



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2018 30 stp

Fakultet for landskap og samfunn (LandSam)

Ulikheter i helse

Diskursanalyse av de tre siste regjeringers
tilnærming til helseutjevning gjennom
folkehelsemeldinger

Idunn Ranestad Sandtrø

Folkehelsevitenskap

Innholdsfortegnelse

Forord	v
Sammendrag	vii
Abstract	ix
1.0 Innledning	1
1.1 Disposisjon	2
1.2 Begrepsavklaring	2
2.0 Innledende del	3
2.1 Helse	3
2.2 Utvikling i folkehelsearbeidet og situasjonen i dag	4
2.3 Sosiale ulikheter i helse	5
2.4 Formål og forskningsspørsmål	7
2.4.1 Forskningsspørsmål	8
3.0 Teoretisk del	9
3.1 Diskursteori	9
3.2 Universelle tiltak	12
3.2.1 Gradientperspektivet	12
3.2.2 Sosiale helsedeterminanter, illustrert med sosial helse-årsaksmodell	13
3.3 Målrettede tiltak	17
3.3.1 Risikoperspektiv	17
3.4 Teoretiske forventninger til empirien	19
4.0 Metode	22
4.1 Dokumentanalyse	22
4.2 Diskursanalyse	23
4.3 Søkeprosessen	25
4.3.1 Avgrensning	27
4.4 Metodisk refleksjon	27
4.4.1 Reliabilitet	28
4.4.2 Validitet og overførbarhet	29
4.4.3 utfordringer ved bruk av diskursanalyse	30
4.4.4 Etikk	30
5.1 Sosiale ulikheter i helse på den politiske agenda	31
5.2 Folkehelsemeldingene	32
5.2.1 Bondevikregjeringen <i>Resept for et sunnere Norge</i>	32
5.2.2 Stoltenbergregjeringen Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller	35
5.2.3 Stoltenbergregjeringen <i>God helse, felles ansvar</i>	38
5.2.4 Solbergregjeringen <i>Mestring og muligheter</i>	40
5.2.5 Oppsummering	42

6.0 Diskusjonsdel	46
6.1 Kontinuitet og felles forståelse.....	46
6.1.1. Felles begrepsforståelse.....	46
6.1.2 Fordeling av helse i befolkningen	48
6.1.3 Oversikt over helsen i befolkningen.....	49
6.2 Diskontinuitet og diskursive kamper.....	51
6.2.1 Begrepsbruk og diskursive føringer	51
6.2.2 Fordeling av helsedeterminanter	54
6.2.3 Klasseinndeling og utsatte grupper	57
6.2.4 Fordeling av ansvar og sosiale konsekvenser.....	59
6.3 Avsluttende betraktninger	63
7.0 Konklusjon	66
Litteraturliste	67

Forord

Engasjementet rundt sosiale helseforskjeller var en av årsakene til at jeg søkte på master i folkehelse og har vært et tema av interesse under hele utdannelsen. Tema ble derfor et naturlig valg som prosjekt for masteroppgaven.

Selv om sosiale helseforskjeller har interessert meg lenge har min erfaring innenfor helse begrenset seg til fokus på behandling når sykdom først har inntruffet. Folkehelsefaget har bidratt til et perspektivskifte og løftet fokuset opp fra direkte pasientkontakt, til å se på påvirkningsfaktorer til sykdom og årsakene som ligger bak. Dette har vekket en nysgjerrighet på hvordan påvirkning samfunnsstrukturene har på helsen i befolkningen, og hvordan myndighetene fokuserer på utfordringen med sosiale helseforskjeller i sin politikkutforming.

Masteroppgaven har vært en givende og utfordrende prosess. Den har vært lærerik med tanke på fag i tillegg til å ha avslørt nye sider ved meg selv. Selv om skriving av denne oppgaven til tider ikke har opplevdes særlig helsebringende har den likevel lært meg at forutsetningene for god helse øker ved fullførelsen. De mest frustrerte øyeblikkene er likevel nå glemt, og mestringsfølelsen kommer til å sitte i lenge. Det er mange som fortjener all ære og takk for å ha bidratt til at jeg har kommet i mål med denne oppgaven.

Til min veileder, Hege Hofstad; Tusen takk for konstruktive tilbakemeldinger og engasjerende veiledningstimer. Videre er jeg også så heldig å ha gode venner med kloke hoder, som fortjener takk for oppmuntring, tilbakemeldinger og diskusjoner i denne prosessen. Aldri slutt med deres samfunnsengasjement! Til slutt en spesiell takk til Joachim for evinnelig tåmodighet og støtte, og for at du hver dag jobber for å bedre helsen til de som trenger det.

Desember, 2018

Idunn Ranestad Sandtrø

Sammendrag

Det norske samfunn har de siste tiårene vært gjennom en betydelig velstandsøkning hvor folkehelsen har blitt bedre og vi lever lengre. Likevel er det klare sosiale ulikheter i helse. Det er knapt noe område innenfor politikken som ikke har betydning for helsen og hvordan helsen er fordelt i befolkningen. Hovedformålet med denne masteroppgaven er å undersøke de tre siste regjeringers tilnærming til helseutjevning gjennom folkehelsemeldinger. Interessen ligger i er å se om politisk farge påvirker hvordan sosiale helseforskjeller forstås, omtales og prioriteres i politikkkutforming.

Oppgaven benytter seg av dokumentanalyse som metode, med diskursanalyse som forståelsesramme. Den har dermed en kvalitativ tilnærming. Analysen baserer seg på Bondevikregjeringen, Stoltenbergregjeringen og Solbergregjeringen sine folkehelsemeldinger. Dette utgjør oppgavens empiriske materiale.

Analysen av folkehelsemeldingene diskuterer hvor de tre siste regjeringsgruppene viser en kontinuitet i felles diskursforståelse av sosiale ulikheter som problem og hvor dette samsvarer med teorien. Videre diskuterer det hvor folkehelsemeldingene synes å ha en diskontinuitet i sin problemforståelse og politikkkutforming. Her identifiseres motstridene diskurser og inkonsistens mellom teori og tiltak. Funn viser at det ser ut til å være tverrpolitisk enighet i Norge om at sosiale ulikheter i helse er en utfordring som krever fokus og behov for tiltak. Politisk farge synes likevel i noen grad å påvirke hvordan sosiale helseforskjeller forstås, prioriteres og hvor innsatsen for helseutjevning plasseres.

Oppgaven er et bidrag til å se på hvordan diskursene former forståelsen av sosiale ulikheter i helse som fenomen og hvordan dette legger politiske føringer for folkehelsearbeidet.

Abstract

Norwegian society has been through a significant period of prosperity in recent decades, where public health has improved and people are living longer. Yet there are clear social inequalities within healthcare. There are few areas within politics that have no effect on public health and the way in which it is distributed in the population. The main purpose of this Master's thesis is to investigate the last three governments' approach towards healthcare distribution through Public Health Reports. The goal lies in seeing whether political allegiance has an effect on how social health differences are understood, discussed and prioritised in policy making.

The assignment uses document analysis as the method, with discourse analysis as a framework. It thus has a qualitative approach. The analysis is based on the public health reports from the Governments of Bondevik, Stoltenberg and Solberg. This constitutes the empirical material of the assignment.

The analysis of the selected white papers discusses where the last three governments show continuity in common discourse in their understanding of social inequality, acknowledgement that it is a problem, and where this corresponds to the theory. Furthermore, it is discussed where public health messages appear to have discontinuity in their understanding of problems and policy making. Here, the contradictions and inconsistencies in discourse are identified between theory and action. The findings show that there is a multi-partisan agreement in Norway that social inequalities in healthcare are a challenge that require both focus and action. However, political allegiance seems to have an effect on the prioritisation of social health disparities and where efforts are being made to alleviate the problems associated with healthcare distribution.

The assignment is a contribution towards looking at how discourse forms the understanding of social inequalities in healthcare and how this adds political guidance to public health work.

1.0 Innledning

Helsetilstanden i Norge er god sammenlignet med de fleste andre land. Likevel finner vi også her klare sosiale helseforskjeller (Mæland, 2010; Grøholt et al. 2018). Det er ingenting som tyder på at de sosiale helseforskjellene er i ferd med å reduseres, selv om den allmenne folkehelsen blir bedre. De siste tiårene har det norske samfunn vært gjennom en betydelig velstandsøkning, likevel har de sosioøkonomiske forskjellene og de sosiale ulikhetene i dødelighet økt (Mæland, 2010; Diderichsen et al. 2015; Strand, 2018). For å ha en mulighet til å gjøre noe med sosiale ulikhetene i helse, må vi prøve å forstå hvilke mekanismer som ligger bak og forårsaker dem (Brown & Harrison, 2013). Forutsetningen for god helse viser seg å blant annet være utdanning, inntekt og sosial rettferdighet (Wilkinson & Marmot, 2003). Med dette blir helse også et politisk ansvar, som avhenger av en politikk som tar utgangspunkt i de faktorer som påvirker utjevning av sosiale ulikheter i samfunnet. Derfor er det et poeng å vurdere potensielle konsekvenser for folkehelsen som følge av politiske beslutninger (Mittelmark & Hauge, 2003; Wilkinson & Marmot, 2003; Dahlgren & Whitehead, 2007). Lessa (2006) argumenterer for at det må være fokus på diskurser i forskningspraksisen, siden effekten av diskursene er sentrale i utformingen av politikken. Denne oppgaven søker å forstå hvordan diskurser former politikktutformingen. Oppgaven belyser innholdet i folkehelsepolitikken gjennom å analysere de tre siste regjeringenes folkehelsemeldinger, og se på hvilke forklaringsmodeller disse dokumentene legger for utjevning av sosiale helseforskjeller i det nasjonale folkehelsearbeidet. Jeg vil foreta en dokumentanalyse av de tre siste regjeringers folkehelsemeldinger basert på diskursteori. Videre vil jeg sammenligne hvilke meninger og verdier norske myndigheter vektlegger i sine strategier for å utjevne sosiale helseforskjeller, og hvordan dette samsvarer med forskning på området. Oppgaven tar for seg folkehelsemeldingen; *Resept for et sunnere Norge*, skrevet av Bondevikregjeringen (Helsedepartementet, 2003). *God helse, felles ansvar*, skrevet av Stoltenbergregjeringen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013), og folkehelsemeldingen; *Mestring og muligheter*, skrevet av Solbergregjeringen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Formålet med studien er å søke en forståelse av hvordan norske myndigheter ser på sosiale ulikheter som fenomen, og om føringer og utvikling av tiltak påvirkes av politisk farge.

1.1 Disposisjon

Denne oppgaven er hovedsakelig delt inn i en innledende del, teoretisk del og en diskusjonsdel. I den innledende delen presenteres en generell beskrivelse av begrepet helse, en historisk gjennomgang av utviklingen i folkehelsearbeidet, og en innføring i sosiale ulikheter i helse. I teoridelen kommer først en introduksjon i diskursteori. Videre presenteres teorier og perspektiver ansett som relevant for tema for oppgaven. Disse er delt inn i universelle og målrettede tilnærminger. Dette danner bakgrunnen for analysen og det vil ut i fra teorien presenteres teoretiske forventninger til datamaterialet. Under metode introduseres dokument- og diskursanalyse, samt fremgangsmåten som er brukt i analysen og refleksjoner rundt dette. Videre presenteres selve datamaterialet for oppgaven, som nevnt innledningsvis er de tre siste regjeringers folkehelsemeldinger. Funn diskuteres i oppgavens siste del, før avsluttende betraktninger og konklusjon blir presentert.

1.2 Begrepsavklaring

Opgaven tar for seg sosiale ulikheter i helse, basert på sosioøkonomisk status. Det viser seg at uønskede helseutfall forekommer som et resultat av sosial klasse, utdanningsnivå, inntekt og sosial tilhørighet (Scambler & Higgs, 2001; Raphael, 2012). Begrepene sosial klasse og sosioøkonomisk status vil bli brukt gjennom oppgaven for å beskrive hvor man befinner seg i det sosiale hierarkiet. Med begrepet utsatte grupper menes de som har lav sosioøkonomisk status og dermed utsatt for økt helserisiko grunnet dette.

I litteraturen brukt som danner bakgrunn for analysen er også begreper som sosial rettferdighet, rettferdighetsprinsipp, rettferdighetsproblem og rettferdig fordeling av helse brukt som argumenter for å arbeide med helseutjevning. Rettferdighetsbegrepet er vanskelig definerbart da det vil være ulike forståelser av hva som oppleves som rettferdig og urettferdig. WHO bruker begrepet i sine strategidokument og skriver sosial rettferdighet som retten til like muligheter, rettigheter og tilgang på velferdsordninger for å opprettholde helse. I dette ligger å fjerne negative påvirkningsfaktorer samt jevnere fordeling av ressurser som kan gi økt helsegevinst (Stronks et.al. 2016). Det er denne forståelsen av rettferdighetsbegrepet oppgaven baserer seg på. Videre vil sentrale begreper benyttet i oppgaven avklares underveis.

2.0 Innledende del

Tema for oppgaven er sosiale ulikheter i helse. Tema springer ut fra et folkehelseperspektiv og baserer seg på helseaspektet i befolkningen. I dette kapitlet vil derfor sentrale begreper som helse, folkehelse og sosiale ulikheter i helse gjøres rede for.

2.1 Helse

Helse er av World Health Organization (WHO) definert som «en tilstand av fullstendig fysisk, mental og sosial velbefinnende, og ikke bare fravær av sykdom» (WHO, 1946, s: 1). Ut ifra denne definisjonen kan helse forstås som en ressurs og betegnes av WHO som evnen til å fungere eller mestre, avhengig av de livsbetingelser man utsettes for. Dette er en helhetlig tilnærming til helsebegrepet og gjenspeiler livsoppfatninger og verdimeslige prioriteringer, samt kulturelle og sosiale forhold. Disse prioriteringene og forholdene påvirker hverandre (Mæland, 2010). Dette er noe som gjør at begrepet må sees på fra forskjellige vinkler. Synet på helse har skiftet fra å ha en mer medisinsk teknologisk basert tilnærming til å bli sett på som et sosialt fenomen som krever mer komplekse former for politisk interaksjon og bredere sosiale tiltak (Solar & Irwin, 2007). I dag er helse en menneskerett da et av grunnprinsippene i menneskerettighetene er at menneskelig verdighet er ukrenkelig og likeverdig (Brown & Harrison, 2013). Å sikre god helse i befolkningen innebærer å redusere frafall i utdanning, arbeidsledighet, økonomisk usikkerhet og dårlig boligstandard. Rett og slett et samfunn som gjør det mulig å leve sitt liv til det fulle (Wilkinson & Marmot, 2003). God helse er derfor en verdi i seg selv, noe som gjør dette til et sosialt mål. Ikke bare fordi god helse kan gjøre at samfunnet når andre mål som økonomisk vekst, men også fordi det gir mennesker frihet til å leve liv de kan verdsette (Marmot, 2012b). Helse omhandler dermed mange aspekter. Både som evne og forutsetninger for å mestre livsutfordringer, uavhengig av tilstedeværelse av sykdom, men også som et verdiprinsipp som baserer seg på likeverd og helse som en samfunnsressurs.

2.2 Utvikling i folkehelsearbeidet og situasjonen i dag.

På 1800-tallet skjøt folkehelsearbeidet fart. Dette skyldtes dels negative følger fra den industrielle revolusjon, dels naturvitenskapelige gjennombrudd. Bakteriologiens frembrudd og bedre hygiene samt sanitære forhold skapte basisen for kunnskapen om smitteforebygging. Videre ble det tatt i bruk samfunnsmessige virkemidler som helseopplysning, skolehelsetjeneste og offentlige reguleringer. Sunnhetsloven kom rundt 1860 og bidro til et paradigmeskifte hvor fokus gikk fra individrettet ansvar til et samfunnsansvar. Forbedring av levekår og utviklingen av velferdssystemer og helsetjenester var gunstige for alle, men spesielt for de mest utsatte gruppene i samfunnet. Staten tok dermed på seg mer og mer ansvar for å bedre befolkningens helse (Gjernes, 2004; Strand & Næss, 2006; Whitehead, 2007; Mæland, 2010). Videre ble De forente nasjoner (FN), WHO og Velferdsordningen etablert på 1900-tallet. Alma Ata-deklarasjonen ble vedtatt i regi av WHO i 1978 og anerkjente behovet for samarbeid på tvers av samfunnssektorer og samordnet innsats med primærhelsetjenesten for å skape, og beskytte det helsefremmende arbeidet. Målet som ble kringkastet var at hele verdenssamfunnet, med det regjeringer og internasjonale organisasjoner, skulle oppnå «helse for alle» innen år 2000. Det viste en forståelse av at helseutvikling og helsefremmende arbeid lå utenfor helsevesenets kontroll (Declaration of Alma-Ata, 1978). Inspirert av dette ble den første internasjonale konferansen for helsefremmende arbeid holdt i Ottawa i 1986. Konferansen var hovedsakelig en respons på den voksende forventningen om en ny æra i folkehelsearbeidet. De presenterte Ottawa Charteret som et svar på hvordan målet om helse for alle skulle oppnås, og vurderte det til at politikken måtte endres i alle sektorer for å nå dette målet. Charteret trakk frem helsefremmende samfunnspolitikk som et prinsipp for å lykkes med utfordringene knyttet til sosiale helseforskjeller (WHO, 1986). Dette prinsippet brukes fremdeles som rammeverk for helsefremmende arbeid i dag, og Charteret presenterte derfor den forståelsen som legges til grunn i dagens folkehelsearbeid (Naidoo & Wills, 2009). WHO opprettet i 2005 en egen kommisjon; *Commission on the Social Determinants of Health*, for sosiale helsedeterminanter. Kommisjonen presenterte sin endelige rapport i 2008; *Closing the Gap in a Generation*, og påpekte at utviklingen av et samfunn kan vurderes ut ifra befolkningens helse og hvordan helsen er fordelt. De jobber med å se på hva som kan gjøres for å fremme helse på et globalt nivå og minske forskjellene mellom land. Dette har gjort at flere land samarbeider og utveksler kunnskap om programmer og virkemidler som påvirker de sosiale helsedeterminantene. Kommisjonen oppfordrer til å stå sammen om iverksetting av tiltak for å forbedre menneskers liv globalt, og oppnå et stort helsefelleskap (WHO, 2008). I 2015 gikk

også verdens ledere sammen og etablerte 17 bærekraftsmål for å oppnå en bedre verden innen 2030. Målene omhandler å bekjempe fattigdom og ulikheter, samt stoppe klimaendringene. Bærekraftmålene er verdens felles arbeidsplan for å jobbe sammen for en bedre fremtid. Ansvar for forbedring av folkehelsen legges dermed på alle i samfunnet (The Global Goals, 2015). Det er likevel en vei å gå fra å forstå at helsefremmende arbeid trenger bredt politisk samarbeid på tvers av samfunnsinstanser i WHO, til å implementere dette i den daglige politikken lokalt hos myndigheter (Diedricksen, 2015). I Norge er folkehelsen i dag nedfelt i lovverket.

I januar 2012 trådte Folkehelseloven i kraft. Dens formål er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer helse og utjevner sosiale helseforskjeller, ikke utelukkende tiltak som forhindrer sykdom. Den har en helsefremmende tilnærming med fokus på planløsninger. Grunnlaget den bygger på er at sosiale ulikheter er et resultat av samfunnsforholdene mennesker er født, oppvokst og lever sine liv i. God folkehelsepolitikk er fremhevet som rettferdig fordeling av helse. Den baserer seg på en bærekraftig utvikling med vekt på helse i alt vi gjør, som et grunnprinsipp (Fosse, 2016). Folkehelseloven understreker viktigheten av samarbeid på tvers av sektorer og viser dermed til at sammensatte problemer har sammensatte løsninger (Dahl et al. 2014). I tillegg har fokus på folkehelse bred internasjonal oppmerksomhet og er nedfelt i politiske dokumenter og føringer. På verdensbasis er det en pågående innsats for å gi sammenlignbare estimater på sykdom og skadebyrden av dette, som brukes som utgangspunkt for etablering av strategier til å estimere nåværende og anslåtte helsebehov (Mæland, 2010). Dette samsvarer med Alma Ata- deklarasjonens mål, og Ottawa Charterets strategi, om helsefremmende fokus i "helse for alle", samt WHO's definisjon av helse som vektlegger evnen til å fungere og mestre ut ifra de livsbetingelser man er utsatt for.

