfordelar inntekt. Teoretisk sett gir det derfor lite meining at Noreg, som sosialdemokratisk velferdsstat, er det landet med størst helseulikheit. Fenomenet er likevel å finne på tvers av dei sosialdemokratiske velferdsstatane (Friedman et al., 2021; Mackenbach, 2017), og er kjend som det nordiske velferdsparadokset.

Det nordiske velferdsparadokset beskriv altså korleis dei nordiske landa har forbløffande store helseforskjellar samanlikna med andre europeiske land, til tross for låg sosial ulikheit og velfungerande velferdssystem – som i teorien burde redusert helseforskjellane (Friedman et al., 2021; Mackenbach, 2017). Sjølv om dette uventa empiriske mønsteret kan ha alvorlege politiske implikasjonar i velferdsstatar, har mange forskarar hevda at mønsteret skuldast måleproblem, for eksempel bruk av relative versus absolutte ulikheitsmål (Bambra, 2013; Popham et al., 2013). I studiar der helseulikheit er målt i absolutt form, kjem dei nordiske landa nemleg langt betre ut (Mackenbach et al., 1997). På den andre sida hevdar andre at paradokset er reelt, og vedvarande funn, som resultata i denne oppgåva, indikerer at den sosialdemokratiske velferdsmodellen ikkje i tilstrekkeleg grad reduserer helseforskjellar i sin noverande form. I tråd med fundamental årsaksteori kan det vere at personar med høgare sosioøkonomisk status er flinkare til å utnytte dei

universelt tilgjengelege velferdsressursane i dei nordiske landa (Friedman et al., 2021; Phelan et al., 2010). Dette kan tyde på at sjølv ikkje den sosialdemokratiske velferdsstaten har kome i nærleiken av å eliminere betydninga av sosioøkonomisk status.

Ifølgje fundamental årsaksteori kan nemleg tilgangen til ressursar forme ulike kontekstar, som varierer dramatisk med omsyn til tilhøyrande helsefremmande faktorar og risikofaktorar (Phelan et al., 2004). I denne samanheng er funna knytt til tilsetjingsforhold i Noreg spesielt interessante. Før pandemien syntte dummy-settet *tilsetjingsforhold* ikkje statistisk signifikante forskjellar mellom det å vere sjølvstendig næringsdrivande eller jobbe i familiebedrift og vere vanleg arbeidstakar. Sjølvstendig næringsdrivande hadde 7.3% høgare sannsyn for å ha god helse enn vanlege arbeidstakarar før pandemien, medan personar som jobba i familiebedrifter hadde 12.6% lågare sannsyn for å ha god helse enn vanlege arbeidstakarar. Under pandemien derimot, har både sjølvstendig næringsdrivande og personar som jobbar i eiga familiebedrift eit signifikant høgare sannsyn for å ha god helse enn vanlege arbeidstakarar – og effekten er ganske stor. Medan sjølvstendig næringsdrivane har 13.8% høgare sannsyn for å ha god helse enn vanlege arbeidstakarar under pandemien, har personar som jobbar i familiebedrifter heile 18.7% høgare sannsyn for å ha god helse enn vanlege arbeidstakarar. Dette kan tyde på at personar som er sjølvstendig næringsdrivande eller jobbar i eiga familiebedrift, tilsynelatande er betre til å utnytte situasjonen dei er i og tek i bruk tilgjengelege ressursar til å forme eigen kontekst (Phelan et al., 2004). Sett i samanheng med koronapandemien, handlar dette gjerne om at sjølvstendig næringsdrivande og personar som jobbar i eiga familiebedrift hadde privilegiet av å kunne arbeide heimanfrå. Dette gav dei ei rekkje helsefremmande fordelar, som redusert smitterisiko og stabil inntekt. Mange vanlege arbeidstakarar derimot, spesielt personar med lågare utdanning, stod ovanfor ei dobbel ulempe som utsette dei for fleire risikofaktorar. På den eine sida kunne dei oppleve inntektsusikkerheit på grunn av permitteringar og redusert arbeidstid. På den andre sida stod dei ovanfor ein høgare risiko for smitte om dei fekk møte på jobb. På denne måten blir det tydeleg at tilgangen til ulike ressursar påverkar og formar ulike kontekstar – og dermed kan sjølv små nivå av sosial ulikheit få betydelege konsekvensar når det gjeld helseforskjellar.

På den andre sida kan det vere grunn til å utfordre påstanden om at den norske velferdsstaten har så låg grad av ulikheit som det ofte påståast. I paradoks-omgrepet kvilar det nemleg ein føresetnad om at dei nordiske landa har lukkast med å gjere befolkninga uavhengig av marknaden, utjamna sosiale forskjellar og samstundes fjerna koplinga mellom sosial posisjon og helse (Øversveen & Rydland, 2021, s. 90). Dette er berre delvis riktig. Trass i at ulikheitene i dei sosialdemokratiske velferdsstatane lenge har vore på eit lågt globalt nivå, er dei langt ifrå utrydda – og mykje tydar på at dei økonomiske ulikheitene

aukar. I ei analyse av skatt- og inntektsulikheit frå 2020 kom det fram at dei økonomiske ulikheitene i Noreg er betydeleg større enn det den offisielle statistikken syner, og at den rikaste prosenten betalar mindre skatt av kvar tente krone enn resten av befolkninga (Aaberge et al., 2020). Vidare har andre studiar synt at sosiale posisjonar går i arv i Noreg, der det er sterke samanhengar mellom foreldres klassebakgrunn og neste generasjons karakterar i grunnskulen og val av vidaregåande utdanning (Nordli Hansen, 2011). I tråd med fundamental årsaksteori kan desse tendensane forklare kvifor helseulikheitene i Noreg og resten av Norden vedvarar: så lenge fleksible ressursar er ulikt fordelt, er sannsynet stort for at dei blir «omsett» til helseulikheiter (Phelan et al., 2010; Øversveen & Rydland, 2021, s. 91). Ressursfortrinn kan alltid omsettast til helsemessige fortrinn (Elstad, 2012, s. 357). På denne måten har størrelsen på lommeboka og lengda på utdanning sterke samanhengar med sjukdom og død, også i den sosialdemokratiske velferdsstaten.

Til forskjell frå Irland er det derimot ingen auke i helseforskjellande under pandemien i Noreg, og dermed evnar den sosialdemokratiske velferdsstaten å vere ein effektiv buffer mot dei verste sosiale konsekvensane av pandemien. I ein diskusjon om helseulikheit i Noreg, er det vesentleg å påpeike at folkehelsa i Noreg, så vel som dei andre nordiske landa, er blant dei beste i verda og at den forventast å berre bli betre (Friedman et al., 2021; Rod et al., 2020). I tillegg har covid-19-pandemien hatt relativt begrensa helsemessige konsekvensar i Noreg samanlikna med andre land, spesielt med tanke på helsetap og dødsfall (FHI, 2021). På denne måten har den sosialdemokratiske tilnærminga til helsepolitikk utvilsamt store fordelar når det gjeld å løfte den gjennomsnittlege innbyggjaren si helse og velvære, og i sum evnar den sosialdemokratiske velferdsmodellen å beskytte befolkninga under globale kriser som covid-19-pandemien. Dette betyr ikkje at ein skal ignorere helseulikheitene i Noreg, verken før eller under pandemien, men heller at ein bør vere varsam med å trekkje for eintydige konklusjonar om kva velferdsstatar som fremjar og hemmar ulikheit i helse.

6.2.4 Samanlikning

Samla sett er det både likskapar og forskjellar i korleis – og med kva suksess – Irland, Italia og Noreg har klart å oppnå ei helsebeskyttande effekt under pandemien. Konklusjonen avheng i mellomtida av om ein fokuserer på sosiale helseforskjellar før og under pandemien eller antal dødsfall som følgje av viruset. For sjølv om oppgåva har hatt som mål å undersøkje kva konsekvensar covid-19-pandemien har hatt for ulikheiter i helse på tvers av ulike velferdssystem, er det også viktig å ta omsyn til antal dødsfall, då dette nødvendigvis er ein vesentleg del av velferdsstatens helsebeskyttande effekt. Som allereie nemnt er det i derimot fleire grunnar for å vere forsiktig med direkte samanlikningar av ulike velferdsstatar. Først og fremst er det kulturelle forskjellar i sjølvrapporterte helse mål

(Jürges, 2007), som gjer at ein bør vere merksam på moglegheita for at helseforventningane kan variere frå kultur til kultur. I tillegg er det nettopp stor variasjon i kor hardt pandemien råka dei ulike velferdsstatane, noko som kan svekke oppgåva si samanlikningskraft, ettersom konteksten nødvendigvis vil vere noko ulik. Av omsyn til lesaren ønskjer eg likevel å inkludere ein samanliknande tabell (Tabell 6.2), for å kunne gi ei enkel og oppsummerande oversikt over dei sentrale forskjellane og likskapane mellom dei tre velferdsstatane.

Tabell 6.1: Samanliknande tabell for velferdsstatane før og under covid-19-pandemien

| | Irland | Italia | Noreg |
|--|--|--|--|
| Velferdsmodell | Liberal velferdsstat, kjenneteikna av eit grunnleggande og minimalt velferdsnivå med behovsprøvde og beskjedne overføringar. | Konservativ velferdsstat, kjenneteikna av «statusdifferensierande» velferdsprogram med ytingar organisert gjennom arbeidsforhold og tidlegare oppteningar. | Sosialdemokratisk velferdsstat, kjenneteikna av universelle velferdsordningar, generøse overføringar og ein sterkt inngripande stat. |
| Forventning til helseulikheit | Høg | Moderat | Låg |
| Velferdsytingar under covid-19-pandemien | Auka økonomiske støtteordningar, støtte til arbeidslause, utvida helsedekning. | Støtte til familiar, lønskompensasjon, helsestøtte. | Auka støtte til bedrifter og individ, utvida sjukelønn, gratis helsetenester. |
| Helseulikheit under covid-19 | Moderat-høg | Låg | Moderat |
| Antal døde som følgje av covid-19-infeksjon | 8 824 | 189 738 | 5 214 |

6.3 Lærdommar og implikasjonar

Med utgangspunkt i funn, teori og tidlegare forskning vil eg her avrunda diskusjonen med ein refleksjon over kva langsiktige folkehelsepolitiske tiltak som er nødvendige for å sikre at covid-19-pandemien ikkje aukar helseforskjellane for framtidige generasjonar. I følgje fundamental årsaksteori vil ulikheiter i helse vedvare så lenge den sosioøkonomiske strukturen som gir tilgang til ressursar forblir stabil (Phelan et al., 2004, 2010). Derfor kan teorien oppfattast som om den ikkje tilbyr noko helsepolitisk løysing, bortsett frå det (foreløpig) utopiske: ein fullstendig utjamning av ressursforskjellane (Elstad, 2012, s. 366). Teorien kan utvilsamt tolkast slik. Når enkeltpersonar og hushald har markant ulik tilgang til pengar, kunnskap, makt, status og sosiale nettverk, og når desse ressursane i

stor grad kan omdannast til helsegode, er det vanskeleg å sjå føre seg at helseulikheitene kan forsvinne så lenge ressursulikheitene held fram.

Ifølgje Elstad (2012, s. 366) kan ein i mellomtida snu på argumentet, og føreslår at sosialpolitiske og helsepolitiske verkemiddel kan utformast betre ved å forstå mekanismane som fundamental årsaksteori peikar på – og framhevar særleg to aspekt helsepolitikarar bør ha i tankane. For det første er det klart at sosial *utjamning* av ressursar som inntekt, formue og tilgang til utdanning, samt styrking av tiltak mot fattigdom og marginalisering, på lang sikt har positive implikasjonar for befolkningas helse (Elstad, 2012, s. 366). Dette var tydeleg under pandemien i Irland, der auka økonomiske støtteordningar og utvida helsedekning førte til ei generell forbetring av folkehelsa. Ettersom menneske og samfunn brukar pengar, makt, prestisje og sosiale nettverk til å skaffe seg helsefordelar og dermed reprodusere SØS-gradienten i helse, er den mest direkte politiske implikasjonen av teorien at om ein omfordelar ressursane i befolkninga slik at ressursulikheitene reduserast, bør også ulikheitene i helse bli redusert (Phelan et al., 2004, 2010). På denne måten syner fundamental årsaksteori korleis omfordelingspolitikk er helsepolitikk, og at på lang sikt er generell sosial utjamning eit viktig tiltak for å svekke reproduksjon av helseulikheit.

På den andre sida er sosial ulikheit i helse framleis ei stor utfordring i den sosialdemokratiske velferdsstaten Noreg (Friedman et al., 2021; Mackenbach, 2017; Nordli Hansen, 2011), til tross for universelle velferdsordningar, generøse overføringar og eit omfordelende skattesystem (Esping-Andersen, 1999, s. 78). Frå eit helseulikheitsperspektiv skulle ein forvente at kombinasjonen av økonomisk velstand, låg sosial ulikheit og eit velfungerande velferdsapparat ville sørge for at dei sosiale helseforskjellane ville vere mindre i Noreg enn Irland og Italia (Øversveen & Rydland, 2021). Dette kan tyde på at personar med høgare sosioøkonomisk status har visse ressursmessige fordelar, sjølv i samfunn der sosioøkonomisk status teoretisk sett ikkje skal kunne påverke helseutfall. Derfor føreslår Phelan et al. (2004) at helsepolitikken må leite etter og utvikle intervensjonar som reduserer moglegheita for å bruke ressursfortrinn til å oppnå helsemessige fordelar. Elstad (2012, s. 367) sitt andre aspekt som helsepolitikarar bør ha i tankane, er dermed at helsepolitiske intervensjonar i ulik grad kan «spele opp til» mekanismane som teorien peikar på. Eksempelvis er eit privatisert helsevesen, lik det originale helsevesenet i Irland, der kvaliteten og tilgangen til helsetenester varierer med storleiken på lommeboka, ei ordning som i maksimal grad opnar opp for at ressursforskjellar omsettast til helsegode. Omvendt vil kollektive tiltak som inkluderer alle, uavhengig av sosioøkonomisk status, svekke forbindelsen mellom personlege og

familiemessige ressursar og helseutfall. På denne måten kan velferdsstatane sikre at helseforskjellane ikkje aukar for framtidige generasjonar.