2.3 Sosiale ulikheter i helse

Sosiale ulikheter i helse opptrer både innenfor og mellom land (WHO, 2008; Marmot, 2012a). Selv i velstående land har den minst velstående delen av befolkningen betydelig lavere forventet levealder og dårligere helse enn de rike. Ikke bare er dette betegnet av WHO som sosialt urettferdig (Wilkinson & Marmot, 2003, s:7), men det viser også hvor viktig det er med fokus på folkehelse og bevissthet rundt hvilke aspekter som danner sosiale ulikheter i helse, og er anerkjent som en av de største utfordringene innenfor folkehelse i dag (Wilkinson & Marmot, 2003; Strand & Næss, 2006; Whitehead, 2007; Marmot, 2012b; Brown &

Harrison, 2013; Mackenback, 2013). Sosiale ulikheter i helse kan defineres som «Systematiske forskjeller i helse mellom ulike sosioøkonomiske grupper i et samfunn» (Whitehead, 2007, s: 1). Med systematiske forskjeller menes blant annet sosiale og økonomiske forhold som yrke, utdanning og inntekt. Dette kalles sosioøkonomiske forskjeller eller sosioøkonomisk status (Wilkinson & Marmot, 2003). Det er som nevnt denne begrepsforklaringen oppgaven baserer seg på. Det vil si at forskjeller etter alder, kjønn, etnisitet og geografi ikke vil bli spesielt gjort rede for. Det vil heller ikke redegjøres for helsetjenestens rolle og bruk av disse tjenestene. Dette er ikke fordi disse kategoriene ikke er viktige i en analyse av sosiale ulikheter i helse, men disse innfallsvinklene burde håndteres som selvstendige analyser eller i større prosjekter, noe som går utover rammene for denne masteroppgaven.

Helse er dårligst hos de med lavest sosioøkonomisk status i samfunnet, og bedrer seg jo høyre opp på den sosioøkonomiske stigen man er (Strand & Næss, 2006). Den sosioøkonomiske statusen man blir født inn i virker direkte inn på helsen, og kan være med på å påvirke de valgene man tar. Dette viser at sosioøkonomiske forskjeller skaper helseforskjeller (Dahl et al. 2014; Bergsli & van der Wel, 2014; Strand, 2018). Utover dette bidrar miljøfaktorer, sosiale prosesser og levesett til å vedlikeholde ulikheter i helse. Forklaringen på sosiale helseforskjeller er altså komplisert og sammensatt (Mæland, 2010). Hvilken sosioøkonomisk status du har, har betydning for faktiske forhold og opplevde forhold som påvirker helse (Mæland, 2010). I hovedsak er forskjeller i helse sosialt produsert og urettferdig. Å definere de ulike forskjellene i helse er ikke bare en objektiv beskrivelse, men også en nødvendighet med tanke på etiske verdier og normer i samfunnet (Solar & Irwin, 2007). Med et helhetlig syn på sosiale forskjeller i helse kan det altså refereres til koblingen mellom helse og måten et samfunn er strukturert på (Naidoo & Wills, 2009).

Denne koblingen mellom helse og måten et samfunn struktureres på får konsekvenser for samfunnspolitikken. Samfunnspolitikken har et etisk ansvar i å ta slike viktige og systematiske forskjeller alvorlig (Dahlgren & Whitehead, 2007). Marmot (2012) utdyper at politisk styring og urettferdige økonomiske fordelinger er en av hovedårsakene for de sosiale ulikhetene i helse som vi ser i dag. Om sosiale helseforskjeller i stor grad er samfunnsskapt, er de også mulig å gjøre noe med (Marmot, 2012b). Hovedansvaret for å øke og beskytte helsen i befolkningen ligger dermed i første omgang hos nasjonale myndigheter. God helse gjør mennesker i stand til å ta vare på sine liv. Forskjeller i helse kan beskrives som forskjeller i menneskers evne til å fungere og dermed også forskjeller i frihet til å ta gode valg for seg selv. Om slike forskjeller er systematiske konsekvenser basert på sosial posisjon har

politikken feilet på et av sine hovedansvarsområder (Solar & Irwin, 2007). Utdanningsnivå er en av de tydeligste faktorene som påvirker helse. Dette er det flere grunner til. Blant annet går utdanning i «arv» da mange av de som gjennomfører høyere utdanning har bakgrunn fra familier med høyere utdanningsnivå enn gjennomsnittet. I tillegg er utdanning forbundet med sunnere livsstil og bedre forutsetninger til å innhente informasjon om helse (Texmon & Borgan, 2016). Utdanning blir derfor trukket frem som eksempel på strukturelle tiltak av universell karakter gjennom oppgaven.

Som det blir påpekt i *Setting the political agenda to tackle health inequity in Norway*, utgitt av WHO Europa, er demokratiske land forpliktet til å strebe etter å påvirke de forholdene som skaper sosiale ulikheter i helse (Strand et al. 2009). Å anerkjenne at sosiale ulikheter i helse er et problem gjør det altså nødvendig å sette arbeidet mot dette på den politiske agenda (Strand et al. 2009; Mackenbach & McKee, 2013). Første skritt i denne prosessen er politisk enighet om hva sosial ulikhet er, så må de sosiale ulikhetene identifiseres for å sikre politisk bevissthet og videre arbeid (Vallgård, 2008). I dag handler ikke folkehelse bare om å forbedre gjennomsnittsindikatorene. En sentral utfordring er å redusere forskjellene i helse mellom sosiale grupper som er urimelige og urettferdige. For å forstå hvorfor det er viktig å prioritere utjevning av sosiale helseforskjeller er det nødvendig å forstå omfanget av disse ulikhetene i befolkningen og hvordan de oppleves, forstås og endrer seg. Men med «helse for alle» som mål, er det nettopp her det er størst bekymring for mangel på fremgang. Ingen land i Vest-Europa har rapportert en reduksjon i helsegapet mellom ulike sosiale grupper til WHO (Strand et al. 2009). Denne mangelen på fremgang skyldes ikke primært mangel på kunnskap om årsaken til de observerte ulikhetene i helse. Svaret finner man heller ved å analysere faglige og politiske prioriteringer (Dahlgren & Whitehead, 2007). Med andre ord er sosiale helseforskjeller i stor grad et resultat av normer og strukturer vi lever under i samfunnet. For å gjøre noe med dette kreves politisk bevissthet og innsats. Dette danner bakkeppet for oppgaven og er utgangspunktet for utforming av forskningsspørsmålet.

2.4 Formål og forskningsspørsmål

Oppsummert kan man si at folkehelsen hovedsakelig har blitt forbedret med økt levealder og lav spedbarnsdødelighet. Økende forskjeller i helse i en periode hvor befolkningens helse i de fleste vestlige land blir betydelig bedre er et paradoks (Dahlgren & Whitehead, 2007). Det er knapt noe område innenfor politikken som ikke vil ha noen betydning for helse og livskvalitet

i befolkningen. Folkehelsepolitikken må være langsiktig og styres av helhetlige tverrsektorielle løsninger (Mæland, 2010; Diedricksen, 2015). Dermed er det interessant å utforske hvorvidt folkehelsepolitikken som er ført i Norge er styrt langs disse linjene.

I denne oppgaven søker jeg å få frem variasjoner i mening og meningsdannelse knyttet til sosiale helseforskjeller som et grunnlag for å forstå hvordan verdier, politisk orientering og prioriteringer påvirker folkehelsepolitikken. Derfor vil oppgaven ta utgangspunkt i myndighetenes politikk via offentlige dokumenter som legger grunnlaget for dette arbeidet. Hovedformålet med denne masteroppgaven er å undersøke de tre siste regjeringers tilnærming til helseutjevning gjennom folkehelsemeldinger. Oppgavens fokuserer på hvordan politiske føringer og tilnærminger til jevnere fordeling av helse gjenspeiles i offentlige politiske dokumenter gjennom tre regjeringsperioder.

2.4.1 Forskningsspørsmål

Med det som er beskrevet ovenfor som bakgrunn tar oppgaven utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål:

Har politisk farge betydning for utviklingen av folkehelsepolitikken? Og i hvilken grad eller på hvilken måte fokuseres det på sosial ulikhet i helse?

Som en del av dette vil det da sees på hvor de ulike regjeringene legger ansvaret for utjevning av sosiale helseforskjellene, hvordan sosiale helsedeterminanter fordeles, og hvordan mennesker i risiko for dårlig helse er identifisert.

3.0 Teoretisk del

I denne delen vil det teoretiske rammeverket for oppgaven presenteres. Først vil diskursteori bli presentert, som danner bakgrunnen for analysen av folkehelsemeldingene. Videre vil det gjøres rede for ulike perspektiver. Ut i fra de perspektivene forskning baserer seg på skisseres arbeidet med å utjevne sosiale forskjeller i helse som et skille mellom universelle og målrettede tilnærminger. Dette skillet er ansett som vesentlig i folkehelsepolitikken (Dahl et al. 2014). Jeg deler derfor teoridelen inn i disse to delene etter presentasjon av diskursteori.

3.1 Diskursteori

Her vil jeg som nevnt presentere diskursteori som danner bakgrunn for analysen. I kapitlet hvor metoden gjøres rede for vil diskursanalyse som verktøy bli presentert.

Diskurs kan defineres som «en bestemt måte å snakke om og forstå verden, eller et utsnitt av verden, på» (Jørgensen & Phillips, 2013, s: 9). Ordet diskurs brukes ofte i forbindelse med en ide om at språket er strukturert i forskjellige mønstre, som vi bruker innenfor forskjellige sosiale domener. For eksempel kan man snakke om «medisinsk diskurs» eller «politisk diskurs» (Jørgensen & Phillips, 2013, s: 9). En av opphavsmennene til begrepet, Foucault (1972), beskriver diskursen som et system av ideer, holdninger og praksis som sammen former samfunnet vi lever i. Diskursene har dermed en rolle i større sosiale prosesser og synliggjør den faktiske virkningen av disse prosessene (Foucault, 1972; Lessa, 2006).

Diskursteorien tar med dette utgangspunkt i at diskursene konstruerer betydninger i den sosiale verden. Disse betydningene er likevel aldri fastlåst på grunn av språkets grunnleggende ustabilitet. Ingen diskurs er konstant, men endres i kontakt med andre diskurser, og er derfor så å si aldri ferdige eller totale (Neumann, 2001; Fairclough, 2008; Jørgensen & Phillips, 2013). Hajer (1995) beskriver diskurs som en sammensetning av begreper og ideer som produseres og reproduseres gjennom hvilken mening de blir gitt (Hajer 1995). Dette betyr altså at forståelsen av et samfunn, gruppe eller identitet kan endres. Neumann (2001) skriver videre at diskurs handler om «forskjellige måter å forstå og utrykke verden og sosiale fenomener på» (Neumann 2001, side 18). Dette gjør at alle sosiale fenomener i prinsippet kan analyseres ved hjelp av diskursteori, og diskursanalytikerens rolle

er å forsøke å «etablere entydighet i den sosiale virkeligheten» (Jørgensen & Phillips, 2013 s:34). Dette er en sosialkonstruktivistisk måte å forstå språket og virkeligheten på. Med andre ord kan man si at sosiale, kulturelle og økonomiske forandringer er formet av, eller eksisterer som diskurser (Fairclough, 2008). Diskursene beskriver dermed en konstruksjon av virkeligheten, men utelukker også andre versjoner. Om man for eksempel identifiserer seg med ulike samfunnslag, er det ikke fordi samfunnet rent objektivt plasserer den enkelte der men fordi konstruksjoner av virkeligheten midlertidig lukker ute andre identifikasjonsmuligheter (Lessa, 2006; Jørgensen & Phillips, 2013). I det sosiale er ikke grupper gitt på forhånd, men eksisterer først når de blir tilsnakkert eller behandlet på en bestemt måte. Dette krever at noen snakker om, eller på vegne av gruppen. Denne personen er da en stedfortreder eller representant, og kan snakke på deres vegne uten at medlemmer av gruppen selv er til stede. Det er dette som også skjer i demokratiet. Vi har valgt noen representanter som er tilstede på våre vegne, mens vi selv gjør andre ting. Denne gruppedannelsen inngår derfor i hvordan samfunnet skal utformes, og gis innhold, samt hvordan folk igjen eventuelt skal deles opp i nye grupper (Jørgensen & Phillips, 2013). Regjeringen er her stedfortreder for befolkningen forøvrig, og er valgt inn ved hvert stortingsvalg. Hvordan bidrar dette til konstruksjoner av grupperinger i samfunnet, og hvilke grupper ansees som utsatt for helserisiko?

I diskursteorien brukes begrepet makt. Med makt menes det ikke at det er noe som utføres av andre, overfor noen, men det som former vår sosiale verden, og gir den mening. Makten utspilles både i relasjoner mellom mennesker, men også i måten fenomener oppfattes på. Dette påvirker videre hvordan makten håndteres. Det kan for eksempel være hvordan politikk som føres innenfor et bestemt felt (Andersen & Koch, 2011). Det er altså makt som skaper den kunnskapen vi innehar, vår identitet, gruppetilhørighet og det samfunnet vi lever i. Politiske føringer er med på å strukturere det sosiale og samfunnet på bestemte måter (Jørgensen & Phillips, 2013). Hvilken forståelse av en diskurs har betydning på et bestemt tidspunkt innenfor et felt? Her er det å belyse motsetningene mellom ulike diskurser et sentralt aspekt i diskursteorien (Thagaard, 2013). Begrepet diskursiv kamp kan trekkes inn i denne sammenhengen. Prøver man å se hvilke muligheter og betydninger som utestenges, eller bryter mot hverandre, kan man oppdage hvilke sosiale konsekvenser som kan forårsakes i struktureringen av diskurser. At samfunnet vi lever i alltid kunne vært annerledes betyr derimot ikke at alt hele tiden forandrer seg, eller kan formes fritt. Makten diskursene har er derfor også produktiv, siden den produserer det sosiale på en bestemt måte. Vi er avhengig av å leve i en sosial verden, men ikke på en bestemt måte. Produksjon, eller utelukkelsen av

andre systemer, er begge en del av maktens virkning, men dette er altså kun delvis og midlertidig (Jørgensen & Phillips, 2013). Vi forholder oss og lever i diskurser som former vår verden ubevisst. Her blir det å se på den makten motstridende diskurser har på samfunnet, og hvordan vi lever våre liv, av interesse.

Forebyggende helsearbeid handler naturlig nok om å skape bedre helse, men helt grunnleggende, og i praksis, handler det om å endre og skape kultur (Gjernes, 2004). I oppgaven fokuserer jeg på de diskursene som er med på å forme den sosiale verden, altså folks handlinger. På den ene siden er folks handlinger forbundet med individuelle valg, på den andre siden er de sosialt forankret gjennom politiske føringer. Dette fordi diskursene påvirker hvordan bestemte politiske føringer er med på å regulere helseatferd i befolkningen (Jørgensen & Phillips, 2013). Hovedinteressen ligger dermed i å undersøke hvilken forståelse diskursene blir ilagt, hvilken forandring de har gjennomgått og hvordan betydningen av diskursene eventuelt bryter med hverandre. I denne oppgaven vil jeg altså forsøke å identifisere hvilke kamper som eventuelt eksisterer. Motstridende diskurser vil kunne gjøre at et problem oppfattes forskjellig og de ulike oppfattelsene vil videre kunne påvirke tilnærmingen til problemet.

Jeg har her gjort rede for diskurseri som danner bakteppet for analysen. Videre vil jeg presentere perspektiver innenfor universelle og målrettede tiltak. Det er to teorier som går igjen i forskningen når man snakker om universelle tilnærminger til sosiale ulikheter i helse. Det ene er gradientperspektivet (Wilkinson & Marmot, 2003; Dahlgren & Whitehead, 2007; Solar & Irwin, 2007; Marmot, 2012a), som ser på hvordan helsen fordeler seg som en jevn linje gjennom befolkningen basert på sosioøkonomisk status. Den andre er teorien om de sosiale helsedeterminantene (Whitehead & Dahlgren, 2009; Naidoo & Wills, 2009; Marmot, 2012a; Mackenbach, 2014; Fosse, 2016; Strand, 2018) som sier noe om hvilke faktorer som påvirker helsen vår. Her vil Dahlgren og Whitehead (1991) sin sosiale helse-årsaksmodell presenteres. Den identifiserer hvilke forhold som påvirker helsen i befolkningen. Under målrettede tilnærminger vil jeg presentere risikoperspektivet og undersøke hvilke tiltak som settes inn for å løfte de mest utsatte i samfunnet, og hvem som defineres som denne gruppen. Dette gir et grunnlag for å se på hvilken forståelse av sosiale ulikheter de siste regjeringene har benyttet seg av. Videre presenteres forventninger jeg har til empirien i oppgaven, folkehelsemeldingene, ut i fra de teoretiske perspektivene.

3.2 Universelle tiltak

Universalisme eller universelle tiltak kan beskrives som tiltak som omfatter hele befolkningen. Det betyr at alle bosatte i landet har tilgang til de samme ytelser og tjenester fra det offentlige. Eksempler på dette er grunnskoleutdanning og helsetjenester (Dahl et al. 2014). Under universelle tiltak vil gradientperspektivet presenteres, for å se hvor folkehelsemeldingene beveger seg på den sosiale gradienten. Videre vil Dahlgren og Whitehead (1991) sin sosiale helsemodell legges til grunn for å utforske hvilke helse-determinanter norske myndigheter vektlegger i sin strategi for å utjevne helseforskjeller i samfunnet.

3.2.1 Gradientperspektivet

Sosiale ulikheter i helse danner et mønster gjennom hele befolkningen, en sosial gradient. Jo lengre nede på gradienten man befinner seg, jo større risiko for dårlig helse og tidlig død har man (Marmot et al. 2010). Imidlertid er det ikke slik at bare de med lav sosioøkonomisk status i samfunnet har dårligere helse enn de rike, men de som er høyest på den sosiale gradienten har også bedre helse enn de som ligger rett under. For å illustrere med grad av utdanning som eksempel har de med mastergrad bedre helse enn de med bachelorgrad, som igjen har bedre helse enn de med fullført videregående skole, også videre. Dette går som en jevn linje gjennom befolkningen. Det vil si at jo høyere du er på den sosiale gradienten, desto bedre helse innehar du, og det er med synkende sosioøkonomisk status en kontinuerlig økning i helseplager (Wilkinson & Marmot, 2003; Dahlgren & Whitehead, 2007; Solar & Irwin, 2007; Marmot, 2012a). Det viser seg at både materielle og sosiale faktorer bidrar til disse forskjellene og at konsekvensene omfatter de fleste sykdommer og dødsårsaker (Wilkinson & Marmot, 2003). Sosioøkonomisk status og helse er altså knyttet sammen på alle nivåer i den sosiale gradienten. At individuelle valg påvirker vår helse er åpenbart. Individuelle valg kan likevel se ut til å delvis være et resultat av, og ikke en årsak til hvor de befinner seg på den sosiale gradienten (Solar & Irwin, 2007; Mæland, 2010, Marmot et al. 2010).

I tillegg til individuelle valg og individuelt ansvar for egen helse kan man se at befolkningens helse også i stor grad påvirkes av politiske valg og utviklingstrekk utenfor individenes rekkevidde. Med andre ord har sosial status større innflytelse på helse, enn helsen har på sosial status. Det er i det miljøet og de sosiale strukturene et menneske er født, lever og jobber innenfor at man kan se en sammenheng mellom helse og helseatferd. Folk velger ulik

utdanning og karriere, de har forskjellige livsløp og beveger seg forskjellig i de sosiale strukturene. Jo bedre helse et menneske innehar, jo større tendens har det til å stige på den sosiale gradienten. Dette fordi de vil ha ressurser til å fullføre mer krevende utdanninger, og dermed kapre gode jobber og høye inntektsnivåer. Motsatt viser også at med dårligere helseressurser er det større tendens til å havne, eller forbli, lavere på den sosiale gradienten (Marmot et al. 2010). Tiltak rettet mot vanskeligstilte grupper i befolkningen, vil gjøre at en gruppe får det bedre, men vil ikke påvirke den sosiale gradienten i helse (Fosse, 2016). Helseprogrammer rettet mot mennesker med lav sosial klasse har en viktig rolle i å påvirke akutt risiko. Samtidig er arbeidet i å adressere strukturene som skaper sosial ulikhet i helse i utgangspunktet viktig for at de bakenforliggende faktorene ikke faller utenfor politisk fokus og prioritering (Dahl et al. 2014). Her vises et skille i målrettede og universelle tilnærminger.

Gradientperspektivet kan brukes til å identifisere strategier for å redusere sosial ulikhet i helse som dekker hele befolkningen (Fosse, 2016). «Statlige myndigheter skal i sin virksomhet vurdere konsekvenser for befolkningens helse der det er relevant» i følge Folkehelseloven (Lov om folkehelsearbeid, 2011, §22). Med gradientperspektivet som bakgrunn blir det å takle sosiale ulikheter i helse gjennom befolkningen et mål for statlige myndigheter. Den sosiale gradienten i helse viser at man må arbeide på tvers av sektorer og i alle samfunnslag. På denne måten burde alle ministre anse seg selv som brikker i dette samarbeidet, og sette tema om helse og sosial fordeling sentralt i politiske beslutninger (Marmot, 2012b). En forpliktelse til å se på helsen til hele befolkningen gjør altså at gradientperspektivet er egnet da den kan lokalisere ulikhetene i helse, ikke bare hos de nederst på den sosiale rangstigen (Solar & Irwin, 2007). De sosiale forholdene man lever under viser seg å påvirke helsen gjennom hele livet. Men, for å kunne påvirke den sosiale gradienten i helse, må man forstå hvilke mekanismer som ligger bak fordelingen av helse i befolkningen. Dette viser behovet for universelt fokus på bakenforliggende årsaker. Her kommer sosiale helsedeterminanter inn.

3.2.2 Sosiale helsedeterminanter, illustrert med sosial helse-årsaksmodell.

Med helsedeterminanter menes faktorer som påvirker helsen vår (Whitehead & Dahlgren, 2009). Dette omfatter blant annet helsetjenester, arbeid og inntekt, samt oppvekst, sosiale nettverk, kultur og individets egne helsevaner. Utdanning har som nevnt en sterk innvirkning på vår helse. Dette fordi utdanning gir et godt kunnskapsgrunnlag og ferdigheter til å omdanne informasjon til adferd som er helsebringende (Strand, 2018). Perspektivet på sosiale

helse-determinanter er utviklet både for å forstå forekomst og utvikling i sosiale ulikheter i helse, samt å fungere som et verktøy for å utjevne disse ulikhetene (Dahl et. al. 2014). Som beskrevet innledningsvis kan det virke opplagt at sosioøkonomiske forskjeller i helse oppstår fordi helse-determinantene, altså årsakene, er skjevt fordelt i befolkningen og samfunnet forøvrig. Ved å se på de sosiale prosessene bak og på hvordan helse-determinantene fordeles, kan man spørre seg hvilke årsaksforhold som påvirker helsetilstanden, men også hvilke samfunnsforhold og mønstre som gjør at årsaksforholdene får den fordelingen de har. Sosiale helse-determinanter refererer altså til samfunnsfaktorene som påvirker helse, og ulik fordeling av disse (Raphael, 2012; Mackenbach, 2014). Dette vil med andre ord si at ressurser og levekår henger sammen med fordeling av helse, sykdom og for tidlig død, og viser at de viktigste determinantene for ulikhet i helse ligger utenfor helsevesenet (Dahl et. al. 2014). Fordi folkehelsen er et resultat av mange komplekse sammenhenger, kan det imidlertid være vanskelig å finne sikre årsakssammenhenger (Whitehead & Dahlgren, 2009). Jeg vil se på hvilke determinanter regjeringen fokuserer på og hvordan disse legges til grunn for prioriteringer og strukturelle tiltak i arbeidet for å utjevne sosiale helseforskjeller.

Årsakene, determinantene, for ulikhetene i helse må først forstås, før tiltak kan iverksettes (Whitehead & Dahlgren, 2009). En måte å fremstille disse determinantene på er med Dahlgren og Whitehead (1991) sin sosiale helseårsaksmodell som illustreres på neste side. Helse-årsaksmodellen vil bli brukt som bakgrunn for analyse av datamaterialet i oppgaven da den legger vekt på interaksjoner mellom helse-determinantene.

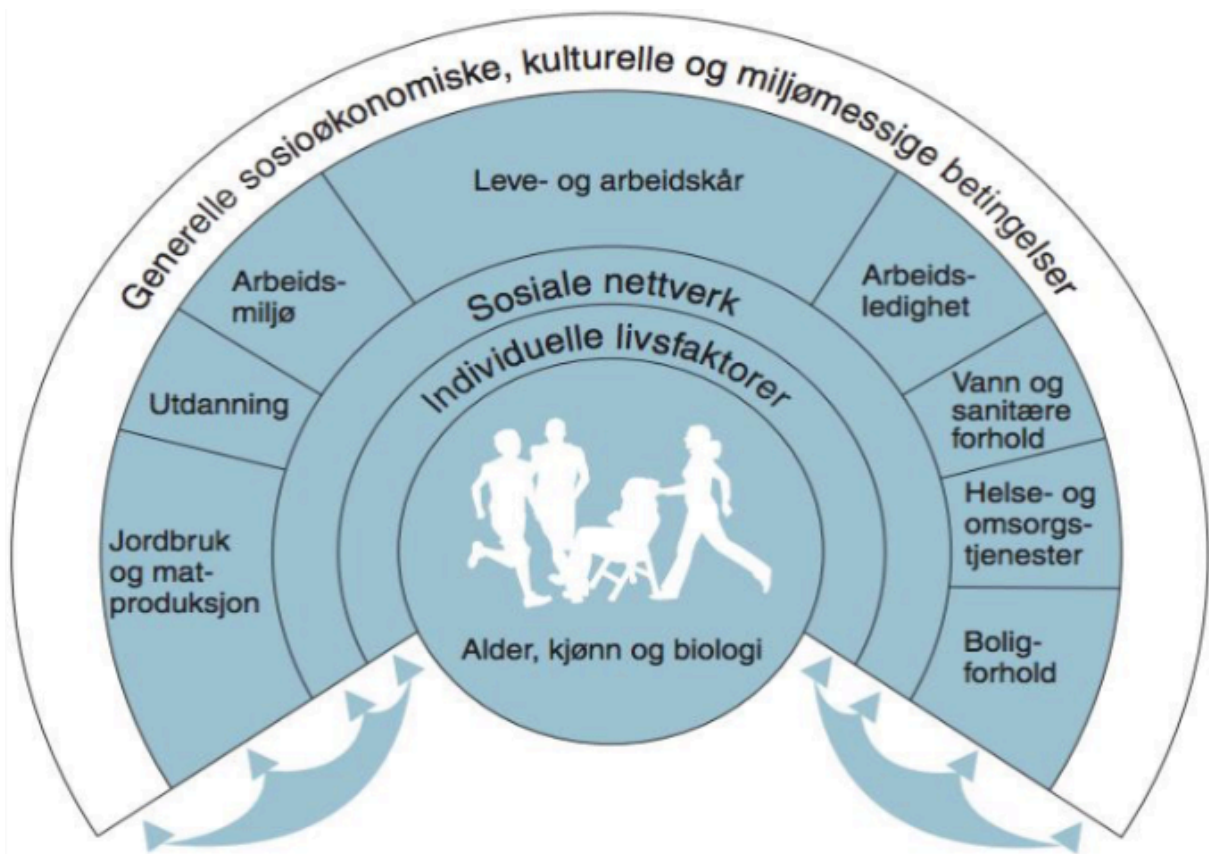


Fig. 1. Helse-årsaksmodell (Dahlgren & Whitehead 1991, s: 11)

Dette er determinanter som enten reduserer eller øker sosiale helseforskjeller, det være seg økonomiske, sosiale eller livsrelaterte faktorer (Whitehead & Dahlgren, 2009). I sentrum av figuren finner man de individuelle egenskapene, som er upåvirkelige. Dette gjelder som vist alder og kjønn, samt genetiske og biologiske faktorer. Videre finner vi personens livsstil og levevaner. Dette gjenspeiler ikke bare personlige valg, men påvirkes også fra omgivelsene rundt. Ytterst kommer levekår som utdanning, bolig, arbeid og helsetjenester. Dette er sosiale, økonomiske og kulturelle forhold som er mulig å påvirke politisk (Mæland, 2010). Pilene viser at alle lagene er integrert i hverandre. Eksempelvis har sosioøkonomisk status betydning for bo, arbeids og utdanningsforhold, mens sosiale nettverk har betydning for individuelle valg (Whitehead & Dahlgren, 2009; Mæland, 2010). Helse-årsaks modellen kan identifisere forholdet mellom helsedeterminanter og helsestatus til befolkningen. Modellen kan bidra til å synliggjøre faktorer som påvirker helse, og dermed synliggjøre områder som trenger tiltak.

Eksponering av helsedeterminanter som påvirker helsestatus og fordeling av disse er i stor grad et resultat av politiske beslutningsprosesser. Dette gjør at man også kan anta at det

gjennom mer rettferdig fordeling av helsedeterminanter vil kunne oppnås en jevnere fordeling av helse i befolkningen (Naidoo & Wills, 2009; Raphael, 2012; Marmot, 2012b; Fosse, 2016). Dette støttes også av WHO's kommisjon om sosiale determinanter for helse; *Commission on the social determinants of health*, som beskriver hvordan man tidlig i livet formes av tilgjengelige ressurser, som utdanning, bolig, arbeid, lønn og sosialt nettverk (WHO, 2008). Alle disse determinantene er utarbeidet eller formet av politikk (Raphael, 2012). En viktig implikasjon i det politiske arbeidet av den sosiale helse-årsaksmodellen er at politikken ikke må basere seg på en «one size fits all-tilnærming», men utformes med fokus på de ulike bakgrunnsfaktorene. Siden mekanismene som produserer sosiale ulikheter i helse vil være forskjellige utfra hvor man beveger seg på den sosiale gradienten vil enkelte tiltak eller retningslinjer være effektive for en gitt kontekst eller befolkningsgruppe, men ikke for andre (Solar & Irwin, 2007). Dette perspektivet sier dermed i enkel forstand at det er en sammenheng mellom grad av ulikhet i fordelingen av sosiale helsedeterminanter og grad av ulikhet i den sosiale fordelingen av helse (Marmot et. al. 2010). Menneskers livsstil og personlige valg er integrert i sosiale normer og vilkår som videre er relatert til kulturelle, miljømessige og økonomiske forhold (Whitehead & Dahlgren, 2009). Helsedeterminantene med størst påvirkningskraft på helse og sosiale helseulikheter er likevel større sosiale samfunnsstrukturer, og ikke de livsstilsvalg enkeltmennesket selv står overfor (Marmot et. al. 2011, Raphael, 2012). Hvis samfunnspolitikken ignorerer de mest påvirkningsfulle helsedeterminantene, ignorerer de også et av de viktigste rettferdighetsproblemene vi står overfor i dag (Wilkinson & Marmot, 2003). WHO's gjennomgang av sosiale determinanter i Europa anbefaler å sikre universell tilgang til skolegang, utdanning og barnevern av høy kvalitet for å sikre utjevning av sosiale ulikheter i utdanning, sosial status og likestilling (WHO, 2013). Dette er allerede tilgjengelig i Norge, men her er det viktig med god veiledning og kunnskap på området for de som er ansvarlige for tiltakene for å sikre god kvalitet.

Generelt blir befolkningens helse bedre. Men disse forbedringene har så langt ikke påvirket bredere sammenhenger mellom sosioøkonomisk status og helse. Den sosiale og økonomiske politikken som fordeler disse sosiale påvirkningene er vedvarende. De prosessene som kartlegges i den sosiale helse-årsaksmodellen har ingen verdi om den ikke oversettes til konkret handling. Modellen tilbyr forslag til kategorisering som kan brukes til å forme strategier og tiltak som igjen kan bli utsatt for undersøkelse og debatteres videre (Solar & Irwin, 2007). Sosiale helsedeterminanter handler om å nærme seg økt velvære i befolkningen, i form av bedre utdanning, lavere kriminalitet, bærekraftig samfunn og sosial tilhørighet. Disse fordelene som sosiale helsedeterminanter fokuserer på samsvarer også med

WHO's definisjon på helse som en ressurs, og vil legge til rette for økt helseverdi og samfunnsnytte (Marmot, 2012a). Perspektivet på sosiale helsedeterminanter er både et produkt av samlet forskningsbasert kunnskap og videreføring av denne kunnskapen til politikk og strategiutforming (Dahl et al. 2014). Dahlgren og Whitehead (2007) har laget en liste over politiske tilnærminger de anbefaler for å redusere de underliggende årsakene til sosiale ulikheter i helse. Hovedfokuset deres ligger på tiltak rettet mot inntektsutjevning, men prinsippene er også overførbare til andre fokusområder. Noen anbefalinger de trekker frem er å redusere ulikheter i inntekt gjennom skattepolitikk, formue og subsidier, samt gratis offentlige tjenester av høy kvalitet. I tillegg ansees sikre jobber med gode arbeidsmiljø og å motvirke arbeidsløshet som viktig (Dahlgren & Whitehead, 2007). Styrken til universelle tiltak er at den kan bedre helsetilstanden og redusere et stort antall sykdomstilfeller, og dermed ha en effekt som strekker seg over hele befolkningen.

3.3 Målrettede tiltak

Universelle tiltak og målrettede tiltak er to forskjellige velferdsstrategier og settes ofte opp mot hverandre. Målrettede tiltak mot utsatte grupper er ofte rettet mot mennesker som har opplevd flere tilfeller med uheldige helsedeterminanter. Eksempler på dette kan være vanskelig oppvekst, fattigdom eller manglende utdanning. Å være utsatt for uheldige helsedeterminanter fører videre til at man er utsatt for flere helseproblemer. Et risikoperspektiv fokuserer på intervensjoner hos en selektert gruppe mennesker som er spesielt utsatt og gjerne ligger nederst på den sosiale gradienten (Dahl et al. 2014). Risiko som begrep, og risikoperspektivet vil her presenteres.

3.3.1 Risikoperspektiv

Naturkatastrofer og epidemier er direkte risikoer som krever umiddelbare tiltak. I oppgaven fokuseres det imidlertid på et riskobegrep som i stor grad er knyttet til menneskelige beslutninger og skapt av samfunnet selv. Risikoene som oppstår er et resultat av samspillet mellom en rekke forskjellige faktorer, som samlet produserer risikoer for enkeltmennesket og befolkningen. Risiko er derfor noe som alltid vil kunne oppstå med vår tids behov og mulighet til å kontrollere og gripe inn i systemer og naturen (Curran, 2013; Beck & Brauch, 2014). Risiko skapes med en gang den identifiseres og tolkes som et problem, for eksempel forurensning. Hva som identifiseres og vurderes som risiko avhenger av eksisterende

kunnskap og forståelser, altså diskurser. Ut i fra dette kan risikoene håndteres og videre settes i sentrum av samfunnsutviklingen, eventuelt ignoreres og dermed holdes utenfor (Lupton, 2005; Sørensen & Christiansen, 2006). Mindre privilegerte grupper i befolkningen er utsatt for større risiko for nesten alle sykdommer. Dette gjelder i alle aldersgrupper og blant både menn og kvinner. Derfor er det viktig å forbedre mulighetene for disse gruppene i samfunnet, så de også får sjansen til et sunnere liv (Dahlgren & Whitehead, 2007; Solar & Irwin, 2007). Med dette argumenterer Dahlgren og Whitehead (2007) videre for at det ikke bare er sosiale ulikheter generelt som krever handling, men også forbedring av helse hos grupper med særlig risiko.

Med «utsatte grupper» identifiseres enkeltpersoner eller grupper gjennom sin sosioøkonomiske status og risikoen for ugunstig helseutfall. Disse gruppene er sårbare for endringer i politiske føringer. Eksempler på dette kan være skattefordelingspolitikk, som vil kunne gagne bedrifter og marked eller reduksjon i offentlige utgifter og fordeling av velferdsgoder. Økte inntekts og formue-forskjeller gjør at denne gruppen kommer mer til syne og at de sosiale ulikhetene i helse gagnar noen, men påvirker flere i negativ forstand. Om mangel på inntekt er den dominerende årsaken, kan trygdeytelser og kontrollerte priser på mat eller subsidier til de som trenger det mest være tiltak som gir umiddelbar helsegevinst for de mest sårbare. Her er offentlig bevissthet på utfordringer med sosiale ulikheter i helse et av de viktigste tiltakene for å løse disse problemene. En avgjørende oppgave i å forstå de sosiale ulikhetene i helse er hvorfor mennesker står i de helseutfordringene de gjør (Dahlgren & Whitehead, 2007). Det krever fokus på hvilke konsekvenser fordeling av sosiale helsedeterminanter har på det sosiale helsegapet, og hvordan dette påvirker den delen av befolkningen som er mest utsatt for negativt helseutfall.

Folkehelsepolitikken handler også om å få folk til å ta gode valg for seg selv. Valgene vi tar påvirkes av ønsker, oppfatninger og kunnskapsgrunnlag. Men i bunn og grunn påvirkes de av hvilke muligheter vi har. Her kommer velferdsstaten, individualisering og klassifisering av sosiale klasser inn. Politikere bør tilrettelegge for, og oppfordre hver enkelt til å selv ta gode valg og dermed forbedre sin egen livssituasjon, gitt at denne forbedringen og disse valgene modererer byrden av enkeltindividene på samfunnet. Helsefremmende perspektiv kan forstås på denne måten, da samfunnet legger opp muligheter for at mennesket selv skal ta gode valg, fremfor å bidra når sykdom først har oppstått. Helseatferd kan beskrives som både noe som springer ut fra kultur i lokalmiljø og individuelle valg, samt som fenomener integrert i sosiale strukturer. Eksempler på helsereelatert atferd er kosthold, røyking, alkohol og fysisk aktivitet

(Dahl et al. 2014). Her må helsepolitikken fokusere på målrettede programmer for vanskeligstilte i befolkningen, så de unngår unødvendig helsefare, og at sunne valg blir like enkelt for dem. Tiltak som siktes inn på enkeltpersoner eller utsatte grupper kan derfor dreie seg om informasjonskampanjer, veiledning og skolehelsetjenesten. Det underliggende formålet med disse tiltakene blir da målrettet utdanning for en gruppe mennesker (Whitehead, 2007).

Selv om sosiale ulikheter i helse synes å være økende, og sosioøkonomisk status og samfunnsmessige forhold får mye av skylden for dette, argumenterer risikoperspektivet også for at individualisering og sosiale strukturer ikke alene er ansvarlig for sosiale ulikheter i helse. Dette fordi vi lever i en verden med store motsetninger og kontraster. Verden påvirkes i dag blant annet av klimaendringer, global uro og verdensøkonomien som også kan by på utfordringer for Norge (Aaheim et al. 2009; Doppelhofer & Thøgersen, 2014). Slike utfordringer kan ramme befolkningen mer tilfeldig, da fattige og rike i større grad lever innenfor samme områder og beveger seg i samme miljø. Med det kan det være vanskelig å beskytte selv de med høyest sosioøkonomisk status mot risiko. Dette betyr ikke at sosial klasse ikke påvirker sosial ulikhet, men at formålet må være å se på nye faktorer som også kan spille inn (Curran, 2013; Beck & Brauch, 2014). Her vil målrettede tiltak mot mennesker utsatt for risiko på tvers av den sosiale gradienten være det utjevneende tiltaket.

Grunnen til at risikoperspektivet er viktig i forståelsen av sosiale ulikheter, er at man må anerkjenne de forventninger til mulige risikoer befolkningen står overfor ved oppbyggingen og styringen av et land. Man må forstå hvilke mekanismer som ligger bak tendenser i samfunnet og forsøke å følge de strømninger som skapes i utviklingen. Bare da kan man komme nærmere en forståelse av årsakene til sosiale ulikheter i helse (Beck & Brauch, 2014). Det er derfor viktig å skille mellom risiko forårsaket av naturkatastrofer og faktorer som går utenfor de strukturelle årsakene til helserisiko. Oppgaven fokuserer på målrettede tiltak basert på helserisiko forårsaket av sosial klasse.

3.4 Teoretiske forventninger til empirien

Å håndtere sosiale ulikheter i helse er komplekst og blir ikke lettere av at det krever politisk tverrsektorielt samarbeid. Her kreves kunnskap på området og tydelige ledere for å formidle behov og skape engasjement og eierskap på tvers av sektorene (Diedricksen, 2015). Basert på

teoriene som er gjort rede for i forrige kapittel vil jeg nå presentere forventningene jeg har til empirien.

I denne oppgaven vil utviklingen i norsk politikk på sosiale ulikheter studeres.

Problematisering, tiltak og diskursive prosesser vil være i fokus. Det antas at det finnes flere mulige veier og ta i den politiske prosessen når man arbeider med dette problemet (Vallgård, 2008). Dahl et al. (2014) indikerer i sin kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse at tiltak rettet mot faktorer som øker sosioøkonomisk status, samt strukturelle tiltak har størst potensiale til å redusere ulikhet i helse. Ved at myndighetene påvirker lovreguleringer, tilgjengelighet og prismarked kan det legges til rette for at folk kan gjøre gunstige valg for seg selv, og dermed redusere helseulikhetene (Dahl et al. 2014).

Siden mekanismene som produserer sosiale ulikheter i helse avhenger av hvor man beveger seg på den sosiale gradienten vil enkelte tiltak eller retningslinjer være effektive for en gitt kontekst eller befolkningsgruppe, men ikke for andre (Solar & Irwin, 2007). Det er derfor vesentlig om tiltak rettes mot de med dårligst helse, eller som universelle tiltak rettet mot hele befolkningen. Årsakssammenhengene i ulikheter i helse er som vist ikke ensrettet. Helse er en forutsetning for full individuell frihet, og sosiale forhold som gir mennesker økt kontroll over egne liv er forbundet med bedre helseutfall. Politikk på sosiale helsedeterminanter bør derfor jobbe mot høy deltagelse fra befolkningen, da man kan si at god helse gir bedre kontroll over eget liv, og god kontroll over eget liv gir bedre helse. Dette er gjensidige forsterkende karakterer som er viktige konsekvenser for politikkkutforming (Solar & Irwin, 2007). Studien til Lillefjell et al (2013) så på styrker og svakheter ved bruk av forskning i folkehelsearbeidet, og poengterte behovet for felles verdier, språk og måter å arbeide på tvers av sektorer. Studien understreker nødvendigheten og behovet for politiske systemer og strukturer som fungerer, så vel som individuelle tiltak for å få til endring.