6.4 Styrkar og svakheiter

Alt i alt har denne oppgåva undersøkt kva konsekvensar covid-19-pandemien har hatt for ulikheiter i helse i tre ulike velferdsstatar, og slik kasta lys over dei potensielt førebyggjande effektane ved ulike velferdssystem. Studien har likevel nokre svakheiter. Først og fremst har den naturlege karakteren av covid-19-pandemien nødvendigvis skapt utfordringar med målingar og forstyrra datainnsamling, der feltarbeidet i runde 10 til dels vart gjennomført samstundes med at nokre land hadde strenge restriksjonar for sosial kontakt. Både Noreg og Italia måtte derfor delvis ty til digitale løysingar, noko som kan ha påverka resultata til ein viss grad. Det er også mogleg at den tidsmessige dynamikken i pandemien, som for eksempel nedstenging av eit land og førebygging- og kontrolltiltak, påverka utvalet ulikt ettersom informasjon er henta inn til ulik tid både innåt i kvart land og mellom landa. I tillegg var svarprosenten spesielt låg under pandemien, med 36% i Irland, 50% i Italia og 38% i Noreg. Dette aukar risikoen for fråfallsfeil, og analysane bør derfor tolkast med forsiktighet. På den andre sida bidreg etterstratifiseringsvektar til å redusere utfallsfeil og skeivheiter i datamaterialet, og dermed styrkast validiteten til undersøkinga.

Ei anna mogleg svakheit er val av typologi for velferdsstatsregimer. Det finst ei rekkje konkurrerande typologiar for velferdsstatsregimer (Bonoli, 1997; Ferrera, 1996; Siaroff, 1994), og sjølv om det ikkje finst noko kategorisering som er allment akseptert som standardtypologi, har Esping-Andersen sin typologi, som er brukt i denne studia, vist seg å vere svært eit robust verktøy for komparative studiar av velferdsstatar (Abrahamson, 1999; Arts & Gelissen, 2002). Om andre forfattarar sine typologiar hadde blitt brukt, kunne i mellomtida resultata blitt annleis. Det same gjeld for valet av kvar idealtypiske velferdsstat. Trass i at dei har dei same grunnprinsippa, er det langt i frå sikkert at Noreg og Sverige, så vel som Irland og Storbritannia, ville hatt dei same resultata. Ei alternativ tilnærming kunne vore å utføre ei fleirnivåanalyse av fleire europeiske velferdsstatar. Av pragmatiske omsyn var dette i mellomtida ikkje mogleg, då det ikkje var tilstrekkeleg mange land som deltok i både runde 9 og 10 av ESS. Ein hovudregel seier at antal makroeiningar, eller land som i dette tilfellet, på nivå-2-einingar burde vere minst 15-20, for å sikre pålitelege estimat og redusere påverknaden av tilfeldige variasjonar på resultata (Ringdal, 2018, s. 176; Ringdal & Wiborg, 2017, s. 225). På den andre sida har valet om komparativ analyse vist seg å vere svært effektiv i lys av resultata frå denne studien. Ei komparativ tilnærming opnar opp for ei grundigare utforsking av kvar velferdsstat. Eksempelvis ville truleg ikkje dei sosialdemokratiske trekka ved Irland sine folkehelsepolitiske tiltak under pandemien blitt oppdaga utan ei komparativ tilnærming til

oppgåva. Resultata kunne då ha gitt eit feilaktig inntrykk av at den liberale velferdsstaten er betre enn den eigentleg er, til å beskytte befolkninga mot aukande sosiale helseforskjellar.

Det bør også nemnast at tidlegare forskning har identifisert klare tendensar som syner at pandemien har ramma innvandrarbefolkningar urimeleg hardt. Innvandrarar og deira etterkommarar, spesielt av ikkje-kvit-etnisitet, har vore tungt overrepresentert blant påviste smittetilfelle, sjukehusinnleggingar og død, samanlikna med kvite over heile verda (De Lusignan et al., 2020; Drefahl et al., 2020; Gu et al., 2020; Price-Haywood et al., 2020; Telle et al., 2021; Williamson et al., 2020). Ein svakheit ved denne oppgåva er derfor den manglande utforskinga av korleis det å tilhøyre ein etnisk minoritet eller ha innvandrarbakgrunn kan påverke sjølvrapportert helse før og under koronapandemien. Dette skuldast derimot at variabelen for etnisk tilhøyrslø var endra i runde 10 av ESS på grunn av utfordringar knytt til respondentane si forståing av omgrepet «etnisk minoritetsgruppe». Derfor er dataa om etnisk tilhøyrslø ikkje samanliknbare mellom runde 9 og 10, og det var slik ikkje mogleg å kontrollere for innvandrarbakgrunn eller etnisitet i analysane som omfattar begge datasetta (Scheuer et al., u.å.). Framtidig forskning kan i mellomtida med fordel undersøkje sjølvrapportert helse som følgje av etnisitet/innvandrarbakgrunn, for å finne ut om mønstera innan covid-19-smittetilfeller, sjukehusinnleggingar og død også gjer seg gjeldande i sosial ulikheit i helse.

7.0 Konklusjon

Denne masteroppgåva har undersøkt i kva grad og på kva måte koronapandemien har påverka sjølvrapportert helse i ulike velferdssystem. Med utgangspunkt i Esping-Andersen sin velferdstypologi vart det valt ut tre idealtypiske velferdsstatar, Irland, Italia og Noreg, som høvesvis representerer den liberale, konservative og sosialdemokratiske velferdstypen. Kvart av desse systema har stått i si kanskje største folkehelsepolitiske utfordring i nyare tid, og covid-19-pandemien har derfor representert ein unik moglegheit til å måle den sanne verdien av ulike velferdssystem når det gjeld å beskytte befolkninga mot aukande sosiale helseforskjellar (Friedman et al., 2021). Tidlege bevis tydde på at koronapandemien drastisk forverra sosiale ulikheiter i helse over heile verda (Bambra et al., 2020). Resultata som vart presentert i analysen og diskusjonen i denne oppgåva er derimot ikkje like klare.