Man kan utfra dette trekke frem fire hovedpunkter for hvordan man kan identifisere tiltak for å redusere helseforskjeller. To av disse punktene er å *kategorisere helseprogrammer* utfra gevinst på utjevning av sosiale ulikheter og adressere *den sosiale gradienten* gjennom hele befolkningen (Solar & Irwin, 2007). Tiltak rettet mot hele befolkningen for å utjevne den sosiale gradienten vil også kreve *identifisering av helsedeterminanter og strukturelle virkemidler*. Det ansees som en kjerneoppgave for folkehelsearbeidet og blir dermed også et politisk spørsmål (Fosse, 2016). Det siste punktet; *målrettede programmer* for vanskeligstilte i befolkningen (Solar & Irwin, 2007), vil gjøre at denne gruppen får det bedre, men vil ikke

nødvendigvis påvirke den sosiale gradienten i helse (Fosse, 2016). Oppsummert er argumentet for universelle tiltak at de er like for alle, og at de ikke bare gjelder rettigheter uavhengig av sosioøkonomisk status, men at alle også har tilgang til tjenester av samme kvalitet. Argumentet for målrettede tiltak er at den er treffsikker mot dem som ikke er i stand til å klare seg og trenger offentlig hjelp (Dahl et al. 2014). Disse punktene blir i oppgaven brukt som kategorier for å strukturere arbeidet i analysen av folkehelsemeldingene til de tre siste regjeringene. For, hvordan forstås sosiale ulikheter i helse? Hvilke determinanter vektlegger myndighetene og hvordan beskrives disse. Baserer meldingene seg på universelle eller målrettede tiltak? Fremstiller de befolkningens helse som et samfunnsansvar eller individuelt ansvar? Metode og fremgangsmåte for analysen blir presentert i neste kapittel.

4.0 Metode

I denne delen vil valg av metodiske verktøy og tilnærminger bli gjort rede for. Hadde oppgaven basert seg på en hypotese som skulle testes gjennom statistiske beregninger ville kvantitativ metode vært et naturlig valg (Malterud, 2011). I og med at oppgaven bygger på skriftlig kildemateriale, og søker å forstå sosiale fenomener har den en kvalitativ metodisk tilnærming, basert på dokumentanalyse. Denne tilnærmingen innebærer stor grad av fleksibilitet i forskningsprosessen. Dette betyr at man kan jobbe med ulike deler av teksten parallelt og endringer i fremgangsmåte kan skje underveis i prosessen. Dermed kan de ulike delene påvirke hverandre (Thagaard, 2013). Kvalitativ metode kan bidra til å få en dypere forståelse av et fenomen, men forutsetter at forskeren i stor grad fortolker innholdet i kildematerialet (Johannessen et al. 2005). Nettopp derfor er det gunstig at man kan jobbe med ulike deler av oppgaven og la ny kunnskap og forståelse påvirke hele prosessen, i alle ledd. Dette gir rom for å reflektere over betydninger og tolkninger i datamaterialet gjennom hele arbeidet (Thagaards, 2013). Det vil redegjøres for bakgrunnen til valg av aktuelle dokumenter, og den analytiske prosessen oppgaven benytter seg av. Diskursteori bidrar til å gi en forståelse av hvordan formulerte meninger og ideer kan påvirke vår sosiale verden, mens diskursanalysen brukes for å undersøke hvordan disse meningene og formuleringene er med på å opprettholde eller endre politiske føringer i arbeidet mot sosiale ulikheter i helse. Etter presentasjon av dokumentanalyse vil diskursanalyse som analyseverktøy gjøres rede for.

4.1 Dokumentanalyse

En dokumentanalyse er studiet av dokumenter eller tekster og kan defineres som en detaljert undersøkelse av dokumenter som er produsert ut i fra sosiale funksjoner, fortolkninger og omgivelser. Analyseresultat vil avhenge av hva man ønsker å undersøke, kildens karakter og hvilken uttrykksform den har. Dette kan gi et innblikk i en verden man ønsker å forstå, men ikke nødvendigvis kan iakttas (Duedahl & Jacobsen, 2009). Som vist tidligere har folkehelsen alltid berørt enkeltmennesket og samfunnet, og befolkningens helse tas fremdeles stadig opp i politiske drakamper og diskusjoner. Da faget er folkehelse og temaet jeg interesserer meg for er sosiale ulikheter i helse, våknet nysgjerrigheten på hvordan dette fenomenet omtales i politisk sammenheng. Jeg anså dermed en analyse av folkehelsemeldingene utgitt av norske

myndigheter som relevant for prosjektet. En fordel ved bruk av offentlige dokumenter er at de er dannet på forhånd og for et annet formål enn forskning, noe som skaper en viss form for distanse til datamaterialet ved at forskeren ikke påvirker utformingen av dem (Thagaard, 2013). De har en formell karakter og inneholder gjennomtenkte og reflekterte uttalelser og sier noe om hva myndighetene har gjort og planlegger å gjøre (Fangen, 2010). I denne oppgaven vil fokus være hvordan myndighetene arbeider mot utjevning av sosiale ulikheter. Å søke svar på problemstillingen er utgangspunktet for analysen og konklusjonen er resultatet av denne prosessen.

Kjestadli (1997) foreslår tre steg i en kvalitativ dokumentanalyse. I Første del struktureres arbeidet for analysen. Det handler om å forstå teksten og fokusere på det språklige. I andre del klargjøres materialet. Her leses teksten åpent, og man eliminerer gjentakelse. I siste del foretas en meningsanalyse.

Dokumentanalysen har form som en innholdsanalyse hvor jeg har identifisert definisjoner, etablert diskurser og diskutert hvordan de kommer til uttrykk i teksten. For å få til dette har jeg først leste folkehelsemeldingene i sin helhet, og markert hvor i tekstene sosiale ulikheter i helse omtales. Videre har jeg sett på hvordan fenomenet beskrives. Jeg har også sett på i hvor stor grad stortingsmeldingene går inn i, og påvirker hverandre. Dokumentanalysen har synliggjort hvilke determinanter og perspektiver de tre ulike regjeringene har valgt å prioritere i folkehelsemeldingene, og hvordan disse eventuelt skiller seg fra hverandre. I dette arbeidet har helse-årsaksmodellen blitt brukt aktivt, da den bidrar til å identifisere hvilke determinanter som vektlegges og hvor de ulike regjeringene beveger seg på modellen med tanke på påvirkningsfaktorer og ansvarsfordeling. Dette har også hjulpet meg i å få frem hvilke mønster som sees i folkehelsemeldingene og hva som vektlegges i utforming av tiltak. Dokumentene har status som empirisk materiale.

4.2 Diskursanalyse

Diskursanalyse er en metode man kan anvende for å undersøke hvordan mening skapes eller konstrueres i ulike sammenhenger gjennom ulike tilnærminger (Hitching et al. 2011). Bratberg (2014) beskriver derfor analysen som en «kollektiv forståelse av et sosialt eller politisk fenomen. Analysen av diskurser skal først og fremst gi oss innsikt i hvilke forestillinger som ligger til grunn, og hvordan teksten bidrar til opprettholdelsen av disse forestillingene» (Bratberg, 2014, s:30).

I diskursanalysen er ikke poenget å sortere hvilke utsagn som er riktig eller feil, men å fokusere på det som faktisk er blitt sagt- og skrevet. Dette for å se hvilke mønstre som dukker opp i utsagnene, og hvilke sosiale konsekvenser denne fremstillingen kan få for virkeligheten. Diskursene er en del av de sosiale systemene vi lever i, som kunne vært annerledes. Siden man som forsker selv er en del av dette systemet, vil utfordringen være å se diskursene, da de lett kan oversees som selvfølgeligheter (Kvale & Brinkmann, 2010; Jørgensen & Phillips, 2013). Diskursanalyse er altså en analyse av disse mønstrene. Hvilke politiske tiltak som prioriteres avhenger av hvilket bilde av samfunnet politikerne presenterer (Vallgård 2008). Den diskursive prosessen i denne oppgaven har vært å se på hvordan sosiale ulikheter i helse er omtalt og gjort tilgjengelige for politisk handling.

I denne prosessen har jeg kombinere Kjestadli (1997) sin metode i dokumentanalyse og Neumanns (2001) trestegs modell i diskursanalyse.

Første steg i Neumanns (2001) modell er valg og avgrensning av hva som skal studeres. Diskursene som analyseres i oppgaven er diskurser jeg selv har identifisert ut ifra oppgavens tema og den forskningen som ligger til grunn for analysen. I min tilnærming har jeg fokusert på valg og prioriteringer av sosiale strukturer, forståelsen av ulike diskurser og hvordan problemstillingen om sosiale ulikheter kommer til syne i de tre siste regjeringenes folkehelsemeldinger. I dette ligger å se på hvordan begrepene brukt i folkehelsemeldingene tolkes. Tolkes de forskjellig av de ulike regjeringene? Dette kan hjelpe meg til å forstå hvilken mening politikerne legger i de forskjellige begrepene brukt i dokumentene. Diskursene som har vært utgangspunktet i søkeprosessen beskrives nærmere i neste kapittel.

Steg to i Neumanns (2001) modell beskriver han som diskursens representasjon. Altså hvilke virkeligheter som presenteres i diskursene, og hvordan disse eventuelt reproduseres eller endrer innhold mellom de ulike regjeringene. I politisk sammenheng er det å argumentere for etablerte forståelser og utfordre institusjoners strukturer man vil kunne skape nye forståelser og løsninger. Her vil diskursanalyse ta sikte på å forstå hvorfor en bestemt forståelse av et problem får dominans i en tidsperiode, mens andre forståelser av problemet neglisjeres. Dette kan gjøres ved å analysere hvordan visse problemer er representert. Hvordan forskjeller fremstilles, og sosiale koalisjoner oppstår. Dette passer sammen med Hajers (1995) beskrivelse av diskurs som noe som forandres gjennom hvilken mening det blir gitt. Her har

det å se på variasjoner i hva som er skrevet og hvordan innholdet i meldingene har endret seg over tid vært formålet.

Siste steg i modellen er diskursens laginndeling. Som Neumann (2001) påpeker, kan man tenke seg at de fremstillingene av diskursene som forener vil være vanskeligere å forandre enn de diskursene som differensierer fra de tre regjeringene. Det er den sittende regjering i en gitt periode som produserer datamateriale for oppgaven. De kan ha ulike bakgrunn for sin diskursforståelse. Det har derfor vært hvorvidt diskursene forener eller differensierer innad i en regjeringsperiode, og på tvers av regjeringsgruppene som har vært av interesse. En måte å fange opp dette på har vært å se på ulike diskurser som er brukt i folkehelsemeldingene, og hvordan de brytes mot hverandre.

Med utgangspunkt i diskursene er det «spillet» mellom diskursene som er hovedfokus i analysen. Dette fordi det er nettopp i samspillet, og i brytningene mellom diskursene de sosiale konsekvensene kommer til syne. Diskurser som ”mekanismer” og ”årsaker” kan forstås som at ulikheter i helse er utenfor menneskets kontroll da det er produkter av mekanismer i samfunnet (Jørgensen & Phillips, 2013). Som beskrevet tidligere er hovedårsaken til sosial ulikhet i helse samfunnsmessige innretninger.

I diskursanalysen er altså teori og metode flettet sammen og det er da spesielt viktig å ha en tydelig teoretisk ramme så det ikke blir et kaos av forskjellige synsvinkler (Jørgensen & Phillips, 2013). Valg av teoretisk rammeverk var derfor en tidkrevende prosess, hvor forskningen presenterer mange ulike innfallsvinkler. Teorien om sosiale helsedeterminanter pekte seg imidlertid ut og er mye omtalt både gjennom studiet, og litteraturen. Likefremt er det ofte språk i bruk av tilnærming til utfordringen om sosiale helseforskjeller i forskningen, hvor skille, som nevnt, oftest går på universelt eller målrettet fokus og oppgavens teoridel er derfor delt inn i disse to delene. Diskusjonsdelen hvor resultatet av analysen presenteres er derimot ikke delt inn på samme måte, da universelle og målrettede tiltak diskuteres opp mot hverandre. Her vil hvor meldingene viser en kontinuitet eller diskontinuitet med utgangspunkt i teoridelen være inndelingen.

4.3 Søkeprosessen

I søkeprosessen er altså dokumentanalyse og diskursanalyse kombinert. I første del ble dokumentene som nevnt lest gjennom i sin helhet. Dette gjorde datamaterialet mer oversiktlig

og jeg ble kjent med innholdet. Det ga også en mulighet til å se de «store linjene» og videre reflektere over hvordan dette kan kobles opp mot det teoretiske rammeverket (Thagaard, 2013). Etter dette startet prosessen med å kode materialet. Her ble kategoriene for koding identifisert i kapittel 3.4; *Teoretiske forventninger til empirien* brukt som bakgrunn for valg av søkeord og fremgangsmåte. Søkeordene som ble brukt i søkemotoren til dokumentene er skjematisk fremstilt i Fig. 2. Arbeidet med å trekke frem beskrivelser av kategoriene og søkeordene i dokumentene ble på denne måten mer oversiktlig. Betydningen av innholdet og hvordan diskursene beskrives og brukes ble lettere å avdekke, som jeg var ute etter i analysen. Disse kategoriene og resultatet av søkeprosessen la også til rette for muligheten til sammenligning mellom folkehelsemeldingene. Kategoriene inneholder forskjellige diskurser som delvis dekker over samme tema, men som kan konkurrere mot hverandre eller ha et innhold som er beskrevet på forskjellig måte (Jørgensen & Phillips, 2013). Videre har jeg forsøkt å kartlegge hvordan diskursene eventuelt har forandret seg over tid.

Kategorier	Søkeord
<i>Helseprogrammer</i>	Helseovervåkning, folkehelseprofiler, Nasjonal registrering, Nasjonale registre, informasjonskampanjer, kunnskapsformidling, veiledning, sosiale ulikheter i helse, helseforskjeller, sosiale forskjeller i helse, helsegap.
<i>Gradientperspektivet</i>	Gradientperspektivet, gradientutfordringen, helsefordeling, fordeling av helse, gradient, mønster, befolkningsperspektiv, universalisme, universalisme, universelle tiltak, befolkningsperspektiv, sosioøkonomisk status, klasseinndeling, klasseposisjon
<i>Helsedeterminanter og strukturelle virkemidler</i>	Universelle tiltak, sosioøkonomisk status, strukturelle betingelser, strukturelle virkemidler, bakenforliggende faktorer, påvirkningsfaktorer, sosiale nettverk, individuelle livsfaktorer, helseatferd, livsstilsvalg, helsevalg, individuelt ansvar, samfunnsansvar, felles ansvar, befolkningsansvar, personlig ansvar, tilrettelegge, tilrettelegging, rettferdighetsprinsipp, urettferdig, rettferdig fordeling
<i>Målrettede programmer for vanskeligstilte i befolkningen</i>	Målrettet tiltak, individuelt tiltak, individrettede tiltak, utsatte grupper, vanskeligstilte, målrettet innsats, risiko, risikoutsatt, redusere risiko, livsstil, sunne valg, levevaner, livsstilssykdommer, livsstilsendring, personlig ansvar, marginalisert gruppe, barn, ungdom, eldre, innvandrere.

Fig. 2 Skjematisk fremstilling av søkeord delt inn i kategorier identifisert i kapitel 3.4; *Teoretiske forventninger til empirien*.

En presentasjon av folkehelsemeldingene til de tre regjeringsgruppene, samt en sammenfatning av analysen presenteres i neste kapittel. Videre diskuteres funnene i diskusjonsdelen. I og med at meldingene var lest gjennom i sin helhet før kategoriseringen begynte, og at jeg dermed var gjort kjent med innholdet, opplevdes analysearbeidet noe mer oversiktlig enn hvis jeg ikke hadde hatt et helhetsbilde i utgangspunktet. Det er inkludert en del direkte sitater for å unngå at mening i innhold skal forsvinne eller miste sammenheng. Jeg så etter fraser, ord og begreper som kunne beskrive kategoriene valg for tema av oppgaven. Det ble likevel ofte gjentatt søk, dobbelkontrollert og lest utover søkeresultatet for å være sikker på at innholdet var forstått riktig. Det er også rimelig å anta at noen resultat er forbigått eller oversett da kategorisering avgrenser søkeresultatet. Forhåpentligvis er dette likevel unngått i så stor grad som mulig da det i gjennomgang av meldingene ble gjort notater av begreper og beskrivelser som var gjentakende.

Etter at søkeprosessen var ferdig og analysearbeidet påbegynt ble Perspektivmeldingen (Finansdepartementet, 2017) til Solbergregjeringen inkludert noe i analyseprosessen. Meldingen er ikke lest i sin helhet, men tatt med i diskusjonen da den omtaler sosiale ulikheter i helse, og kan underbygge forståelsene Solbergregjeringene legger til grunn i sin politikktutforming.

4.3.1 Avgrensning

Avgrensninger har blitt gjort strategisk underveis i forhold til problemstillingen, og mange har kommet naturlig under kategorisering av diskursene. Det er blitt brukt sekundær litteratur for å finne diskurser som utpeker seg som relevante, men avgjørelsene har hovedsakelig blitt valgt utfra primærkildene, altså folkehelsemeldingene.

4.4 Metodisk refleksjon

Kvalitativ forskning kan vanskelig gjøres uten å bli personlig engasjert da den i stor grad er subjektiv. I tillegg starter alle forskere sitt forskningsfelt med en forforståelse og egne erfaringer formet av egen kultur og syn på virkeligheten (Nayar & Stanley, 2015). Derfor er det viktig at forskeren viser evne til å stille spørsmål ved både fremgangsmåte og konklusjon i sitt eget prosjekt. Forskningsprosessen vil kunne resultere i noe annet enn de forhåndsantakelser man måtte ha innenfor feltet (Malterud, 2011). Gjennom eget yrkesliv som

sykepleier og utdanning innenfor folkehelse vil erfaring og tillært kunnskap om helsefremmende arbeid og sosiale ulikheter kunne påvirket min tolkning og forståelse av data. Dette har jeg forsøkt å være bevisst på i lesing av litteratur og oppmerksom på i min analyse. Jeg vil nå diskutere oppgavens reliabilitet og validitet, før det reflekteres rundt bruk av diskursanalyse.

4.4.1 Reliabilitet

Med reliabilitet menes oppgavens troverdighet og muligheten til etterprøvbarehet. Med dette menes om man ville kunne kommet fram til samme resultatet dersom studien ble gjennomført på samme måte og under de samme betingelsene av andre forskere (Vedeler, 2000).

Jørgensen & Phillips (2013) beskriver hvordan forskerens sensitivitet overfor måten språket konstruerer fenomener på, samt hvilken innsikt og forståelse en viser ovenfor datamaterialet er med på å vurdere oppgavens troverdighet. Det skal altså være mulig for leseren å vurdere argumentasjonen brukt i oppgavebesvarelsen, se hvordan den analytiske prosessen har vært og hva som er bakgrunnen for forståelse for diskursene oppgaven har identifisert (Jørgensen & Phillips, 2013). For å kunne styrke reliabiliteten i denne studien er analysen og søkeprosessen dermed forsøkt beskrevet så tydelig som mulig. Dette for at andre skal kunne følge gangen i analysen og hvordan resultatene er oppstått. Det er likevel vanskelig å gjennomføre en identisk analyse i et nytt tilfelle, da oppgaven baserer seg på tolkning av datamaterialet.

Kategoriseringen brukt som utgangspunkt for analysen er identifisert gjennom litteratur innenfor temaet og oppfattelse av hva som vil være relevant for søkeprosessen og videre analyse. Søkeord, prosessen og tabell over definisjon av begreper er innlemmet for å synliggjøre hvordan funn er innhentet og hvordan sentrale begreper er definert i datamaterialet. For å sikre best mulig kategorisering har stortingsmeldingene blitt gjennomgått flere ganger og kategorisering gjentatt for å kontrollere at relevante diskurser for oppgaven er tatt med. En utfordring jeg har forsøkt å være bevisst på er hvordan eget politisk ståsted og erfaring fra helsevesenet vil kunne farge gjennomlesingen av meldingene og påvirke analyseprosessen. Her har kategorisering under søkeprosessen, lik fremgangsmåte for hver melding og et faglig grunnlag innenfor folkehelse hjulpet meg å løfte blikket ut fra tidligere antagelser og erfaring. Ved å beskrive analyseprosessen og valg som er gjort underveis styrkes ikke bare studiens reliabilitet, men også validitet. Dette fordi grunnlaget for tolkningene som er gjort og forståelsene som er trukket blir tydeliggjort.

4.4.2 Validitet og overførbarhet

Et annet viktig prinsipp i forskningsøyemed er altså validitet. I kvalitative studier handler validitet om tolkning av datamaterialet og gyldigheten av de slutninger man trekker basert på resultatene fra dokumentanalysen (Vedeler, 2000; Thagaard, 2013). Som Jørgensen & Phillips (2013) beskriver, er det gjennom diskursene den virkelige verden konstrueres. I denne sammenhengen innebærer dette hvor godt den metodiske tilnærmingen som er valgt egner seg til å belyse fenomenet sosiale ulikheter i helse og bevissthet rundt hvordan resultatet kan påvirkes av forfatterens egen bakgrunn.