I den liberale velferdsstaten Irland var den teoretiske forventninga til helseulikeheit høgast. Under pandemien kunne ein sjå at helseulikeheita vedvarte, men at den ikkje auka så mykje som ein kunne forvente. Dette skuldast framfor alt at Irland innførte ei rekkje tiltak for å redusere konsekvensane av pandemien, som i all hovudsak er identisk med kva eit skattefinansiert offentleg velferdssystem ville tilseie. Likevel auka dei sosiale helseforskjellane blant menn i Irland, medan kvinner såg ut til å vere lite berørt av situasjonen. I den konservative velferdsstaten Italia derimot, var situasjonen ganske annleis. Her ser pandemien ut til å ha verka sosialt utjamnande, med ein nedgang i dei sosiale ulikeheitene i helse under pandemien. På den andre sida er ein viktig nyanse at over 180 000 personar døydde som følgje av koronaviruset i Italia (Statista, 2023), og dermed kan ein stille spørsmål til kor helsebeskyttande den konservative velferdsstaten Italia egentleg er. Medan Italia var eit av dei hardast råka landa i Europa, var Noreg eit av dei landa i verda med lågast antal døde og innlagte på sjukehus knytt til pandemien (FHI, 2021). Attpåtil var helseulikeheitene stabile frå før til under pandemien, noko som i stor grad kan tilskrivast velferdsordningas utforming. Likevel ser Noreg ut til å vere det landet med størst helseulikeheit, der både utdanningsnivå og inntekt ser ut til å ha større betyding for sjølvrapportert helse i Noreg enn både Irland og Italia. Dette kan tyde på at sjølv ikkje den sosialdemokratiske velferdsstaten har kome i nærleiken av å eliminere betydinga av sosioøkonomisk status. På den andre sida har det vore grunn til å utfordre påstanden om at den norske velferdsstaten har så låg grad av ulikeheit som det ofte påståast. Studiar syner at dei økonomiske ulikeheitene er langt større enn det den offisielle statistikken syner (Aaberge et al., 2020), noko som kan forklare kvifor sosioøkonomisk status er så viktig for sjølvrapportert helse, sjølv i den sosialdemokratiske velferdsstaten. I ein diskusjon om helseulikeheit i Noreg er det likevel vesentleg å påpeike at folkehelsa i Noreg er blant dei beste i verda og at den forventast å berre bli betre (Friedman et al., 2021; Rod et al.,

2020). På denne måten har den sosialdemokratiske tilnærminga til helsepolitikk utvilsamt store fordelar når det gjeld å løfte den gjennomsnittlege innbyggjaren si helse og velvære. Dette var også tydeleg under pandemien i Irland, der sosialdemokratiske trekk førte til ei forbetring i sjølvrapportert helse og sannsynlegvis bidrog til at helseulikeheitene ikkje auka så mykje som forventa. Alt i alt evnar dermed den sosialdemokratiske modellen å beskytte befolkninga under globale kriser – men det kan likevel ikkje ignoreras at helseulikeheita framleis er stor.

Samla sett er det dermed vanskeleg å konkludere med kva velferdsstat som best beskytta befolkninga under pandemien. Covid-19-pandemien er så fersk at det så langt berre har vore mogleg å måle korttidseffektar. Den sjølvrapporterte helsa er tilnærma uberørt av pandemien – og er til og med blitt betre frå før til under pandemien i samtlige land. Det er likevel tydeleg at sosioøkonomisk status har stor betydning for helsa. I denne samanheng har fundamental årsaksteori synt korleis ulikeheitene i helse reproduserast over tid og i nye former, ved at dei meir privilegerte sosiale sjikt alltid har visse ressursmessige fortrinn som set dei i stand til å bevare sitt helsemessige forsprang (Elstad, 2012, s. 359). På denne måten koplar fundamental årsaksteori helseulikeheitene tett saman med sosioøkonomiske forskjellar i ressursar, men samstundes gir den også retningslinjer som velferdsstaten kan og bør nyttiggjere seg for å redusere omfanget av dei sosiale ulikeheitene i helse i framtida (Elstad, 2012, s. 367). I møte med dei langsiktige konsekvensane av pandemien, vil det vere avgjerande at dei riktige politiske tiltaka iverksettast. Dette inkluderer å utvide den sosiale beskyttelsen og dei offentlege velferdstenestene *også etter pandemien*, samt å sikre at tiltaka er kollektive og inkluderer alle, uavhengig av sosioøkonomisk status. Slik kan ein svekkje forbindelsen mellom personlege og familiemessige ressursar og helseutfall, og sørge for at covid-19-pandemien ikkje aukar helseforskjellane for framtidige generasjonar.

7.1 Vidare forskning

I lys av dagens situasjon med energikrise, krig og dyrtid vil det vere både viktig og nødvendig å vidare utforske korleis store samfunnsendingar påverkar den individuelle helsa til befolkninga. Covid-19-pandemien og dei politiske restriksjonane har hatt vidtrekkande konsekvensar, ikkje berre for helsa, men også for økonomien, næringslivet og folk sitt daglege liv over heile verda. Som nemnt tidlegare vil krava om innstrammingstiltak i tida etter pandemien, sannsynlegvis bli høgare og utfordre dei sosiale sikkerheitsnetta i mange land (Friedman et al., 2021). Ei rekkje forskarar innan økonomiske kriser har påpeikt at det ikkje nødvendigvis er den økonomiske tilbakegangen i seg sjølv som svekkjer helsa og aukar ulikeheitene, men heller politikken som følgjer i kjølvatnet av krisa (Stuckler et al., 2010; Stuckler & Basu, 2014). I fleire

europiske velferdsstatar blei finanskrisa i 2008 forsøkt handtert gjennom ein form for sparepolitikk, der målet var å redusere staten sine utgifter ved å kutte i velferdstenester og sosiale overføringar (Øversveen & Rydland, 2021, s. 138). Ved å underfinansiere og privatisere offentlege helse- og velferdstenester, svekkjer ein det sosiale sikkerheitsnettet for allereie sårbare grupper. Derfor er ikkje den økonomiske nedgangen i seg sjølv ein trussel mot individuell helse, men heller innstrammingane i velferdsstaten (Stuckler & Basu, 2014). Det er framleis usikkert korleis ulike velferdsstatar vil handtere den økonomiske uroa i tida framover og kva konsekvensar det vil medføre. Derfor er det eit klart behov for robuste akademiske studiar som undersøker helseulikheit, også etter pandemien. Slike studiar kan kaste lys over dei potensielle førebyggjande effektane av ulike velferdssystem, samt identifisere kva system som er mest effektive når det gjeld å beskytte befolkninga mot aukande ulikheiter, også etter store samfunnskriser.