Studiens validitet innebærer derfor blant annet vurdering av egen rolle og hvordan egne relasjoner til fenomenet kan påvirke tolkningsprosessen. I starten av et slikt prosjekt kreves det dermed tydelig bevissthet rundt personlig erfaring og politisk ståsted og effekten dette kan ha på hvordan meldingene leses. Det var derfor en god og lærerik øvelse å lese meldingene nøytralt og forsøke å ikke ilegge utsagn hos noen av regjeringene tyngre betydning enn hos andre. Slutninger og argumenter underveis i diskusjonen er derfor ofte illustrert med direkte gjengivelser av tekst i folkehelsemeldingene. Dette for å illustrere bakgrunnen for refleksjonen og gi leseren mulighet til selv å vurdere gyldigheten. Det er viktig å påpeke at andre lesere kan finne andre betydninger i teksten, enn det jeg selv har funnet. Jeg er ydmyk overfor at jeg selv er en del av den virkeligheten diskursene konstruerer, og tar selv ansvar der denne oppgaven har blitt påvirket av personlige erfaringer.

I å med at de diskursive konstruksjonene stadig er i forandring, og resultat av studien påvirkes av forskerens egen bakgrunn og perspektiver vil sammenligning til andre prosjekter være vanskeligere gjennomførbart (Jørgensen & Phillips, 2013). Dette er nødvendigvis heller ikke målet når hensikten er å se på hvordan en bestemt tekst konstruerer forståelsen av et fenomen. Det handler altså om valg og slutninger trukket i løpet av prosessen, men også forståelser for et fenomen man opparbeider seg og utvikler i løpet av analysen. Selv om resultatet i oppgaven ikke kan generaliseres, kan forståelsen for et fenomen være relevant på andre områder. Dermed kan resultatet i noen tilfeller ha overføringsverdi for andre prosjekter, og gi viktig innsyn i sosiale fenomener. Interessen ligger derfor i å utforske forskjellige måter å forstå et fenomen og en utfordring på. Dette vil ikke føre til en tydelig og konkret konklusjon, men viser heller til én av flere mulige tolkninger (Malterud, 2011; Thagaard, 2013). Ulike perspektiver og tilnærminger til et fenomen kan altså gi nytteverdi i hvordan de kan utfyller hverandre, og vil derfor være relevant i folkehelsearbeidet som omhandler komplekse temaer og årsaksforhold.

4.4.3 utfordringer ved bruk av diskursanalyse

Jeg har i denne oppgaven sett at det ikke finnes noen større enighet om hvordan man analyserer diskurser. Diskursanalyse er ikke en konkret tilgang til en tekst, men sammen med andre teorier og metoder kan diskursanalyse anvendes i undersøkelser av for eksempel forskjellige sosiale fenomener. I denne analysemetoden er det en selv som brukes som analyseverktøy, og egen innsikt og forståelse påvirker som nevnt dermed funn som er presentert og hvilke diskurser som er identifisert. Jeg må ta i betraktning at de valgene jeg har foretatt på en eller annen måte er påvirket av diskursive strukturer samfunnet er bygget på og som jeg selv er en del av. En annen ville kunne funnet andre diskurser eller basert funn på annen innsikt og forståelse.

Det har vært utfordrende å starte et prosjekt basert på diskursanalyse uten å ha kjennskap til diskursteorien fra før. En av utfordringene har vært å ikke vurdere tilnærminger og vurderinger i datamaterialet som «rett» eller «galt», og å ikke falle for fristelsen om å prøve å løse problemet med sosiale ulikheter. Jeg har derfor ofte måtte minne meg på å rette fokuset mot hvilken mening som ligger bak det som blir fremstilt i meldingene og hvilke mønster som dukker opp i politikkkutformingene. Det har også vært utfordrende å være alene om å tolke og analysere tekstene, da analyseverktøyet i en diskursanalyse er en selv. I valg av tilnærming, og diskursen har jeg også ekskludert andre tilnærminger. Jeg er dermed med på å konstruere en fremstilling av sosiale ulikheter i helse og politisk prioritering som er en effekt av diskursene. Ønsket med bruk av diskursanalyse som verktøy var likevel å forsøke å utvide blikket og øke innsikten i hvordan sosiale ulikheter i helse forstås, problematiseres og ilegges ansvar i politiske føringer.

4.4.4 Etikk

Prosjektet er ansett som ikke meldepliktig til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) eller Norsk senter for forskningsdata (NSD) da det vil bli foretatt en dokumentanalyse på eksisterende offentlige dokumenter, og ikke innhentes, lagres eller brukes data som inneholder personopplysninger eller annet konfidensielt materiale. Dette ble vurdert og bekreftet gjennom informasjon på NSD sine nettsider, og ved utførelsen av en vurderingstest de tilbyr (nsd.uib.no, helseforskning.etikkom.no).

5.0 Presentasjon av data

I dette kapitlet presenteres først en kort historisk oppsummering av etableringen av sosiale ulikheter i helse på den politiske agenda. Deretter presenteres den enkeltes regjering sin folkehelsemelding. Videre kommer en kort oppsummering, med skjematisk oversikt over definisjoner brukt i stortingsmeldingene. Til slutt vises en illustrasjon av søketreff på sosiale helseforskjeller i folkehelsemeldingene.

5.1 Sosiale ulikheter i helse på den politiske agenda

Det var Bondevikregjeringen som i 2003 først satte sosiale ulikheter på den politiske agendaen med meldingen *Resept for et sunnere Norge* (Helsedepartementet, 2003). Meldingen introduserte også etableringen av en sentral ressursenhet for å utvikle politikk for sosial ulikhet i helse. I 2005 ga dermed Sosial og Helsedirektoratet ut *Sosioøkonomiske ulikheter i helse. Teorier og forklaringer* som viste til at sosiale ulikheter i helse hovedsakelig er forårsaket av samfunnsmessige innretninger (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Med ny regjering ble innsatsen trappet opp og *Nasjonal strategi for utjevning av sosiale helseforskjeller* ble lansert. Den understreket behovet for tverrpolitisk samarbeid og presenterte satsningsområder med strategier både i og utenfor helsesektoren (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). *Samhandlingsreformen* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) kom i etterkant av strategien og hadde som mål å bedre folkehelsen med å forebygge mer. Den lanserte en dreining av ressurser som skulle være mer bærekraftig. Dette ved å behandle tidligere og samhandle bedre mellom kommune, stat og helsetjeneste. Samme år kom handlingsplanen *Gradientutfordringen* som viste behovet for bredt samarbeid og ansvarliggjorde arbeidet med helseutfordringer på tvers av sektorer. Handlingsplanen la vekt på at helsen til de best stilte i befolkningen ikke skulle gå ned, men sørge for at de dårligst stilte skulle nå gjennomsnittet. Den fokuserte på å styrke forskning og bygge opp kompetanse (Helsedirektoratet, 2009). Videre ble Folkehelseloven som nevnt lansert i 2012 med formål om å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer befolkningens helse og utjevner sosiale ulikheter (Folkehelseloven, 2011). Stoltenbergregjeringen kom etterhvert med folkehelsemeldingen *God helse, felles ansvar*, og påpekte hvordan vi alle har et ansvar for

god helse i befolkningen, og hvordan vi sammen kan forbedre den (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). En tid senere lanserte Solbergregjeringen sin folkehelsemelding *Mestring og muligheter*. Meldingen ønsket å legge til rette for trivsel og mestring gjennom hele livsløpet og fokuserte på å likestille psykisk helse som satsningsområdet innenfor folkehelsearbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

Disse lanseringene og utgivelsene inneholder hovedsakelig tilstandsrapporter, politiske uttalelser og foreslåtte tiltak, ikke konkrete handlingsplaner med budsjettbevilgninger. De har dermed mer en funksjon som verdigrunnlag og agendainnstilling enn som styrende dokumenter (Vallgård, 2008). Analyse av politiske dokumenter er likevel viktig selv om de ikke inneholder tydelige nye forslag eller lovgivninger, da de er med på å sette temaet på den politiske agenda (Hajer, 1995). Videre presenteres datamaterialet for oppgaven.

5.2 Folkehelsemeldingene

Data for oppgaven som analyseres er som beskrevet de tre siste regjeringers folkehelsemeldinger, samt Stoltenbergregjeringens *Nasjonale strategi for utjevning av sosiale ulikheter i helse*. Meldingene vil presenteres hver for seg. Det vil gjøres rede for hvordan de beskriver utfordringer med sosiale helseforskjeller. Hvilke overordnede mål meldingene baserer seg på. Om fokuset rettes mot universelle eller målrettede tilnæringer og hvordan utfordringene kan løses. Dette er et sammendrag av resultatet fra søkeprosessen og danner bakgrunn for diskusjonsdelen.

5.2.1 Bondevikregjeringen *Resept for et sunnere Norge*

Bondevikregjeringen var første regjering som startet prosessen med å implementere strategier for å redusere sosiale helseforskjeller i sin Folkehelsemelding *Resept for et sunnere Norge* (Helsedepartementet, 2003). Hovedtema for meldingen; den «store helsepolitikken» presenteres innledningsvis og påpeker at folkehelsearbeidet handler om å forholde seg til de faktorer som påvirker helse. Meldingen baserer seg på å løfte opp strategier for et sunnere Norge og gjør myndighetene ansvarlige for dette arbeidet ved å fremheve sammenhengen mellom helseforhold og politikkområder.

Bondevikregjeringen presenterer WHO sin definisjon på helse som «tilstand av fullstendig fysisk, sosialt og mentalt velvære, og ikke bare fravær av sykdom» (Helsedepartementet, 2003, s:6). Meldingen definerer ikke hva sosiale ulikheter er, men skriver at de ønsker å sette et sterkere fokus på forskjeller i helseproblemer, og trekker da frem kjønnsforskjeller generelt og kvinners helse spesielt. I tillegg vil barn og unge og befolkningsgrupper med innvandrerbakgrunn rettes oppmerksomhet, samt generelt tilpassede forebyggende tiltak for helseutjevning.

Meldingen skriver videre at folkehelsearbeidet handler om «å svekke det som medfører helserisiko, og styrke det som bidrar til helse» (Helsedepartementet, 2003, s:6). De utdyper videre at helsetjenesten har muligheter for å hente gevinst ut av forebyggende arbeid som så langt ikke er utnyttet godt nok (Helsedepartementet, 2003, s: 89). Bondevikregjeringen ønsker med dette å forebygge mer og reparere mindre, og legger opp til at helsevesenet i større grad skal forsøke å påvirke livsstil. Med dette fokuseres det på helseatferd og tilrettelegging for muligheten til å ta gode valg for seg selv.

Regjeringen anerkjente at det var gjennomsnittlige forhold som hadde fått størst oppmerksomhet i folkehelsepolitikken, og at mangfoldet i befolkningens helse ikke var viet like mye fokus. De så at dette kan ha påvirket beskrivelsen av helsestatusen i befolkningen, og ønsket derfor å øke fokus på forskjeller i helseproblemer. Dette begrunner de med at sosiale ulikheter følger tydelige sosiale mønstre, noe som gjør at et demokratisk samfunn bør forsøke å påvirke de strukturelle faktorene som påvirker disse forskjellene. De beskriver det som et urettferdighetsproblem at dårlig helse følger sosial status. Med dette settes målet om utjevning av sosiale helseforskjeller på lik linje med gjennomsnittforbedringer.

Meldingen registrerer «sterk sosial ulikhet både når det gjelder helseproblemer og faktorer som påvirker helsen» (Helsedepartementet, 2003, s:8) og beskriver de med høyest inntekt og utdanning som den andelen med klart best helse. Her henvises det til sosioøkonomisk status som påvirkningsfaktor for helseutfall. De utdyper videre at de har registrert ulik fordeling av helse i ulike deler av befolkningen. Meldingen anerkjenner store utfordringer når det gjelder kunnskap på området, men skriver likevel at problemet ikke hovedsakelig er mangel på kunnskap, men mangel på handling. Under sentrale utviklingstrekk skriver de at det er en «epidemi» av overvekt og regner med at over halvparten av befolkningen har et lavere aktivitetsnivå enn det som er anbefalt. «Satt på spissen: tidligere slet vi oss til sykdom og død-

nå konsumerer vi oss til det samme, og vi gjør det i sittende stilling» (Helsedepartementet, 2003, s:28).

Stortingsmeldingen definerer to hovedmål med politikken. Disse er «Flere leveår med god helse i befolkningen som helhet» og «Redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn». (Helsedepartementet, 2003, s:6) Meldingen har altså å redusere sosiale helseforskjeller som et av sine to hovedmål.

Bondevikregjeringen er klar i sin melding om at enkeltmennesket er ansvarlig for egne valg, og dermed egen helse. Likevel påpeker de at samfunnet kan, og dermed bør påvirke disse valgene. Her trekkes kunnskapsformidling og påvirkning av holdninger frem som tiltak rettet mot at enkeltmennesket lettere kan foreta gode valg for seg selv. Som en av strategiene for helseutjevning påpeker Bondevikregjeringen at det er særlig viktig å vektlegge bedre helse for de gruppene i befolkningen som ligger under gjennomsnittet i sosioøkonomisk status og helsetilstand. Her understreker de at selv om det er enkeltmenneskets livsvalg som påvirker personens helse direkte, er utjevning av sosiale ulikheter i helse hovedsakelig et politisk og samfunnsmessig anliggende. Meldingen har likevel et tydelig fokus på livsstil og vektlegger dette tungt i sin analyse av helseutviklingen i Norge. Her trekkes fysisk inaktivitet, kosthold og røyking frem som hoved- påvirkningsfaktorene. Meldingen diskuterer de etiske vurderingene ved spesielle tiltak mot utsatte grupper da de ønsker å gjøre det lett for befolkningen å ta sunne valg, og påvirker valg med negative helseeffekter i den retninger at de er mindre tilgjengelig. Dette uten å samtidig tilrettelegge for negative holdninger ovenfor de som allikevel velger de alternativene med risiko for negativt helseutfall. De påpeker den enkeltes ansvar for egen helse, men gjør myndighetene ansvarlige for å legge forholdene til rette slik at befolkningen lettere kan ta dette ansvaret. De beskriver som nevnt at helsen øker i takt med inntekt og utdanning og beskriver dermed risikoen for negativt helseutfall som en gradient gjennom befolkningen, selv om de ikke bruker gradientperspektivet som terminologi.

Regjeringen annonserte opplysning og veiledning, samt tiltak for å gjøre fysisk aktivitet tilgjengelig i nærmiljøet som strategi for å øke den fysiske aktiviteten i befolkningen. Dette for å forsøke å påvirke holdninger til og adferd hos den enkelte. Her ligger også tilrettelegging for tilgang til fysiske aktiviteter for funksjonshemmede og andre spesielt utsatte grupper. Videre vil de satse på styrking av skolehelsetjenesten som et lavterskeltilbud til barn og ungdom. De legger opp til å skape allianse mellom offentlige instanser og det frivillige Norge. Dette for å skape en sterkere infrastruktur for folkehelsearbeidet. En av

forutsetningene for dette er kunnskapsoppbygning på området. Et av satsningsområdene for å kartlegge helseulikheter, risikofaktorer og effekten av tiltak er helseovervåkning. Her ønsket regjeringen å etablere et system for denne overvåkingen i samarbeid med folkehelseinstituttet og statistisk sentralbyrå. Dette for å øke kunnskapsgrunnlaget for videre tiltak. Regjeringen vil styrke forskning å støtte til fysisk aktivitet, kosthold og livsstil i forhold til helse.

Det ble som nevnt lagt opp til at helsetjenesten skulle forebygge mer, og et nytt satsningsområde om at fastleger i denne sammenhengen kunne gi ut «grønne resepter» ble lansert. Resepten skulle for eksempel angi hvilken type fysisk aktivitet pasienten burde starte med, samt dose og intensitet. Dette for å supplere blå resepter med grønne for livsstilsveiledning tilpasset den enkelte pasient. Da folkehelsemeldingen fikk tittelen *Resept for et sunnere Norge*, ga det også tiltaket med «grønne resepter» oppmerksomhet. Strategiene som presenteres er at regjeringen vil skape gode forutsetninger for at man skal kunne ta ansvar for egen helse, med fokus på sammenhengen mellom livsstil og helse. Dette er individrettet forebygging for å påvirke levevaner. Bondevikregjeringen ønsker med dette også å kunne bidra til å styrke mestringsevnen og dermed motivasjonen for livsstilsendring.

Bondevikregjeringen anerkjenner behovet for en langsiktig planlegging og legger vekt på å forankre folkehelsearbeidet og styrke innsatsen i alle samfunnssektorer. De ilegger konsekvensutredninger på forhold som kan påvirke helseutfallet for spesielt utsatte grupper som spesielt viktig, likevel påpeker de at en politikk som skal bidra til sunne levevaner må organiseres slik at den faktisk når alle. Her må det derfor tas hensyn til at ulike grupper kan ha forskjellige opplevelser av sin situasjon og behov. Her får helsetjenesten, helsestasjonene og skolehelsetjenesten en viktig rolle da de når store deler av befolkningen og i liten grad oppleves som stigmatiserende.

5.2.2 Stoltenbergregjeringen Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller

Stoltenbergregjeringen lanserte året etter de tiltrådte en nasjonal strategi for utjevning av sosiale helseforskjeller (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Da masterprosjektet har sosiale ulikheter som fokus vil det også være naturlig å ta med denne i tillegg til folkehelsemeldingene i oppgaven.

Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller definerer ikke begrepet helse i seg selv, men definerer sosiale helseforskjeller som «helseforskjeller som varierer systematisk med utdanningsnivå, yrkesgruppe eller inntektsnivå» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, s:12). Det er altså de med kort utdanning og lav inntekt som rammes hardest av de sosiale ulikhetene. Meldingen baserer seg dermed på sosiale ulikheter i helse som følge av sosioøkonomisk status, og presiserer at det er sosioøkonomisk status som i hovedsak påvirker helse, og ikke omvendt. I dette ligger beskrivelsen av fordeling av helsen som en gradient, selv om denne meldingen heller ikke bruker gradientperspektivet som begrep. Regjeringen beskriver at årsaken til at de overnevnte faktorene kan påvirker helseutfall er fordi økonomiske ressurser gir større helsefremmende muligheter innen boforhold, ernæring, aktivitetstilbud og forsikringer. Utdanning er her en av hoved- påvirkningsfaktorene. Utdanning har ofte, men ikke alltid direkte sammenheng med inntekt. Helse påvirkes ikke av utdanningens lengde, men heller fravær av utdanning og at dette indirekte kan medføre helseproblemer. Samtidig sikter de til sosiale forskjeller som et livsløpsperspektiv, som kan spores tilbake til oppvekstvilkår for flere tiår siden. Meldingen trekker også frem rettferdighetsprinsipper som et argument, fordi ulikhetene oppstår i et samfunn hvor man i utgangspunktet er opptatt av at alle skal ha like muligheter.

Det overordnede målet strategien lanserer er å redusere sosiale helseforskjeller, uten at noen grupper får dårligere helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, s:6). Dette skal de gjøre ved å redusere økonomiske forskjeller og jobbe for et inkluderende arbeidsliv og sunne arbeidsmiljøer. Videre vektlegger de et mål om trygge oppvekstvilkår og like muligheter til utvikling. Her satses det på å bedre levekår for de vanskeligst stilte, redusere sosiale forskjeller i helseatferd samt likeverdige helse og omsorgstjenester. For å nå disse målområdene må innsats rettes mot systematisk oversikt over utviklingen for å øke kunnskapen om årsaker og effektive tiltak, samt en anerkjennelse av at alle samfunnssektorer tar ansvar. Strategien bygger dermed på universalisme og har som nevnt i sin problemforståelse lagt gradientperspektivet til grunn. Dette er da også grunnlaget for utjevningspolitikken. Meldingen peker samtidig på at problemet er størst for de nederst på gradientstigen. Meldingen argumenterer derfor videre for at det må settes inn spesielle tiltak for å løfte denne gruppen opp. Dermed åpner meldingen opp for å supplere de universelle tiltakene med målrettede tiltak. Regjeringen anerkjenner altså enkeltmenneskets ansvar for egen helse, men gir felleskapet ansvaret for de systematiske forskjellene. «Så lenge de systematiske forskjellene i helse skyldes ulikheter i samfunnets ressursfordeling, er

felleskapets ansvar å påvirke denne fordelingen i en mer rettferdig retning» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, s:31)

Strategien viser til at det er sosiale forskjeller i helse blant voksne som er tydeligst, og mest studert. De sikter til at barn og unge i Norge har gjennomgående god helse, men at faktorer som påvirker helseutfall følger deg gjennom hele livsløpet. Ettersom de anerkjenner at sosiale helseforskjeller følger deg fra du blir født har de som ett av sine mål at alle barn, uavhengig av foreldrenes utdanning og økonomi, skal ha like muligheter til utvikling. Under dette ligger full barnehagedekning, tidlig identifisering av barn i risikogrupper, god skolehelsetjeneste og forebygging av frafall på skolen. Her er ansettelse av mer personell i skolehelsetjenesten for identifisering av de barna som er i risikogruppen en av de konkrete tiltakene strategien foreslår. De trekker videre frem en mer rettferdig inntektsutjevning som vil påvirke sosiale helseforskjeller direkte. Strategien viser til at ulikhetene i inntekt i Norge har økt, og at det da hovedsakelig er de som i utgangspunktet tjente mest, som tjener enda mer. De vil videreutvikle skattesystemet for å det også skal kunne bidra til denne utjevningen. I tillegg er tiltak mot arbeidsledighet viktig. Arbeidsmiljøroven gjør at myndighetene plikter å følge opp denne for å bidra til mindre helseforskjeller i arbeidsforhold, og gi alle mulighet til å delta i arbeidslivet.