Litteraturliste

- Abrahamson, P. (1999). The Welfare Modelling Business. *Social Policy & Administration*, 33(4), 394–415. <https://doi.org/10.1111/1467-9515.00160>
- 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. <https://doi.org/10.1177/0952872002012002114>
- Balaj, M., Henson, C. A., Aronsson, A., Aravkin, A., Beck, K., Degail, C., Donadello, L., Eikemo, K., Friedman, J., Giouleka, A., Gradeci, I., Hay, S. I., Jensen, M. R., McLaughlin, S. A., Mullany, E. C., O'connell, E. M., Sripada, K., Stonkute, D., Sorensen, R. J. D., Gakidou, E. (2024). Effects of education on adult mortality: A global systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 9(3), 155–165. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00306-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00306-7)
- Ballo, J. G. (2020). Labour Market Participation for Young People with Disabilities: The Impact of Gender and Higher Education. *Work, Employment and Society*, 34(2), 336–355. <https://doi.org/10.1177/0950017019868139>
- Bambra, C. (2006). Research Note: Decommodification and the worlds of welfare revisited. *Journal of European Social Policy*, 16(1), 73–80. <https://doi.org/10.1177/0958928706059835>
- Bambra, C. (2013). In defence of (social) democracy: On health inequalities and the welfare state. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(9), 713–714. <https://doi.org/10.1136/jech-2013-202937>
- Bambra, C., Lynch, J., & Smith, K. E. (2021). *The unequal pandemic: COVID-19 and health inequalities*. Policy press.
- 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. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.070292>
- Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 964–968. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>
- Barker, D. J. P. (1994). *Mothers, babies, and health in later life* (2nd ed). Churchill Livingstone.
- Bird, C. E. (2010). *Handbook of medical sociology* (6th ed). Vanderbilt University Press.
- Blekesaune, A., & Bjørkhaug, H. (2021). Analyser av surveydata 2—Logistiske regresjonsmodeller og sammenligning av data fra flere land. I I. Stuvøy, I. Tøndel, & A. Tjora (Red.), *En smak av forskning*. Cappelen Damm akademisk.
- Bonoli, G. (1997). Classifying Welfare States: A Two-dimension Approach. *Journal of Social Policy*, 26(3), 351–372. <https://doi.org/10.1017/S0047279497005059>
- Bratsberg, B., Markussen, S., Røed, K., Raaum, O., Vigtel, T., & Eielsen, G. (2020, mars 27). *Hvem tar støytten? Arbeidsmarkedet under Korona-krisen*. SSB.
- Braveman, P. A., Cubbin, C., Egerter, S., Chideya, S., Marchi, K. S., Metzler, M., & Posner, S. (2005). Socioeconomic Status in Health Research: One Size Does Not Fit All. *JAMA*, 294(22), 2879–2888. <https://doi.org/10.1001/jama.294.22.2879>
- Bruni, C., & Finco, M. (2024). Challenges for the welfare state and the right to health after the pandemic: The Italian case. *Oñati Socio-Legal Series*. <https://doi.org/10.35295/osls.iisl.1844>
- Buis, M. L. (2017). *Logistic regression: When can we do what we think we can do?* Upublisert paper. https://maartenbuis.nl/wp/odds_ratio_3.1.pdf
- Burström, B. (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*

- & *Community Health*, 55(11), 836–840. <https://doi.org/10.1136/jech.55.11.836>
- Carlsen, E. Ø., Caspersen, I. H., Ask, H., Brandlistuen, R. E., Trogstad, L., & Magnus, P. (2022). Association between work situation and life satisfaction during the COVID-19 pandemic: Prospective cohort study in Norway. *BMJ Open*, 12(4), 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049586>
- Connolly, S., & Wren, M.-A. (2019). Universal Health Care in Ireland—What Are the Prospects for Reform? *Health Systems & Reform*, 5(2), 94–99. <https://doi.org/10.1080/23288604.2018.1551700>
- Dahl, E., Tøge, A. G., Heggebø, K., Elstad, J. I., Berg, J. E., & Halvorsen, K. (2015). Er økonomisk krise ensbetydende med helsekrise—Hva forteller forskningen? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 18(2), 142–154.
- Dahlin, J., & Härkönen, J. (2013). Cross-national differences in the gender gap in subjective health in Europe: Does country-level gender equality matter? *Social Science & Medicine*, 98, 24–28. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.08.028>
- De Lusignan, S., Joy, M., Oke, J., McGagh, D., Nicholson, B., Sheppard, J., Akinyemi, O., Amirthalingam, G., Brown, K., Byford, R., Dabrera, G., Krajenbrink, E., Liyanage, H., LopezBernal, J., Okusi, C., Ramsay, M., Sherlock, J., Sinnathamby, M., Tsang, R. S. M., ... Hobbs, F. D. R. (2020). Disparities in the excess risk of mortality in the first wave of COVID-19: Cross sectional study of the English sentinel network. *Journal of Infection*, 81(5), 785–792. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.08.037>
- Dias, F. A. (2021). The Racial Gap in Employment and Layoffs during COVID-19 in the United States: A Visualization. *Socius: Sociological Research for a Dynamic World*, 7, 1-3. <https://doi.org/10.1177/2378023120988397>
- Doorley, K., O'Donoghue, C., & Sologon, D. M. (2022). The Gender Gap in Income and the COVID-19 Pandemic in Ireland. *Social Sciences*, 11(7), 1-23. <https://doi.org/10.3390/socsci11070311>
- Drefahl, S., Wallace, M., Mussino, E., Aradhya, S., Kolk, M., Brandén, M., Malmberg, B., & Andersson, G. (2020). A population-based cohort study of socio-demographic risk factors for COVID-19 deaths in Sweden. *Nature Communications*, 11(1), 1-7. <https://doi.org/10.1038/s41467-020-18926-3>
- Eikemo, T. A., Bambra, C., Judge, K., & Ringdal, K. (2008). Welfare state regimes and differences in self-perceived health in Europe: A multilevel analysis. *Social Science & Medicine*, 66(11), 2281–2295. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.022>
- Elstad, J. I. (2005). *Sosioøkonomiske ulikheter i helse. Teorier og forklaringer*. Sosial- og helsedirektoratet.
- Elstad, J. I. (2012). Den grunnleggende årsaken til sosial ulikhet i helse. I A. Tjora (Red.), *Helsesosiologi analyser av helse, sykdom og behandling* (s. 349–379). Gyldendal akademisk.
- Esping-Andersen, G. (1999). *Social foundations of postindustrial economies* (Reprint of the ed. Oxford 1999). Oxford University Press.
- Esping-Andersen, G. (1990b). 4 The Three Political Economies of the Welfare State. *International Journal of Sociology*, 20(3), 92–123. <https://doi.org/10.1080/15579336.1990.11770001>
- Esping-Andersen, G. (1990a). *The three worlds of welfare capitalism* (Reprint). Polity Press.
- ESS. (2018). *Source questionnaire Round 9 2018/2019*. European Social Survey. https://stessrelpubprodwe.blob.core.windows.net/data/round9/fieldwork/source/ESS9_source_questionnaires.pdf
- ESS. (2021). *Source questionnaire Round 10 2020/2021*. European Social Survey.