Meldingen har videre som mål å etablere systematisk oversikt over utviklingen på sosiale helseforskjeller. Dette skal gjøres med hjelp av et rapporteringssystem med årlig rapportering utgitt av Sosial og Helsedirektoratet. I tillegg skal det utføres helsekonsekvensutredninger nasjonal og lokalt for å synliggjøre behovet for tverrsektorielt samarbeid da politikken i alle samfunnssektorer kan ha konsekvenser for helse. Meldingen påpeker at kunnskapsbehovet på dette området er stort og legger opp til at helseovervåkning vil kunne gi kunnskap om omfang og utvikling av helseforskjellene. Meldingen ønsker også å videreutvikle og evaluere ordningen med grønn resept. Evaluering av ordningen viser at det trengs fagkompetanse utenfor legekantorene som legene kan henvise til i utgivelsen av grønne resepter for livsstilsendring som kosthold og fysisk aktivitet. Med dette har også denne meldingen som mål å redusere sosiale forskjeller i helseatferd. Levevaner og livsstil trekkes frem som viktig for helseutvikling, med forklaringen om at dette er en konsekvens av samfunnsskape og sosiale strukturer. Regjeringen ønsker derfor å endre disse strukturelle årsakene til negativ helseatferd. Dette ved å gjøre sunne alternativer mer tilgjengelige i kombinasjon med helseopplysning.

5.2.3 Stoltenbergregjeringen *God helse, felles ansvar*

I etterkant av stortingsmeldingen *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale ulikheter* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007), kom samme regjering ut med folkehelsemeldingen *God helse, feller ansvar* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Dette ti år etter den forrige folkehelsemeldingen fra Bondevikregjeringen. *God helse, felles ansvar* sikter til samarbeid i alle sektorer for å forebygge sykdom og fremme helse. Dette vil, som navnet på meldingen tilsier, være et felles ansvar, så vel som et ansvar hos hver enkelt av oss i befolkningen.

Meldingen virker å basere seg på samme definisjon av helse som *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007) og skriver at «god helse innebærer å mestre hverdagens krav» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s: 8). Videre defineres sosiale helseforskjeller som «forhold i samfunnet som påvirker helse og fordeling av helse i befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s: 11) De beskriver at «befolkningens helse er et felles ansvar. Alle har et ansvar for å utvikle et samfunn som fremmer helse og hver enkelt har et ansvar for egen helse» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s: 9), Meldingen tar også opp at helse er en menneskerett og at det i dette ligger både retten til å beskyttes mot sykdom, og retten til behandling når sykdom inntreffer.

Årsakene til sosiale ulikheter i helse beskrives å henge sammen med forskjeller i levekår, inntekt og velferdsutvikling i samfunnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s: 51). Dette viser til en forståelse av forskjeller i sosioøkonomisk status som en tydelig bakenforliggende årsak til helseforskjeller. Denne sammenhengen berører alle samfunnslag gradvis og kontinuerlig gjennom hele befolkningen. Med unntak av noen spesielt utsatte grupper er det ellers ingen grense ved inntekt og utdanning som gir betydelig bedring i helse. Meldingen baserer seg dermed på at det er tydelig sammenheng mellom økonomiske og sosiale ressurser, og helse. Her beskriver meldingen den sosiale gradienten og viser til sammenhengen mellom helse og inntekt i hele det sosiale hierarkiet. Gradientperspektivet nevnes likevel ikke eksplisitt i teksten. Meldingen legger i likhet med *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007) frem inntektsutjevning og reduserte forskjeller i utdanning som en av de viktigste tiltakene til helseutjevning.

Befolkningens helse fremheves som en av samfunnets viktigste ressurser, derfor er god helse i befolkningen, og mindre sosiale helseforskjeller et mål for norske myndigheter. Meldingen

beskriver viktigheten av «forståelse av hvordan forhold på de fleste områder i samfunnet påvirker folkehelsen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s:15). Her vises det til hvordan helseaspektet berører flere politikkområdet, og er et viktig bidrag for et verdig liv for den enkelte og en bærekraftig utvikling for samfunnet. Ut i fra dette, sammen med *Nasjonale strategier for å utjevne sosiale helseforskjeller* samt Folkehelseloven presenteres tre nasjonale mål. Målene er først at Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder. Videre at befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller. Til slutt at vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s:10).

Dahlgren og Whitehead sin helsemodell (1991) brukes i forklaringen av påvirkningsfaktorer for helse. Den brukes som illustrasjon på at helseutfallet ikke kun kan forklares med livsstilsvalg og arvelige betingelser, men at et av hovedprioriteringene er å videreutvikle universelle velferdsordninger og anerkjenner at tiltak må settes inn i alle lagene i modellen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s: 51). Her vektlegges viktigheten av å bevare en høy sysselsetting og bidra til liten lønnsbredning. I tillegg er sunne arbeidsmiljø, gode barnehage tilbud, grunnskole og høyere utdanning av god kvalitet noen av hovedsatsningsområdene. Videre er skattereform og rentekontroll også trukket frem som eksempler på utjevningstiltak.

Regjeringen vil legge til rette for muligheten til å foreta sunne valg i samfunnsutviklingen. Informasjons og holdningskampanjer er her en del av det forebyggende arbeidet. I tillegg kommer prisregulering og tilgjengelighet frem som konkrete tiltak. Oversikt over befolkningens helse og påvirkningsfaktorer er en forutsetning for planlegging og gjennomføring av tiltak. Regjeringen skal årlig rapportere til stortinget om status i arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller. Ny folkehelselov (Folkehelseloven, 2011) ga kommunene større ansvar i det forebyggende arbeidet, og ansvar for oversikt over status for folkehelsen i sin kommune. Her var etablering av folkehelseprofilene (Folkehelseinstituttet [FHI], 2013) et viktig bidrag til å styrke kunnskapsgrunnlaget for folkehelsearbeidet. Stoltenbergregjeringens folkehelsemelding representerer her myndighetenes oppfølging av Folkehelseloven. Loven legger altså de juridiske rammene, mens regjeringen presenterer foringene for hvordan loven skal gjennomføres. Blant foringene for utjevning av sosiale helseforskjeller ligger utvikling av mål og tiltak på tvers av sektorene, og vurdering av ny politikk på dette området. Samt å følge opp folkehelsepolitikken ved utviklingen av ny folkehelsemelding hvert fjerde år.

Stoltenbergregjeringen fremhever også kosthold, fysisk aktivitet, røyking og rusmiddelbruk samt overvekt som sentrale risikofaktorer i befolkningen. Her påpekes det manglende nødvendig data for å utarbeide gode tiltak på disse områdene. Likevel påpeker de behovet for en bærekraftig utvikling med lovpålagt ansvar for en politikkutforming som tar helseaspektet med i beregningen i alle sektorer og samfunnsutvikling

5.2.4 Solbergregjeringen *Mestring og muligheter*

Solbergregjeringen lanserte sin folkehelemelding *Mestring og muligheter* halvannet år etter at de tiltrådte (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). Solbergregjeringen bygger videre på å styrke samarbeidet for å fremme helse og trivsel på tvers av sektorer. Meldingen vil utvikle en folkehelsepolitikk som skaper muligheter for hver enkelt i befolkningen til å ta ansvar for egen helse. Dette skal de gjøre ved å presentere strategier for å gjøre sunne valg lettere tilgjengelige.

Regjeringen beskriver helse som muligheten til å mestre livets utfordringer, og dermed som noe mer enn bare fravær av sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s: 9).

Meldingen definerer ikke hva sosiale ulikheter i helse er, men skriver at sosiale ulikheter i helse og levealder innebærer at befolkningens helsepotensial ikke utnyttes fullt ut og at leveår med god helse og høy livskvalitet går tapt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s:154). De antyder at det er sosioøkonomisk status som sier noe om disse helseforskjellene ved å trekke frem utdanning og inntekt som sterke helsedeterminanter. De viser altså til at de med høyest utdanning og inntekt har høyest levealder og anerkjenner at de sosiale ulikhetene i helse er betydelige. De skriver imidlertid videre at ulikhetene er i ferd med å flate ut.

Meldingen trekker frem psykiske plager som en utfordring innenfor folkehelse og legger stor vekt på dette i sin Folkehelsemelding. De anslår at hver fjerde person i den norske befolkningen lider av psykiske plager og lidelser, og legger dette frem under «nye innsatsområder i folkehelsearbeidet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s: 21). De vil med dette inkludere psykisk helse i folkehelsearbeidet og gi det likeverdig betydning og oppmerksomhet som andre satsningsområder. Regjeringen trekker videre frem en aldrende befolkning som «ny utfordring» og skriver at med høyere levealder, vil man få flere kronisk syke (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s 13). Inaktivitet beskrives å fremdeles gå i

negativ retning, og at den sittestillende atferden i befolkningen er bekymringsfull. Røyking trekkes frem som den viktigste årsaken til tidlig sykdom og død. Til gjengjeld beskriver de en positiv utvikling i kostholdet.

Solbergregjeringens bygger videre på enigheten om sosiale helseforskjeller som en utfordring og nødvendigheten av tverrpolitisk samarbeid. Regjeringen vil jobbe for et samfunn med små forskjeller og lite fattigdom. For å oppnå dette trekker de frem gode levekår og sosial inkludering som grunnleggende mål og presenterer «befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s: 14) som et av sine nasjonale mål.

Gradientperspektivet brukes i forståelsen av de sosiale helseforskjellene og det legges opp til tidlig innsats og universelle tiltak rettet mot hele befolkningen. Helse-årsaks modellen brukes aktivt i beskrivelsen av påvirkningsfaktorer for psykisk helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s: 24). De utdyper at mennesker med psykiske lidelser har økt forekomst av somatiske sykdom, og lever kortere enn befolkningen for øvrig. De påpeker videre at innvandrerbefolkningen har betydelig høyere forekomst av psykisk lidelser og at denne grupper ofte befinner seg i lavere sosioøkonomiske grupper, selv om det også her er store sosiale forskjeller. Det argumenteres dermed for nødvendigheten av å rette fokus mot forhold som påvirker befolkningens psykiske helse, samt identifisering av faktorer som fremmer mestring, utvikling og opplevelse av mening. Her trekkes betydningen av sosiale nettverk og sosial støtte frem. Dette kan skapes gjennom barnehager, skole, arbeidsplass og deltagelse i frivillige organisasjoner og nærmiljø.

Meldingen baserer seg på å bedre gjennomsnittshelsen, samt å redusere det sosiale helsegapet. For å klare det påpeker de behovet for å rette tiltak inn mot hele årsakskjeden. I dette legger de både tiltak direkte rettet mot livsstilsendring, som for eksempel fysisk aktivitet og røykevaner, samt tiltak rettet inn mot bakenforliggende faktorer som påvirker helse og livssituasjon. De legger dermed opp til en strategi med universelle tiltak supplert med tiltak mot spesielt utsatte grupper. For å oppnå målene skal de blant annet fokusere på å tilpasse forholdene for en mer helsevennlig livsstil. Her blir kosthold og fysisk aktivitet trukket frem som viktige målområder. I tillegg ilegges psykisk helse som nevnt fokus da god psykisk helse bidrar til mestringsevne som igjen forebygger livsstilssykdommer. Her beveger solbergregjering seg over flere av lagene i helse-årsaksmodellen. De har likevel et klart fokus på befolkningens levevaner, mestring og utvikling av sosiale og støttende nettverk.

Regjeringen vil altså gjøre sunne valg enkle og naturlige. Befolkningen skal få bedre og mer målrettet informasjon om sammenhengen mellom kosthold og helse, og det legges opp til samarbeid mellom alle sektorer for å tilrettelegge for fysisk aktivitet. Et samfunn som legger bedre til rette for gode helsevalg er en forutsetning for at den enkelte skal kunne ta mer ansvar for egen helse. Solbergregjeringen ønsker med dette å videreutvikle folkehelseprofilene da kommunene har gitt tilbakemelding på mangelfulle data når det gjelder helsefremmende faktorer og interne forskjeller innad i kommunen. Det er derfor inngått avtale med folkehelseinstituttet og statistisk sentralbyrå for å utvide tilgangen til helseinformasjon i befolkningen.

Solbergregjeringen la også frem perspektivmeldingen (Finansdepartementet, 2017) om hvordan de ser for seg at Norge vil utvikle seg fremover, og hvordan de skal møte denne utviklingen politisk. Meldingen begrunner økte ulikheter med globalisering og internasjonale trender. Den påpeker, i likhet med samme regjering sin folkehelsemelding at deltagelse i arbeidslivet er avgjørende for å unngå økte forskjeller fremover. I dette ligger både høy sysselsetting, men også tiltak for å få flere over fra trygd til arbeid. Regjeringen legger også frem god kvalitet i utdanning, gode skattesystemer og vellykket integrering av innvandrere som strategi for å unngå økte forskjeller i fremtiden.

5.2.5 Oppsummering

Bondevikregjeringen sin folkehelsemelding hadde fokus på helseatferd og livsstilssykdommer og la særlig vekt på å øke kunnskapsnivået på sosiale helseforskjeller. De påpekte forpliktelsene et demokratisk land har, til å påvirke forholdene som skaper sosial ulikhet i helse. Bondevikregjeringen la til grunn at arbeidet med utjevning av sosiale ulikheter må være langsiktig og anerkjente med dette statens ansvar for å skape forhold som fører til god helse (Helsedepartementet, 2003; Strand et al. 2009). Meldingen hadde tiltak rettet mot livsstilsendring som et satsningsområde og ville sikre at arbeidet som ble satt inn for å bedre livsstilen også ble vurdert med hensyn til dens innvirkning på sosial ulikhet i helse. I tillegg anså den tiltak rettet mot fattige og vanskeligstilte som en av hovedutfordringene og hadde med dette målrettede tiltak som hovedstrategi for å løfte den delen av befolkningen med dårligst helse. Selv om denne stortingsmeldingen ikke satte sosiale ulikheter høyt på agendaen anerkjente den utfordringen, og var viktig i startprosessen med dette arbeidet.

Under Stoltenbergregjeringen ble innsatsen trappet opp og de la i 2007 frem sin strategi for å redusere ulikhet i helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007) Dens hovedmål var å kombinere universelle tiltak med generelle velferdsordninger for å nå de mest sårbare i befolkningen. Meldingen sa at folkehelsearbeidet derfor i hovedsak ikke måtte rettes mot de som allerede innehar god helse, men løfte befolkningen med dårligere helse opp på samme nivå. Den baserte seg dermed på en helhetlig politikk hvor målet var en mer rettferdig fordeling av helse. Meldingen viste at sosiale ulikhet i helse fortsatt eksisterer og at gapet blir større på noen områder. Videre at det var tverrpolitisk enighet om at det var grunn til bekymring, og at alle måtte bidra i utjevningsarbeidet. Med denne meldingen forpliktet altså norske myndigheter seg til å jobbe mot et samfunn med like muligheter for god helse og anerkjente at samfunnet i større grad måtte ta ansvar for befolkningens helse (Solar & Irwin, 2007; Strand et al. 2009). Stoltenbergregjeringen sin folkehelsemelding *God helse, felles ansvar* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) bygget videre på den nasjonale strategien og har mange likhetstrekk i sin politikkutforming. Den skriver at sosiale helseforskjeller er knyttet til hvilke oppvekstsvilkår vi blir født inn i, og videre hvilke forhold vi lever under. Meldinger trekker frem velferdsutvikling som sterk påvirkningsfaktor og bygger derfor på å tilrettelegge samfunnsutviklingen slik at befolkningen har gode betingelser for helse. Her legges det spesielt vekt på ansvaret vi har for den yngre delen av befolkningen. Oppsummert hadde Stoltenbergregjeringen fokus på samfunnsmessige strukturer og bakenforliggende årsaker til sosiale helseforskjeller.

Solbergregjeringen fokuserte på helseatferd og innsats på psykisk helse i sin folkehelsemelding og har dermed tatt et viktig steg i å likestille psykisk helse med fysisk helse i folkehelsearbeidet. Videre fokuserer de på å legge til rette for sunne valg og livsstilsendring. I dette ligger tilrettelegging for muligheter som gjør valg og utfordringer i livet enklere å mestre. Dette sier de også vil forebygge helseutfordringer på samfunnsnivå når befolkningen stadig blir eldre. Med god helseatferd og tilgang til sunne valg vil befolkningen kunne inneha god helse lengre, og mestre de utfordringer de vil møte underveis. De vektlegger behovet for samarbeid på tvers av sektorer, og ønsker å videreutvikle samarbeidet med kommunene og kunnskapsformidlingen om befolkningens helse.

Alle regjeringene sammenligner situasjoner og utviklinger vi ser i Norge med andre land. Enten mot hele verden, eller andre vestlige land som bygger på noen av de samme modellene. Stort sett skrives det at Norge kommer godt ut i slike sammenligninger. Likevel anerkjennes det at ut i fra vårt velferdssystem og de mulighetene vi har med våre ressurser, at ulikhetene i helse i Norge er for store.

5.2.5.1 Skjematisk fremstilling av meldingene, med definisjoner.

Kort oversikt over de ulike regjeringers ledere, periode og definering av begreper brukt i oppgaven:

	Bondevikregjeringen	Stoltenbergregjeringen		Solbergregjeringen
<i>Navn:</i>	St.meld.nr.16 Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.	St.meld. nr.20. Nasjonal Strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller	Meld. St. 34 Folkehelsemeldingen. God helse- felles ansvar	Meld. St. 19 Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter
<i>Pub. år:</i>	2002-2003	2006-2007	2012-2013	2014-2015
<i>Regjering:</i>	Kjell Magne Bondeviks andre regjering (Krf, H, V)	Jens Stoltenbergs andre regjering (Ap, SV, Sp)	Jens Stoltenbergs andre regjering (Ap, SV, Sp)	Erna Solbergs regjering (H, FrP)
<i>Mål</i>	Flere leveår med god helse i befolkningen som helhet. Redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn. Et sunnere Norge. (s.24).	Det overordnede målet for denne strategien er å: redusere sosiale helseforskjeller, uten at noen grupper får dårligere helse (s:6)	-Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder -befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller. -vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen (s:10).	– Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder. – Befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helse- forskjeller. – Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen (s:14)
<i>Helse</i>	Ingen definisjon	Ingen definisjon	helse innebærer ikke bare fravær av sykdom, men også overskudd, trivsel og velvære (s:10).	Helse er ikke bare fravær av sykdom, men handler også om å mestre livets utfordringer (s:9).
<i>Folkehelse arbeid</i>	Økt overskudd til å mestre hverdagens krav. Innebærer å svekke det som medfører helseisriko, og styrke det som bidrar til bedre helse. (s:6) Folkehelsearbeid handler om å satse i forhold til den fysiske helsen, blant annet gjennom påvirkning av levevaner og leveår (s:10).	arbeide for en jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen. (s:5)	Forståelse av hvordan forhold på de fleste områder i samfunnet påvirker folkehelsen (s:15).	Folkehelsearbeid handler både om å fremme livskvalitet og trivsel, gjennom deltakelse i sosialt felleskap som gir tilhørighet og opplevelse av mest- ring, og om å redusere risiko for sykdom, funksjonsnedsettelse psykiske og sosiale problemer (s:9).
<i>Sosiale ulikheter</i>	Ingen definisjon	Helseforskjeller som varierer systematisk med utdanningsnivå, yrkesgruppe eller inntektsnivå (s:12).	forhold i samfunnet som påvirker helse og fordeling av helse i befolkningen (s:11).	Ingen definisjon.

Fig.3 Skjematisk oppsummering av folkehelsemeldingene.

5.2.5.2 Graf av søkeresultat

Kategorier brukt i søkemotoren til dokumentene registrerer også antall treff. Dette avdekker i liten grad innholdet i dokumentene og hvordan diskursene beskrives og brukes, som jeg har vært ute etter i analysen. Jeg ble likevel nysgjerrig på i hvor stor grad sosiale helseforskjeller nevnes og om dette på noen som helst måte kunne gjenspeile fokus på området. Søkeresultat fremstilt med graf på neste side:

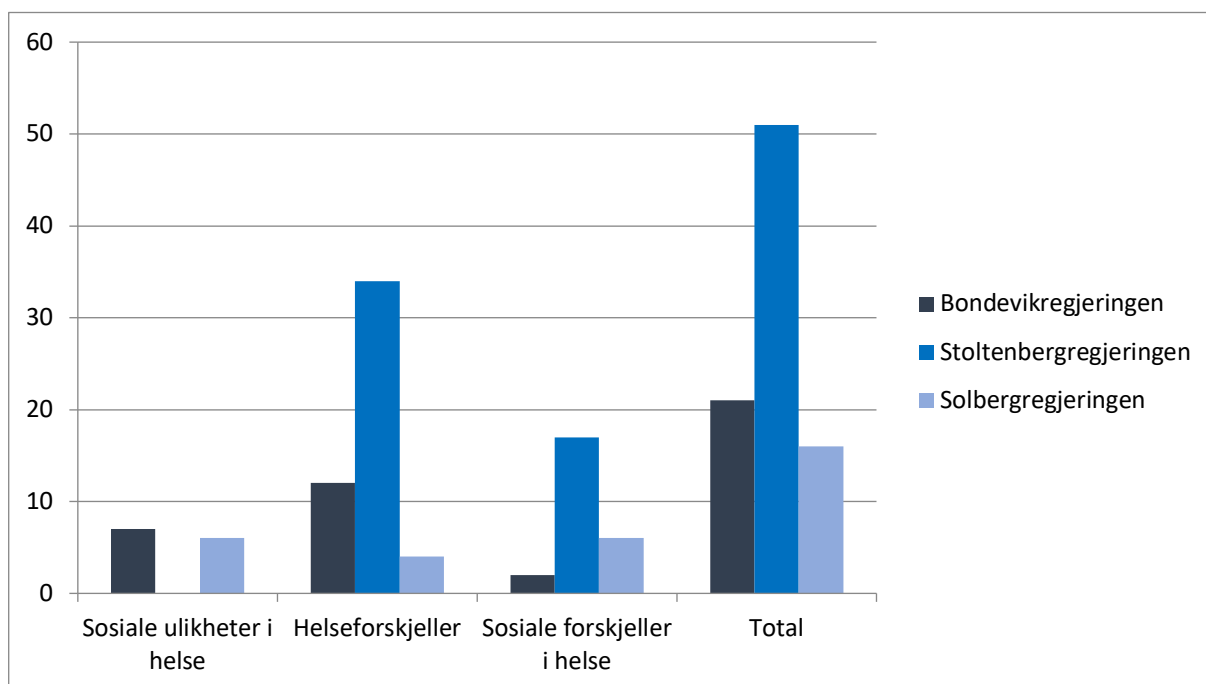


Fig 4. Illustrasjon av treff på søkeordene «sosiale ulikheter i helse, helseforskjeller og sosiale forskjeller i helse» i de tre regjeringenes folkehelsemeldinger. Totalt treff viser søkeordene samlet. *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* er ikke tatt med da den hadde markant flere treff, noe som er naturlig da den er utarbeidet med sosiale helseforskjeller som hovedtema. Dette sier lite om hvilken betydning begrepene illegges, men kan gi et bilde på hvor stor vekt begrepet er ilagt de ulike meldingene.

6.0 Diskusjonsdel

I denne delen vil funnene fra analysen diskuteres. Både hvordan meldingene kan sees i lys av hverandre og opp mot det teoretiske rammeverket. I første del vil det diskuteres hvor meldingene viser en kontinuitet med tanke på felles diskursforståelser og i hvilken grad dette samsvarer med teorien. I andre del vil det belyses hvor de tre regjeringene synes å ha en diskontinuitet i sin problemforståelse og politikkutforming. Diskusjonen blir å se på hvor folkehelsemeldingene forener eller bryter med hverandre. Både innenfor samme regjering, men også på tvers av regjeringene. Til slutt vil kapittetet avrundes med noen avsluttende betraktninger.

6.1 Kontinuitet og felles forståelse

Skal man jobbe for et samfunn med jevnere fordeling av helse og samarbeid på tvers av sektorer er et av de første skrittene på veien at man anerkjenner problemet, samler kunnskap og etablerer en felles forståelse av hva sosiale ulikheter i helse er (Mackenback, 2013). Her vil det diskuteres hvor de tre siste regjeringene viser en kontinuitet i arbeidet mot å utjevne sosiale helseforskjeller. Videre hvilken felles diskursiv praksis som ligger til grunn i politikkutformingen, hvor de enten bygger på hverandre sin politikk, eller overlapper. Derfor ligger interessen i å se på i hvilke tilfeller regjeringene har en felles forståelse av begrepene helse, folkehelse og sosiale helseforskjeller, og hvor dette samsvarer med hvordan begrepene er redegjort for i oppgavens bakgrunnsdel. Til slutt vil jeg se på tilfeller hvor de enes om fordelingen av sosiale helseforskjeller og sterke påvirkningsfaktorer i dette arbeidet.

6.1.1. Felles begrepsforståelse

Som Lillefjell et al (2013) trekker frem er det viktig med felles språk og verdier i det tverrsektorielle arbeidet med folkehelsen. Her er hvor regjeringene enes om forståelsen av et fenomen eller begrep av interesse. De tre aktuelle regjeringenes forståelse av helsebegrepet har noen fellestrekk.

Bondevikregjeringen presenterer som nevnt WHO sin definisjon på helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, sosialt og mentalt velvære, og ikke bare fravær av sykdom» (Helsedepartementet, 2003, s: 6). De tolker dette til at WHO trekker likhetstrekk mellom god helse og et godt liv. Meldingen vektlegger et ønske om god helse i befolkningen for å kunne leve et godt liv, og legger derfor god helse til grunn som en investering for et godt liv. Bondevikregjeringen definere ikke helse med egne ord, men baserer sin forståelse av helse ut fra WHO's definisjon. Deretter følger Stoltenbergregjeringen sin folkehelsemelding, som skriver at «god helse innebærer å mestre hverdagens krav» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s: 8). Denne folkehelsemeldingen baserer seg dermed på samme forståelse av helse som WHO i sitt arbeid, nemlig at god helse og livsmestring avhenger av hverandre. Videre skriver Solbergregjeringen at helse ikke bare er fravær av sykdom, men også muligheten til å mestre livets utfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s: 9). Dette baserer seg på WHO's forståelse av helse som noe mer enn fravær av sykdom, og signaliserer at god helse innebærer å ha ressurser og overskudd til å ivareta egen helse og opplevelse av mestring til tross for utfordringer man måtte møte i livet.

Alle meldingene er ikke like tydelige i sin definisjon av helsebegrepet. Det kan se ut til å være nyansforskjeller i definisjonene med tanke på om god helse og gode liv avhenger av hverandre, eller om god helse er en forutsetning for å kunne leve et godt liv. Folkehelsemeldingene virker likevel å ha en felles diskursforståelse om helse som noe mer enn fravær av sykdom. Nemlig at helse handler om muligheten til sunne, verdige liv med overskudd, mestring og trivsel.

Definisjonene, illustrert i Fig 3 under oppsummering av folkehelsemeldingene, viser at samtlige regjeringer har til hensikt å legge fokus i folkehelsearbeidet på tilrettelegging av en samfunnsstruktur som bidrar til god helse i befolkningen. De anerkjenner dermed et politisk ansvar i å påvirke de faktorer som kan bidra til å styrke forutsetningene for dette. Likevel har de tilsynelatende noe ulik tilnærming til hvor innsatsen skal vektlegges, noe som vil diskuteres nærmere i neste kapittel.

Samtlige regjeringer har som nasjonalt mål, eller som en del av sine nasjonale mål å redusere sosiale helseforskjeller i befolkningen (Helsedepartementet, 2003, s: 24; Helse- og omsorgsdepartementet 2007, s: 6; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s: 10; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s: 14). Solbergregjeringen viderefører de samme nasjonale målene presentert i Stoltenbergregjeringen sin folkehelsemelding og de tar begge med seg

ordlyden fra Bondevikregjeringen med mål om god helse i befolkningen, med flere leveår. Selv om formuleringene er noe endret har det vært enighet om økt levealder med god helse og reduserte sosiale forskjeller som overordnede mål for norske myndigheter siden den første folkehelsemeldingen ble lansert i 2003.

Stoltenbergregjeringen er den eneste regjeringen som definerer begrepet sosiale helseforskjeller, likevel er begrepsforståelsene brukt i alle folkehelsemeldingene gjort lite rede for og det kan derfor virke noe «svevende» hva som menes med sosiale helseforskjeller, risiko og hvordan grupper i samfunnet er definert. Samtlige regjeringer påpeker behovet for fokus på sosiale ulikheter i helse, og at dette krever samarbeid på tvers av sektorene. Meldingene sier likevel ikke noe om hvor mye de sosiale ulikhetene skal reduseres, men virker å anerkjenne verdien av god helse i befolkningen og samfunnsmessige fordeler ved dette. Helsefremmende perspektiv kan forstås på denne måten, da samfunnet legger opp muligheten for at mennesker selv skal ta gode valg, fremfor å bidra først når sykdom inntreffer (Naidoo & Wills 2009). At samfunnet må legge til rette for å fremme befolkningens helse vikes det altså ikke fra hos noen av regjeringsgruppene. Heller ikke at sosiale helseforskjeller er en utfordring som krever samarbeid på tvers av instanser i samfunnet, og at dette avhenger av en bevissthet rundt helseaspektet ved politikkutforming. Dette samsvarer med en universell tilnærming og behovet for tverrsektorielt samarbeid som presentert i teoridelen.

6.1.2 Fordeling av helse i befolkningen

Handlingsplanen på sosiale ulikheter i helse *Gradientutfordringen* presenterte en billedlig fremstilling på utfordringen ved å vise at forbindelsen mellom sosioøkonomisk status og helse påvirker alle nivåer i samfunnet, og danner en gradient (Helsedirektoratet, 2009).

Handlingsplanen går aktivt inn for å implementere tiltakene i alle samfunnslag da den påpeker den kontinuerlige økningen i helseproblemer ved synkende sosioøkonomisk status gjennom hele befolkningen. Solbergregjeringen er den første regjeringen som bruker begrepet og viser til gradientutfordringen i sin forklaring av fordelingen av sosiale helseforskjeller «de sosiale ulikhetene i helse beskrives som en gradientutfordring, det vil si at ulikhetene i helse er tilstede gjennom hele utdannings- og innteksthierarkiet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s:15). Stoltenbergregjeringen benytter seg ikke av gradientutfordringen som begrep, men beskriver fordelingen på samme måte «Sosiale forskjeller i helse løper stort sett gjennom hele det sosiale hierarkiet som trappetrinn med gradvis økende forskjeller [...] Grupper med

lengst utdanning og høyest inntekt har litt bedre helse enn grupper med litt kortere utdanning og litt lavere inntekt» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s: 25). Gradientutfordringen var som nevnt ikke lansert da Bondevikregjeringen kom med sin folkehelsemelding. De forklarer ikke fordelingen av sosiale ulikheter i helse like tydelig, men skriver at det «gjennomgående er slik at grupper med høyere sosial posisjon har høyere forventet levealder enn grupper med lavere sosial posisjon» (Helsedepartementet, 2003, s: 12). Alle regjeringene fremhever utdanning, inntekt og høy sysselsetting med inkluderende arbeidsliv som sterke påvirkningsfaktorer til helseutfall. Dette signaliserer at sosioøkonomisk status også har sterk innvirkning på helse, ikke bare forskjellene i helse. Utdanning påvirker, som beskrevet i teoridelen, helseutfall og er et klart bilde på grupperinger i samfunnet og helserisiko. Utdanning har likevel ingen direkte årsakssammenheng til helseutfallet den enkelte vil oppleve, som for eksempel sykdommer som rammer tilfeldig. Utdanning og inntekt er viktige determinanter på helse som alle regjeringene påpeker. Samtlige regjeringer viser også til at innsats rettet mot barn og unge er viktig både i forebyggende helsearbeid og utjevning av helsegapet i befolkningen. Som positive påvirkningsfaktorer trekkes trygge nærmiljø og høy grad av forutsigbare liv med opplevelse av mening frem. Dette krever universelle tilnærminger til større befolkningsgrupper, og viser igjen til en diskursforståelse av sosiale ulikheter som en utfordring som krever tidlig innsats og universelle løsninger.

Unge, eldre og minoriteter er hos alle anerkjent som grupper utsatt for økt helserisiko selv om det påpekes at disse også strekker seg over alle samfunnslag i befolkningen. Samtlige regjeringer trekker frem tiltak mot spesielt utsatte grupper som viktig, selv om de spriker noe i prioritering på dette satsningsområdet. Alle regjeringene anerkjenner også helseatferd og livsstilsvalg som viktige påvirkningsfaktorer og har, om noe ulike, tiltak rettet inn mot dette. Det er spesielt kosthold, fysisk aktivitet og røyking som hos alle er trukket frem som risikoområder med behov for tiltak. Her viser alle til målrettede tiltak og innsats mot den delen av befolkningen som er ansett for å være i størst risiko for negativt helseutfall.

6.1.3 Oversikt over helsen i befolkningen

WHOs gjennomgang av sosiale determinanter i Europa (2013) kom frem til at det er utviklet flere tiltak mot sårbare grupper som tradisjonelt sett er forbundet med sosiale ulikheter i helse. WHO sikter videre til at alle de skandinaviske landene har gitt kommunene en relativt høy grad av frihet til å gjennomføre egen folkehelsepolitikk. Dette kan skape lokale forskjeller, men kan også gi et grunnlag for sammenligning (WHO, 2013). Folkehelseprofiler og

kategorisering skaper sammenlignbare «bilder» av ulikhetene som har politisk relevans, men representerer ikke nødvendigvis de ulikhetene som berører enkeltmennesket i befolkningen (Beck & Brauch 2014). Det påpekes derfor at det er et skille mellom virkeligheten av sosiale ulikheter og de sosiale ulikhetene som politisk problem.

Samtlige regjeringer vektlegger nødvendigheten av oversikt over helsen i befolkningen for å kunne identifisere tiltaksområder og prioritere innsatsstyrken. Bondevikregjeringen ønsket å bruke undersøkelser og registreringsprogrammer for å samle kunnskap. Dette ved å utvikle helseprofiler, samt nasjonale helseundersøkelser, kalt helseovervåkning.

Stoltenbergregjeringen bygget videre på denne utviklingen av helseoversikter og ga hver kommune ansvar for utvikling av folkehelseprofiler (FHI, 2013) for status i sin kommune. Videre ble det besluttet å samle denne kunnskapen og videreformidle den til stortinget hvert 4. år i form av folkehelsemeldinger. Solbergregjeringen ønsker å videreutvikle disse profilene i samarbeid med Folkehelseinstituttet og Statistisk sentralbyrå for å utvide tilgangen til helseinformasjon i befolkningen. Behovet for ny og oppdatert kunnskap om befolkningens helse og de sosiale forskjellene i helse er vedvarende, og er et forskningsområde samtlige regjeringer vil styrke. Tematikken rundt oversikt i befolkningens helse har endret noe ordlyd fra «helseovervåkning» (Helsedepartementet, 2003; Helse- og omsorgsdepartementet, 2007) til «beskrivende profiler» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). «Overvåkning» virker noe mer invaderende enn «beskrivende profiler». Likevel synes det å være enighet bak hensikten med slik helseovervåkning og beskrivende profiler, og at den praktiske betydningen for befolkningen heller er at kunnskap på området er mer tilgjengelig.

Dette delkapittelet har beskrevet i hvilke tilfeller regjeringene og folkehelsemeldingene opererer med felles diskursforståelse i sin omtale av temaet helse, folkehelse og sosiale helseforskjeller. Hvordan helsen fordeler seg i befolkningen beskrives både eksplisitt og implisitt som en gradient av samtlige regjeringer. Det er skissert at alle folkehelsemeldingene fokuserer på viktigheten av oversikt over helsen i befolkningen for å kunne arbeide med å adressere hvor utfordringene ligger, og dermed kan få fokus i politikktutforming.

6.2 Diskontinuitet og diskursive kamper

Her vil jeg diskutere inkonsistens og uklarheter i meldingene, og hvor det synes å være dilemma mellom visjon og tiltak. Det være seg i politikktutformingene innad i et regjeringsdokument, eller mellom regjeringsgruppene. Det vil også bli diskutert i hvilke tilfeller politikktutformingene ikke samsvarer med det teoretiske rammeverket for oppgaven.

Som vist til innledningsvis i oppgaven argumenterer Lessa (2006) for at det må være fokus på diskurser i forskningspraksisen, siden effekten av diskursene er sentrale i utformingen av samfunnet. Med diskursteori som bakgrunn vil det først diskuteres hvilken begrepsform regjeringene bruker og hvordan dette kan sette diskursive føringer. Videre vil fordeling av helsedeterminanter, og hvor de forskjellige regjeringsgruppene beveger seg på helseårsaksmodellen bli diskutert. Klasseinndeling og identifisering av utsatte grupper vil så bli diskutert før ansvarsdiskursen og sosiale konsekvenser drøftes.

6.2.1 Begrepsbruk og diskursive føringer

Diedricksen et al. (2015) fant at definisjon på hva sosiale ulikheter i helse er, og hvordan forskjellene kan endres har stor innvirkning på hva som prioriteres og hvordan tiltak iverksettes. Her vil det diskuteres hvilken språkform som brukes i meldingene, og hvordan omtalen av sosiale helseforskjeller kan legge føringer for inntrykket av sosiale helseforskjeller som et problem.

Samtlige folkehelsemeldinger bærer preg av å benytte seg av formuleringer som det er vanskelig å ikke enes om. «Rettferdig fordeling» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, s: 5; Helse- og omsorgsdepartementet 2013, s: 52). «helhetlig helsepolitikk» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s:180; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s:13) «bidra til økt kunnskap» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, s:83) «skape gode forutsetninger» (Helsedepartementet, 2003, s: 8) er alle velmenende fraser og viser til gode intensjoner i seg selv, men sier ikke like mye om den politiske praksisen som kreves. Alle meldingene favner dermed bredt, men blir noe utydelig i definisjon av begreper og kunnskapsgrunnlaget for tiltaksforslag.

Bondevikregjeringen har «et sunnere Norge» som overordnet mål da meldingen bærer dette navnet. Meldingen bruker begrepet «den store helsepolitikken» innledningsvis (Helsedepartementet, 2003, s: 5) og viser til en forståelse av at dette krever politisk fokus og ressurser for å favne bredt. Med det sier de at folkehelse gjelder hele befolkningen.

Bondevikregjeringen tar tak i utfordringen med sosiale ulikheter i helse. De anerkjenner at det er et samfunnsansvar, og viser et ønske om å løfte tiltakene ut av helsevesenet. «Mulighetene helsetjenesten har for å hente gevinst ut av forebyggende arbeid er så langt ikke utnyttet godt nok. På mange områder kan det forebygges mer for å reparere mindre» (Helsedepartementet, 2003, s: 89). Likevel har noen av hovedsatsningsområdene til regjeringen en mer individrettet praksis. De tok initiativet til «grønne resepter» for å øke fokus på livsstilsendring og bevisstheten rundt dette, både i helsevesenet, politikktutforming og befolkningen for øvrig. Tiltaket med utskrivelsen av grønne resepter ble lagt til fastlegene, og de klarer dermed ikke helt å løfte innsatsen til utjevning av sosiale ulikheter ut av helsetjenesten. Her kan det derfor virke noe uklart hvilke determinanter og årsaksfaktorer som legges til grunn for tiltak.

Stoltenbergregjeringen navngir sin folkehelsemelding *God helse, felles ansvar*, som også er begreper meldingen baserer seg på og bruker aktivt i politikktutforming. God helse handler om å mestre livet og felles ansvar handler om hvordan samfunnet struktureres for å skape disse mulighetene til å mestre. Stoltenbergregjeringen er den som bruker begreper som omhandler sosiale helseforskjeller mest i sin folkehelsemelding, illustrert i delkapittel: Graf av søkeresultat, Fig 4. Dette samsvarer med dokumentanalysen og innholdet i dokumentene. Regjeringen varslar at «gjennomsnittstallene skjuler store, systematiske forskjeller» og «at helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper i befolkningen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, s: 5). De beskriver satsningsområdene sine innenfor forebygging og helsefremmende arbeid som helhetlige tilnærminger for å redusere negativ utvikling. Begrepene favner bredt, noe også tiltakene gjør. De skal blant annet både «bygge» og «utvikle» kunnskap. «Informasjonstiltak må inngå i en helhetlig strategi for å støtte opp under andre tiltak» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s: 80). Også her kan det virke noe uklart hva som menes med helhetlig strategi eller hvordan kunnskap og informasjon skal bygges eller utvikles.

Solbergregjeringen ønsker å «skape muligheter» ved å «fremme mestring», altså å gi livsstilsendring en mer positiv vinkling. Med dette vil de også skape et samfunn som fremmer psykisk helse. Fokus på tilgangen til helsevennlige valg og styrking av sosiale sikkerhetsnett er innsatsområder på dette området. Solbergregjeringen skriver at Norge skal være et land

med små forskjeller og lite fattigdom, men nevner ikke utjevning av sosiale helseforskjeller like hyppig som de tidligere regjeringene, som Fig. 4 også viser til. De ilegger med andre ord ikke temaet sosiale helseforskjeller like mye plass i sin folkehelsemelding. De er også, som beskrevet i kapittel 5.0; Presentasjon av data, den første regjeringen som signaliserer at sosiale ulikhetene i helse er i ferd med å flate ut, uten å forklare hvor denne påstanden kommer fra. De anerkjenner likevel at helsegapet fortsatt er stort, da høy utdanning og inntekt har ført til økt levealder for de med høyest sosioøkonomisk status. Videre påpekes bekymringsfulle utviklingstrekk i andelen av befolkningen med psykiske lidelser, dette gjelder spesielt barn og unge, samt innvandrere. «Deler av innvandrerbefolkningen har høyere forekomst av psykiske lidelser enn befolkningen for øvrig. Personer med psykiske lidelser har høyere forekomst av somatiske sykdommer og lever kortere enn andre» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s:42). Det påpekes at det er store sosioøkonomiske forskjeller i helse mellom innvandrergrupper. Likevel kan sosioøkonomisk status være et resultat av å være innvandrer og det viser seg at innvandrere sett under ett har en raskere forverring av helse gjennom livet enn befolkningen for øvrig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). I perspektivmeldingen skriver Solbergregjeringen at «stor arbeidsinnvandring har bidratt til å holde lønnsveksten i enkelte sektorer, som bygg, nede. Det har trolig bidratt til økt ulikhet også i Norge» (Finansdepartementet, 2017, s: 133). Meldingen påpeker videre at det derfor er særlig viktig at flest mulig får muligheten til å delta i arbeidslivet, med gode arbeidsforhold, for å unngå større forskjeller. I dette ligger å finne løsninger for lavt utdannede, helsemessige eller språkmessige utfordringer slik at denne gruppen også kan sysselsettes (Finansdepartementet, 2017). Her kan det virke som om regjeringen går noe bort fra uttalelsen om at de sosiale ulikhetene er i ferd med å flate ut, og heller beskriver utfordringen som i fare for å øke om ikke tiltak settes inn. Det skrives ikke eksplisitt, men kan gi inntrykk av en oppfattelse av at økt arbeidsinnvandring er årsaken til at de sosiale helseforskjellene ikke er ytterligere redusert.