- https://stessrelpubprodwe.blob.core.windows.net/data/round10/fieldwork/source/ESS10_source_questionnaires.pdf
- ESS. (2023a). *ESS round 9 -2018. Timing of life, Justice and fairness*. European Social Survey. <https://ess.sikt.no/en/study/bdc7c350-1029-4cb3-9d5e-53f668b8fa74/218>
- ESS. (2023b). *ESS round 10—2020. Democracy, digital social contacts*. European Social Survey. <https://ess.sikt.no/en/study/172ac431-2a06-41df-9dab-c1fd8f3877e7/432>
- Eurostat & UNESCO Institute for Statistics.(2015). *ISCED 2011 operational manual: Guidelines for classifying national education programmes and related qualifications*. OECD Publishing.
- Fayers, P. M., & Sprangers, M. A. (2002). Understanding self-rated health. *The Lancet*, 359(9302), 187–188. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07466-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07466-4)
- Ferrera, M. (1996). The «Southern Model» of Welfare in Social Europe. *Journal of European Social Policy*, 6(1), 17–37. <https://doi.org/10.1177/095892879600600102>
- FHI. (2019, desember 2). *Risiko- og beskyttelsesfaktorer for psykiske lidelser*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/ps/psykiskelidelser/risiko--og-beskyttelsesfaktorer-for/>
- FHI. (2021). *Folkehelse rapportens temautgave 2021. Folkehelsen etter covid-19. Pandemiens konsekvenser for ulike grupper i befolkningen*. (Rapport 2021). Folkehelseinstituttet.
- FN. (2024). *Befolkningstetthet*. FN-Sambandet United Nations Association of Norway. <https://fn.no/Statistikk/befolkningstetthet>
- Friedman, J., Calderon-Villarreal, A., Heggebø, K., Balaj, M., Bamba, C., & Eikemo, T. A. (2021). COVID-19 and the Nordic Paradox: A call to measure the inequality reducing benefits of welfare systems in the wake of the pandemic. *Social Science & Medicine*, 289, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114455>
- Garcy, A. M., & Vågerö, D. (2013). Unemployment and Suicide During and After a Deep Recession: A Longitudinal Study of 3.4 Million Swedish Men and Women. *American Journal of Public Health*, 103(6), 1031–1038. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301210>
- Grossman, M. (2005). *Education and Nonmarket Outcomes*, 11582, 1-98. National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w11582>
- Gu, T., Mack, J. A., Salvatore, M., Prabhu Sankar, S., Valley, T. S., Singh, K., Nallamothu, B. K., Kheterpal, S., Lisabeth, L., Fritsche, L. G., & Mukherjee, B. (2020). Characteristics Associated With Racial/Ethnic Disparities in COVID-19 Outcomes in an Academic Health Care System. *JAMA Network Open*, 3(10), 1-15. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.25197>
- Heggebø, K., & Elstad, J. I. (2018). Is it Easier to Be Unemployed When the Experience Is More Widely Shared? Effects of Unemployment on Self-rated Health in 25 European Countries with Diverging Macroeconomic Conditions. *European Sociological Review*, 34(1), 22–39. <https://doi.org/10.1093/esr/jcx080>
- Heggebø, K., Tøge, A. G., Dahl, E., & Berg, J. E. (2019). Socioeconomic inequalities in health during the Great Recession: A scoping review of the research literature. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(6), 635–654. <https://doi.org/10.1177/1403494818801637>
- Huijts, T., Gage Witvliet, M., Balaj, M., & Andreas Eikemo, T. (2023). Assessing the long-term health impact of COVID-19: The importance of using self-reported health measures. *Scandinavian Journal of Public Health*, 51(5), 645–647.

- <https://doi.org/10.1177/14034948221143421>
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69(3), 307–316. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>
- Jürges, H. (2007). True health vs response styles: Exploring cross-country differences in self-reported health. *Health Economics*, 16(2), 163–178. <https://doi.org/10.1002/hec.1134>
- Kaminska, O. (2023). *Guide to Using Weights and Sample Design Indicators with ESS Data*.
- Kennelly, B., O’Callaghan, M., Coughlan, D., Cullinan, J., Doherty, E., Glynn, L., Moloney, E., & Queally, M. (2020). The COVID-19 pandemic in Ireland: An overview of the health service and economic policy response. *Health Policy and Technology*, 9(4), 419–429. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.08.021>
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157–171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>
- Lieberson, S. (1987). *Making It Count: The Improvement of Social Research and Theory*. University of California Press.
- Mackenbach, J. P. (2017). Nordic paradox, Southern miracle, Eastern disaster: Persistence of inequalities in mortality in Europe. *European Journal of Public Health*, 27(4), 14–17. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx160>
- Mackenbach, J. P., Kulháňová, I., Artnik, B., Bopp, M., Borrell, C., Clemens, T., Costa, G., Dibben, C., Kalediene, R., Lundberg, O., Martikainen, P., Menvielle, G., Östergren, O., Prochorskas, R., Rodríguez-Sanz, M., Strand, B. H., Looman, C. W. N., & De Gelder, R. (2016). Changes in mortality inequalities over two decades: Register based study of European countries. *BMJ*, 1-8 <https://doi.org/10.1136/bmj.i1732>
- Mackenbach, J. P., Kunst, A. E., Cavelaars, A. E., Groenhof, F., & Geurts, J. J. (1997). Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *The Lancet*, 349(9066), 1655–1659. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)07226-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)07226-1)
- Magnusson, K., Turkiewicz, A., Flottorp, S. A., & Englund, M. (2023). Prevalence of long COVID complaints in persons with and without COVID-19. *Scientific Reports*, 13(1), 1-9. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-32636-y>
- Marmot, M. G., Rose, G., Shipley, M., & Hamilton, P. J. (1978). Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 32(4), 244–249. <https://doi.org/10.1136/jech.32.4.244>
- Martikainen, P. T., & Valkonen, T. (1996). Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. *The Lancet*, 348(9032), 909–912. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)03291-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)03291-6)
- Mood, C. (2010). Logistic Regression: Why We Cannot Do What We Think We Can Do, and What We Can Do About It. *European Sociological Review*, 26(1), 67–82. <https://doi.org/10.1093/esr/jcp006>
- Nordli Hansen, M. (2011). Finnes det en talentreserve? Betydningen av klassebakgrunn og karakterer for oppnådd utdanning. *Søkelys på arbeidslivet*, 28(3), 173–189. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-7989-2011-03-01>
- NOU 2021:6. (2021). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien rapport fra Koronakommisjonen*. Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Teknisk redaksjon.

- OECD. (2022). *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*. OECD. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>
- Phelan, J. C., Link, B. G., Diez-Roux, A., Kawachi, I., & Levin, B. (2004). "Fundamental Causes" of Social Inequalities in Mortality: A Test of the Theory. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(3), 265–285. <https://doi.org/10.1177/002214650404500303>
- Phelan, J. C., Link, B. G., & Tehranifar, P. (2010). Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), 28–S40. <https://doi.org/10.1177/0022146510383498>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15(2), 187–224. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.15.2.187>
- Popham, F., Dibben, C., & Bambra, C. (2013). Are health inequalities really not the smallest in the Nordic welfare states? A comparison of mortality inequality in 37 countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(5), 412–418. <https://doi.org/10.1136/jech-2012-201525>
- Price-Haywood, E. G., Burton, J., Fort, D., & Seoane, L. (2020). Hospitalization and Mortality among Black Patients and White Patients with Covid-19. *New England Journal of Medicine*, 382(26), 2534–2543. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa2011686>
- Read, J. G., & Gorman, B. K. (2010). Gender and Health Inequality. *Annual Review of Sociology*, 36(1), 371–386. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.012809.102535>
- Reid, D. D., Hamilton, P. J. S., Keen, H., Brett, G. Z., Jarrett, R. J., & Rose, G. (1974). Cardiorespiratory disease and diabetes among middle-aged male civil servants. *The Lancet*, 303(7856), 469–473. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(74\)92783-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(74)92783-4)
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4. utg). Fagbokforlaget
- Ringdal, K., & Wiborg, Ø. (2017). *Lær deg Stata innføring i statistisk dataanalyse*. Fagbokforlaget
- Rod, N. H., Bengtsson, J., Budtz-Jørgensen, E., Clipet-Jensen, C., Taylor-Robinson, D., Andersen, A.-M. N., Dich, N., & Rieckmann, A. (2020). Trajectories of childhood adversity and mortality in early adulthood: A population-based cohort study. *The Lancet*, 396(10249), 489–497. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30621-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30621-8)
- Ruhm, C. J. (2003). Good times make you sick. *Journal of Health Economics*, 22(4), 637–658. [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(03\)00041-9](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(03)00041-9)
- Sandvin, J. T., Vike, Halvard, & Anvik, Cecilie Høj. (2020). Den norske og nordiske velferdsmodellen—Kjennetegn og utfordringer. I C. H. Anvik, J. T. Sandvin, J. P. Breimo, & Ø. Henriksen (Red.), *Velferdstjenestenes vilkår: Nasjonal politikk og lokale erfaringer* (1. utg.). Universitetsforlaget. <https://doi.org/10.18261/9788215034713-2020>
- Scheuer, A., Malnar, B., Dorer, B., Staerklé, C., Zavala-Rojas, D., Skjåk, K. K., Sauger, N., Castellani, P., & Hanson, T. (u.å.). *ESS Round 10 Core Questionnaire Review Summary of changes*.
- Siaroff, A. (1994). Work, Welfare and Gender Equality: A New Typology. I D. Sainsbury, *Gendering Welfare States* (s. 82–100). Sage.
- Skog, O.-J. (2005). *Å forklare sosiale fenomener: En regresjonsbasert tilnærming* (2. utg.). Gyldendal norsk forlag.

- Statista. (2023, 2. mai). *Novel coronavirus (COVID-19) deaths by country worldwide 2023*. Statista. <https://www.statista.com/statistics/1093256/novel-coronavirus-2019ncov-deaths-worldwide-by-country/>
- Stuckler, D., & Basu, S. (2014). *The body economic: Why austerity kills - recessions, budget battles, and the politics of life and death*. HarperCollins.
- Stuckler, D., Basu, S., & McKee, M. (2010). Budget crises, health, and social welfare programmes. *BMJ*, *340*(jun24 1), 1-11 <https://doi.org/10.1136/bmj.c3311>
- Subramanian, S. V., & Kawachi, I. (2006). Being well and doing well: On the importance of income for health. *International Journal of Social Welfare*, *15*(1), 13-22. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2006.00440.x>
- Syse, A. (2020, april 8). *Ulike samfunn, ulike epidemier*. SSB.no. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/ulike-samfunn-ulike-epidemier>
- Telle, K. E., Grøslund, M., Helgeland, J., & Håberg, S. E. (2021). Factors associated with hospitalization, invasive mechanical ventilation treatment and death among all confirmed COVID-19 cases in Norway: Prospective cohort study. *Scandinavian Journal of Public Health*, *49*(1), 41-47. <https://doi.org/10.1177/1403494820985172>
- Thoits, P. A. (2010). Stress and Health: Major Findings and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, *51*(1_suppl), 41-S53. <https://doi.org/10.1177/0022146510383499>
- UNESCO. (2020). *Policy Brief: Education during COVID-19 and Beyond*. https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2020/08/sg_policy_brief_covid-19_and_education_august_2020.pdf
- Veenstra, G. (2018). Infusing fundamental cause theory with features of Pierre Bourdieu's theory of symbolic power. *Scandinavian Journal of Public Health*, *46*(1), 49-52. <https://doi.org/10.1177/1403494817748253>
- Whitaker, M., Elliott, J., Chadeau-Hyam, M., Riley, S., Darzi, A., Cooke, G., Ward, H., & Elliott, P. (2022). Persistent COVID-19 symptoms in a community study of 606,434 people in England. *Nature Communications*, *13*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1038/s41467-022-29521-z>
- WHO. (u.å.-a). *Health and Well-Being*. World Health Organization. <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being>
- WHO. (u.å.-b). *Social determinants of health*. World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
- WHO. (2020, 11. mars). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19—11 March*. World Health Organization. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- WHO. (2023a, 5. mai). *Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee on the COVID-19 pandemic*. World Health Organization. [https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic)
- WHO. (2023b, 9. august). *Coronavirus disease (COVID-19)*. World Health Organization. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/coronavirus-disease-(covid-19))
- Williamson, E. J., Walker, A. J., Bhaskaran, K., Bacon, S., Bates, C., Morton, C. E., Curtis, H. J., Mehrkar, A., Evans, D., Inglesby, P., Cockburn, J., McDonald, H. I.,

- Mackenna, B., Tomlinson, L., Douglas, I. J., Rentsch, C. T., Mathur, R., Wong, A. Y. S., Grieve, R., Goldacre, B. (2020). Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. *Nature*, 584(7821), 430–436.
<https://doi.org/10.1038/s41586-020-2521-4>
- Zapata Moya, A. R., Buffel, V., Navarro Yáñez, C. J., & Bracke, P. (2015). Social inequality in morbidity, framed within the current economic crisis in Spain. *International Journal for Equity in Health*, 14(1), 1-20.
<https://doi.org/10.1186/s12939-015-0217-4>
- Øversveen, E., & Rydland, H. (2021). *Sosial ulikhet i helse: En samfunnsvitenskapelig innføring*. Fagbokforlaget.
- Aaberge, R., Modalsli, J. H., & Vestad, O. L. (2020, september 24). *Ulikheten – betydelig større enn statistikken viser*. ssb.no. <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/ulikheten-betydelig-storre-enn-statistikken-viser>

Vedlegg

Vedlegg 1: Logistisk regresjonsmodell

| | Irland | | Italia | | Noreg | |
|--|---------------------|---------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------|
| | Runde 9 | Runde 10 | Runde 9 | Runde 10 | Runde 9 | Runde 10 |
| Utdanningsnivå (høg utdanning som ref.) | | | | | | |
| Låg utdanning | -0.354 (0.086) | -0.475 (0.131) | -0.571** (0.009) | -0.008 (0.968) | -0.983** (0.002) | -0.708 (0.126) |
| Middels utdanning | -0.218 (0.249) | -0.092 (0.732) | -0.280 (0.182) | 0.181 (0.355) | -0.026 (0.891) | -0.485 (0.061) |
| Følelse kring inntekt | 0.533** (<0.001) | 0.563** (<0.001) | 0.387** (<0.001) | 0.518** (<0.001) | 0.662** (<0.001) | 0.713** (0.001) |
| Tilsetjingsforhold (arbeidstakar som ref.) | | | | | | |
| Sjølvstendig næringsdrivande | -0.035 (0.898) | 0.328 (0.351) | 0.036 (0.835) | 0.330 (0.111) | 0.542 (0.140) | 1.090* (0.028) |
| Jobbar i familiebedrift | 1.196 (0.153) | 0.574 (0.588) | 0.459 (0.254) | 0.213 (0.677) | -0.730 (0.334) | 1.811 (0.065) |
| Arbeidsledig (ja = 1, nei=0) | -1.032** (0.005) | 0.396 (0.541) | -0.119 (0.644) | -0.770* (0.018) | -0.452 (0.474) | 0.115 (0.889) |
| Sosialt nettverk | 0.442** (<0.001) | 0.445* (0.012) | 0.403** (<0.001) | 0.426** (<0.001) | 0.480** (<0.001) | 0.284 (<0.094) |
| Subjektiv vurdering av helsetenester | 0.030 (0.374) | 0.103** (0.012) | 0.126** (<0.001) | 0.076* (0.017) | 0.202** (<0.001) | 0.156* (0.018) |
| Alder (antal år) | -0.021** (0.007) | -0.289** (0.004) | -0.074** (<0.001) | -0.065** (<0.001) | -0.044** (<0.001) | -0.028** (0.005) |
| Kvinne (Menn = 0, kvinner = 1) | 0.197 (0.246) | -0.254 (0.264) | -0.284* (0.038) | -0.134 (0.395) | -0.236 (0.231) | -0.070 (0.780) |
| Konstant | -0.278 (0.585) | 0.231 (0.746) | 2.473** (<0.001) | 1.261* (0.044) | -1.449* (0.038) | -1.538 (0.143) |
| N = | 1486 | 1125 | 1495 | 1447 | 973 | 1017 |

Signifikansnivå, * p<0.05, ** p<0.01, p-verdiar i parentes.

Vedlegg 2: Stegvis modellutvikling av AME

| Modell 1: | Irland | | Italia | | Noreg | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------|
| | Runde 9 | Runde 10 | Runde 9 | Runde 10 | Runde 9 | Runde 10 |
| Utdanningsnivå (høg utdanning som ref.) | | | | | | |
| Låg utdanning | -0.115** (<0.001) | -0.152** (<0.001) | -0.230** (<0.001) | -0.115** (<0.001) | -0.280** (<0.001) | -0.224* (0.020) |
| Middels utdanning | -0.040 (0.103) | -0.041 (0.091) | -0.057* (0.012) | 0.002 (0.931) | -0.066* (0.021) | -0.107** (0.008) |
| Modell 2: | | | | | | |
| Utdanningsnivå (høg utdanning som ref.) | | | | | | |
| Låg utdanning | -0.085** (<0.001) | -0.091* (0.013) | -0.148** (<0.001) | -0.066* (0.049) | -0.221** (0.001) | -0.150 (0.107) |
| Middels utdanning | -0.033 (0.183) | -0.015 (0.560) | -0.048 (0.081) | 0.015 (0.581) | -0.020 (0.493) | -0.093* (0.030) |
| Følelse kring inntekt | 0.066** (<0.001) | 0.055** (<0.001) | 0.047** (<0.001) | 0.061** (<0.001) | 0.084** (<0.001) | 0.103** (0.001) |
| Tilsetjingsforhold (arbeidstakar som ref.) | | | | | | |
| Sjølvtendig næringsdrivande | -0.021 (0.579) | 0.024 (0.467) | -0.003 (0.933) | 0.035 (0.216) | 0.056 (0.246) | 0.122* (0.016) |
| Jobbar i familiebedrift | 0.105* (0.038) | 0.041 (0.625) | 0.028 (0.642) | 0.042 (0.517) | -0.089 (0.582) | 0.195** (<0.001) |
| Arbeidsledig (ja = 1, nei = 0) | -0.160* (0.022) | 0.040 (0.625) | 0.033 (0.375) | -0.099 (0.079) | 0.011 (0.907) | 0.031 (0.796) |
| Sosialt nettverk | 0.055** (<0.001) | 0.046** (0.007) | 0.079** (<0.001) | 0.065** (<0.001) | 0.065** (<0.001) | 0.041 (0.147) |
| Subjektiv vurdering av helsetenester | 0.003 (0.566) | 0.011** (0.007) | 0.020** (<0.001) | 0.012* (0.013) | 0.034** (<0.001) | 0.022* (0.042) |
| N = | 1486 | 1125 | 1495 | 1447 | 973 | 1017 |

Signifikansnivå, * p<0.05, ** p<0.01, p-verdiar i parentes.

Vedlegg 3: Formell test for runde 9 og 10

| | Irland | Italia | Noreg |
|--|---------------|---------------|--------------|
| Utdanningsnivå (høg utdanning som ref.) | | | |
| Låg utdanning | -0.738** | -1.322** | -1.368** |
| Høg utdanning | (p<0.001) | (p<0.001) | (p<0.001) |
| | -0.295 | -0.430* | -0.401* |
| | (0.099) | (0.018) | (0.018) |
| ESS-runde 10 (Runde 9 = 0, runde 10 =1) | 0.453* | -0.363 | 0.072 |
| | (0.035) | (0.080) | (0.723) |
| Utdanningsnivå*runde 10 | | | |
| Grunnskule*runde 10 | -0.397 | 0.672** | 0.203 |
| Vidaregåande*runde 10 | (0.211) | (0.006) | (0.697) |
| | -0.112 | 0.445 | -0.231 |
| | (0.708) | (0.072) | (0.429) |
| <i>Konstant</i> | 1.796** | 1.901** | 1.542** |
| | (p<0.001) | (p<0.001) | (p<0.001) |
| N = | 2818 | 3620 | 2024 |

Signifikansnivå, * p<0.05, ** p<0.01, p-verdiar i parentes.

Vedlegg 4: Formell test for runde 9 og 10 i Irland med utdanningslengd som uavhengig variabel

| | Kvinner | Menn |
|--|----------------------|-------------------|
| Utdanningslengd | 0.114** (p<0.001) | 0.081* (0.012) |
| ESS-runde 10 (Runde 9 = 0, runde 10 =1) | 0.208 (0.774) | -1.219 (0.152) |
| Utdanningslengd*runde 10 | -0.011 (0.815) | 0.117 (0.052) |
| <i>Konstant</i> | -0.124 (0.774) | 0.405 (0.387) |
| N = | 1524 | 1219 |

Signifikansnivå, * p<0.05,** p<0.01, p-verdiar i parentes.