Bondevikregjeringen skriver at de «ønsker» å sette et sterkere fokus på forskjeller i helseproblemer. De «ønsker» å forebygge mer og reparere mindre, og legger opp til at helsevesenet i større grad skal «forsøke» å påvirke livsstil. Dette fordi sosiale ulikheter følger tydelige sosiale mønstre, noe som gjør at et demokratisk samfunn «bør» forsøke å påvirke de strukturelle faktorene som påvirker disse forskjellene (Helsedepartementet, 2003). Denne språkformen endrer noe praksis i de to neste regjeringsgruppene. Stoltenberg- og Solbergregjeringen bruker sterkere retorikk i sin målformulering og skriver at Norge «skal» være blant de tre landene i verden som har høyest levealder. Befolkningen «skal» oppleve

flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller, og vi «skal» skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Her har språkformen i folkehelsemeldingene endret noe praksis. Dette tyder på en annerkjennelse av at ansvarsområdet ikke er et ønske, men et krav. Å gå fra «regjeringen bør» til «regjeringen skal» gir en lovnad om endring og signaliserer tydeligere hvilke forventninger man kan sette seg til gjennomføring av tiltak.

Her kan diskursene brukes som verktøy. Ved å bruke språket på nye måter vil man endre holdningen og dermed endre praksisen. For å endre eller etablere nye diskurser må man se på grunnlaget for en etablert diskurs, og bryte med noen av de konstruksjonene for å utvikle nye diskurser (Lessa, 2006). Som beskrevet i diskursanalysen vil det kunne være noe lettere å forandre de diskursene som differensierer enn de som forener hos de tre regjeringsgruppene. Ut i fra definisjonene på folkehelse som regjeringene opererer med gis det inntrykk av at det er et perspektivskifte fra Bondevikregjeringen sitt folkehelsefokus rettet mot den fysiske helsen og påvirkning av levevaner, til en bredere folkehelseforståelse hos Stoltenbergregjeringen som fokuserer på forståelsen av de bakenforliggende årsakene som kan skape en jevnere fordeling av helse. Hos Solbergregjeringen rettes oppmerksomheten mot sosiale faktorer og opplevelse av trivsel og felleskap. Oppfattelsen er likevel at de går noe tilbake til fokus på levevaner og helseatferd i sine tiltaksområder. Imidlertid er Solbergregjeringen den første regjering som løfter innsatsen på mental helse, og likestiller dette med den fysiske helsen. Regjeringene trekker frem ulike innsatsområder, og har som her diskutert, noe sprik i forståelsen av sosiale helseforskjeller som utfordring.

6.2.2 Fordeling av helsedeterminanter

Når helseutjevning er målet må prioriteringen i en determinantorientert strategi være å redusere den skjeve fordelingen av de determinantene som har størst innflytelse på helsen (Marmot et al. 2010). Innsats som rettes inn mot universelle tiltak baserer seg på å se befolkningen som en helhet og fokuserer på større samfunnsstrukturer, som for eksempel velferd. Innsats rettet inn mot enkeltindivider baserer seg på helsedeterminanter som påvirkes av personlige valg. Her skal det diskuteres hvilke helsedeterminanter som vektlegges hos de tre regjeringene, og fordeling på disse innsatsområdene.

Solar & Irwin (2007) påpeker at det er viktig å ikke blande de sosiale helsedeterminantene og de sosiale prosessene som skaper sosiale ulikheter. Dette er en av utfordringene ved å bruke helse-årsaksmodellen i arbeidet mot utjevning av sosiale helseforskjeller. Fordi i hvilken grad de ulike helsedeterminantene påvirker sosiale ulikhet i helse ikke er innregnet i modellen, kan disse prosessene ikke bli anerkjent. Modellen er utformet for å skjematisk fange skillet mellom helseutfall som kan påvirkes og ikke, men ikke for å skille hvor og i hvor stor grad ulikhetene oppstår. Dermed handler det å takle helseulikheter om å takle den ulike fordelingen av helsedeterminanter. Dette kommer også frem i strategidokumentet fra helsedirektoratet *Gradientutfordringen*. Her påpekes det at disse forskjellene trolig mest effektivt vil bli redusert gjennom sosial utjevningsspolitikk (Helsedirektoratet, 2009). Faktorer som former de sosiale lagene, og videre fordelingen av helsemuligheter er som tidligere nevnt hovedsakelig utenfor folks kollektive kontroll. Det kan da vise seg at de mest betydningsfulle tiltakene basert på helse-årsaksmodellens laginndeling vil være at intervensjoner og politikk for å redusere forskjeller i helse ikke må begrense seg til tilfeldige determinanter på de ulike inndelingene, men må basere seg på politikk som er utformet for å takle de underliggende strukturelle determinanter for helseforskjeller (Solar & Irwin, 2007; Marmot et al. 2010). Uklarheter her kan gi politiske antagelser om at ulikheter i helse kan bli redusert av bare å fokusere på de enkelte sosiale determinanter for helse. Utydelighet i disse sammenhengene kan dermed føre til villedelse i politiske valg. Opprettholdelsen av et skille krever mer enn presisjon i språk.

I Stortingsmeldingene beskrives i noen tilfeller sosiale faktorer som påvirker helse, og i andre tilfeller, sosiale faktorer som påvirker *ulikhet* i helse. Likevel kan dette skillet noen steder være litt uklart. De viktigste årsaksfaktorene i arbeidet mot sosiale forskjeller i helse er ikke nødvendigvis de samme som i folkehelsearbeidet mer generelt. Dette kan gjelde for eksempel alkohol og røyketiltak (Helsedirektoratet, 2009). Levevaner knyttet til røyking, mosjon og kosthold har vist seg å spille en viss rolle, men har trolig ingen dominerende effekt på de sosioøkonomiske helseulikheter (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Inaktivitet, kosthold og røyking har altså vært, og er, populære fokusområder for å bedre folks helse og utjevne helseulikheter hos alle regjeringene. Solbergregjeringen utdyper dette med å trekke frem fysisk aktivitet, ernæring, overvekt og bruk av tobakk som påvirkningsfaktorer for helsen, og hvordan bakenforliggende faktorer spiller inn i atferden:

«Skal vi redusere de sosiale forskjellene i helse er det behov for tiltak rettet inn mot hele årsakskjeden, fra tiltak som er rettet direkte mot bestemte livsstilsutfordringer (for eksempel

tobakk), til tiltak som er rettet mot bakenforliggende faktorer som påvirker livssituasjonen (gjør det vanskelig å slutte å røyke)» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s:16).

Det er samspillet mellom lagene i helse-årsaksmodellen som synliggjør innflytelsen av samfunnsstrukturen (Raphael, 2012). Dette betyr som nevnt at det kreves handling på tvers av de sosiale determinantene i helse (Marmot et al. 2010). I Stoltenbergregjeringens folkehelsemelding beskrives viktigheten av «forståelse av hvordan forhold på de fleste områder i samfunnet påvirker folkehelsen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s:15). Dette viser til en forståelse av at alle faktorene i modellen genererer helse. De skriver at faktorer som påvirker individuelle valg og helseatferd er viktige, men konsentrerer fokuset mot bakenforliggende generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige betingelser. Meldingen presenterer også en del tiltak rettet inn mot livsstilsendringer og mestring, spesielt innenfor tobakk, rus og kosthold. Blant annet utgivelsen av kosthåndboken med råd og kosthensyn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s:129). Likevel konkretiseres en del av de mer strukturelle tiltakene, som «helse gjennom hele livsløpet», med satsning på starten av livet. Eksempel på dette er satsning på barnehage og skole og etablering av gratis kjernetid i barnehagen. Dermed samsvarer tiltakene i større grad med hvor ordlyden i meldingen legger seg på den sosiale helse-årsaksmodellen med fokus på de bakenforliggende årsakene.

Men ikke alle determinanter som er ansett som viktige er blitt brukt aktivt i arbeidet av de forskjellige regjeringsgruppene. For eksempel kan det se ut som at sosiale faktorer først ble vektlagt som viktig helsedeterminant av Solbergregjeringen, da de trekker frem psykisk helse og betydningen av trygge sosiale nettverk i sin melding. I motsetning til Bondevikregjeringen som hadde intervensjonene rettet mot tilgang til helsetjenester og atferds-risikofaktorer. Både Bondevikregjeringen og Solbergregjeringen anerkjenner at sosiale ulikheter påvirkes av samfunnsstrukturer, og i stor grad dermed er sosialt bestemt. Her viser begge regjeringene til påvirkningsfaktorer som ligger ytterst på helse-årsaksmodellen. Solbergregjeringen med for eksempel satsning på psykisk helse, og trygge miljø, og Bondevikregjeringen med egen kvinnehelsestrategi og etablering av oversikt over helsen i befolkningen. Likevel ilegges tiltak som fysisk aktivitet, kosthold og røyking mye fokus, faktorer som er plassert mellom upåvirkelige og påvirkelige indikatorer i modellen. Røyking kan gi et bilde på forskjeller i sosioøkonomisk status, men er ikke en sterk faktor som påvirker ulikhet i seg selv (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Her kan det oppfattes som noe sprik i kunnskapsgrunnlaget brukt for å forklare årsakene til sosiale ulikheter i helse, og hvilke konkrete tiltak som er foreslått. Dahl

et al. (2014) viser til at tiltak med grunnlag i frivillig atferdsendring kan innebære en risiko for økte sosiale helseforskjeller, og at intervensjoner som retter seg mot de bakenforliggende årsakene til atferd forbundet med risiko dermed er å anbefale. Eksempler på dette kan være tilførsel av ressurser, bruk av avgifter og prisreguleringer, lovgivning, og tilrettelegging av arbeidsplasser og fysiske omgivelser for fysisk aktivitet. I tillegg vektlegges egne tiltakspakker, da de kan føre til raskere skifter i helserisiko eller helsetilstand. Med dette menes at intervensjonene bør være «skreddersydde» og tilpasset målgruppene de er rettet mot.

6.2.3 Klasseinndeling og utsatte grupper

Ser man på sosiale ulikheter i helse og risikoperspektivet vil ikke bare sosioøkonomisk status og dermed sosial klasse nødvendigvis være relevante forutsetninger for god helse. Likevel vil de faktiske risikoene et individ står ovenfor og tilgjengelige tiltak for det mennesket avhenge av hvilken sosial klasse individet forbindes med. Dette fordi klasseinndelingen er sentral i analysen av hvilke helsedeterminanter som påvirker livssituasjon og hvor man plasseres på den sosiale gradienten. Klasseinndelingen slik den er nå er derfor sentral for enkeltpersoners livssjanser fordi forskjeller i sosioøkonomisk status i seg selv vil være den største påvirkningsfaktoren i risiko for sykdom og andre helseproblemer. Selv om det er noe tilfeldig fordeling av risiko i samfunnet, og man aldri kan beskytte seg helt mot risikofaktorer, er effekten av sosial klasse så sterk at det er en grunn til å strukturere faren for livsstilsykdommen og helseforskjeller på denne måten (Curran, 2013). Dermed kan det være interessant å undersøke nettopp hvordan grupper i samfunnet er konstruert. Å identifisere grupperinger og diskurser og dermed åpne opp for diskursive kamper vil kunne bidra til andre gruppedannelser, som videre vil kunne oppmuntre til å gjennomføre endringer i egne liv. Et annet aspekt ved identifisering av grupper er at opplevelsene til disse menneskene kan bidra til kollektiv refleksjon og dermed utvikling av livssituasjonen de er i (Lessa, 2006). Risikoperspektivet kan altså brukes til å se hvordan enkeltpersoners liv og livskvalitet berøres av grupperinger, ulikheter og risiko i samfunnet.

Alle regjeringene trekker som nevnt frem unge, eldre og minoriteter som grupper i samfunnet spesielt utsatt for helserisiko. Som innsatsområder trekkes påvirkning av helseatferd frem hos alle regjeringene i mer eller mindre grad. Bondevikregjeringen vektlegger problematikk rundt fysisk aktivitet, kosthold, røyking og rus som sentrale i sin beskrivelse av helseutfordringer. Solbergregjeringen vektlegger barn, eldre og mennesker med psykiske lidelser som en befolkningsgruppe med behov for særlig fokus. Både Bondevik- og Solbergregjeringen

bruker begreper som «livsstil» «helseatferd» og «sunne valg» noe mer aktivt i sine folkehelsemeldinger om hvor tiltak for redusering av risiko skal plasseres. Samtlige regjeringer benytter seg imidlertid av disse begrepene i sin diskursive praksis. Vallgård (2008) kritiserer bruk av denne typen begreper og argumenterer med at helseutfordringer og sykdom er knyttet til komplekse årsaksforhold, og at «helseatferd og livsstilsykdommer» er viet for mye fokus til å være bare en av mange årsaksfaktorer. Hun påpeker at fokuset blir for snevert, og at begrepene vies for mye oppmerksomhet i innsatsen i folkehelsearbeidet. Solbergregjeringen presenterer som et av sine nasjonale mål å redusere tidlig død, og dermed redusere sosiale forskjeller i helse og levealder. I dette ligger mål om å stoppe økning av diabetes og overvekt, redusere skadelig bruk av alkohol og røyking, redusere forekomst av forhøyet blodtrykk og inntak av salt eller natrium (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s:14). Målene de trekker frem for å redusere tidlig død, og videre bidra i utjevning av helseforskjeller, kan dermed synes å i stor grad basere seg på de områder der risikoen allerede vises. Stoltenbergregjeringen definerer utsatte grupper i sin nasjonale strategi for å utjevne helseforskjeller, som innvandrere, minoritetsgrupper, enslige, rusmiddelavhengige og barn og unge som vokser opp under risikoutsatte levekår. Stoltenbergregjeringen har en noe bredere universell tilnærming til sosiale helseforskjeller, med en noe smalere klasseinndeling av spesielt utsatte grupper sammenlignet med de to andre regjeringsgruppene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007) I folkehelsemeldingen til Stoltenbergregjeringen utvides og konkretiseres utsatte grupper til også å inkludere eldre, lesbiske, homofile og transpersoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Når det gjelder marginaliserte grupper blir tiltak hos regjeringsgruppene imidlertid raskt innsnevret til helsevesen og sosialtjenester. Når man ser på endring i helseatferd har universelle tiltak vist seg å ha større potensiale til å redusere sosiale ulikheter i helse enn individrettede eller målrettede tiltak (Diedricksen, 2015). Som Solar & Irwin (2007) skriver vil det være avhengig av hvor man befinner seg på den sosiale gradienten hvilke tiltak som vil være mest effektiv for den gruppe av befolkningen det skal gjelde. Ligger man langt nede på gradienten vil tiltak mot fattigdom, tilgjengelighet og strukturelle velferdsordninger være mest hensiktsmessig. Diskursen *utsatte grupper* gir en mulighet til å se forbi de klasseinndelingene som er vektlagt og rette tiltak inn mot bestemte personer og grupper som ikke nødvendigvis påvirker helsegapet, eller i beste fall reduserer det (Raphael, 2012). Her er det viktig å skille mellom diskursene. Utsatte grupper omhandler de som av ulike årsaker har havnet i livssituasjoner som krever oppfølging av velferdsstaten og helsetjenesten. Er årsaken til at et menneske havner i risiko for sykdom strukturelle bakenforliggende årsaker utenfor

enkeltindividets kontroll, eller helseatferd utøvd av ressurssterke mennesker som likevel velger usunne valg? Diskurs om «sunn livsstil» kan også omhandle mennesker som har opplevd et sett med ønskede determinanter fra helse-årsaks modellen, men som ved å ta usunne livsstilsvalg likevel er utsatt for helserisiko. Denne gruppen havner innenfor en annen ramme, hvor det tas utgangspunkt i at enkeltpersoner er i stand til å ta sunne valg for seg selv. Når personen likevel ikke tar de rette valgene holdes de selv ansvarlige for negative helseutfall de måtte oppleve (Raphael, 2012). Med dette bør man være klar over risikoen for stigmatisering av enkelte grupper, og stigmatisering bør derfor være et naturlig tema ved innføringen av målrettede tiltak (Dahl et al. 2014). Bevisstgjøring rundt kompleksiteten bak årsaker til helseutfall og problemene med stigmatisering vil forhåpentligvis kunne forebygge unødvenig belastning.

6.2.4 Fordeling av ansvar og sosiale konsekvenser

Som vist er det noe sprik i hvor de tre regjeringene mener at innsatsen for å utjevne sosiale ulikheter skal rettes inn, og hvor på helse-årsaksmodellen tiltakene faktisk plasseres. Dette delkapittelet vil diskutere ansvarsdiskursen, og hvilke sosiale konsekvenser ansvarsfordeling på dette området kan ha for påvirkning av, og holdninger til, endringer av befolkningens helse.

Bondevikregjeringen fokuserer på utfordringer knyttet til livsstilssykdommer og omtaler de som er i risikozonen for slike sykdommer som spesielt utsatte. De vektlegger som nevnt helsedeterminanter som kosthold, fysisk aktivitet og røyking. På den sosiale helse-årsaksmodellen konsentreres dermed en del av årsakene til den nest innerste sirkelen i modellen. Det vies spesielt oppmerksomhet mot barn og unge for å forebygge livsstilssykdommer. Dette beskriver en målrettet tilnærming. Regjeringen fokuserer i stor grad på en individrettet ansvarsdiskurs, men problematiserer det å gi enkeltmennesket ansvar for egen helse med fare for å skape stigmatiserende holdninger for de som likevel tar ugunstige valg for seg selv. Samtidig kommer de med påstanden om at vi i dag i sittende stilling konsumerer oss til tidlig død (Helsedepartementet, 2003, s:28) noe som i seg selv kan oppfattes som stigmatiserende. Regjeringen legger opp til et samarbeid mellom myndighetene og den enkelte, hvor begge skal bidra aktivt i helsefremming og ta sin del av ansvaret. Samfunnet har et ansvar for å tilrettelegge miljøet rundt, men man må selv ta styringen for utviklingen i egen helse (Helsedepartementet, 2003). De anerkjente altså at politikerne og samfunnet har et ansvar ovenfor befolkningens helse, men hadde en noe umoden tilnærming

til tema sammenlignet med anbefalinger fra WHO, gradientperspektivet og teorien om helsedeterminanter. Dette kan man til en viss grad forvente hos Bondevikregjeringen da fokus på utfordringene med sosiale helseforskjeller var i et tidlig stadium og man hadde mindre kunnskap og politisk erfaring på området. Likevel viste folkehelsemeldingen et engasjement og påpekte nødvendigheten av tverrsektorielt samarbeid. Den gjorde dermed befolkningens helse til et felles ansvar. Denne felles ansvar-diskursen ble videreført til Stoltenbergregjeringen.

Stoltenbergregjeringen løftet blikket og la særlig vekt på bakenforliggende faktorer for helseutfall. De påpekte at de viktigste faktorene som påvirker helse, er utenfor enkeltpersonens rekkevidde, og beskrev at god helse i befolkningen var et felles ansvar. Likevel påpekte de at «hver enkelt av oss har et betydelig ansvar for egen helse» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, s: 5) og fraskrev ikke enkeltindividene ansvaret. *Nasjonal strategi for utjevning av sosiale helseforskjeller* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007) beskriver at målrettede tiltak kan oppleves stigmatiserende for den enkelte, og at generelle velferdsordninger er en lite stigmatiserende ordning som kan forebygge at deler av befolkningen havner i sårbare situasjoner. Strategien supplerer likevel universelle ordninger med målrettede tiltak for spesielt utsatte grupper, da den anser det som nødvendig på enkelte områder. Folkehelsemeldingen til samme regjering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) er døpt *God helse, felles ansvar* og gir i navnet et tydelig signal om en ansvarsdiskurs som setter samfunnet i førersetet for befolkningens helse. I meldingen står det at «befolkningens helse er påvirket av politiske valg som er utenfor enkeltindividets rekkevidde (...) hver enkelt har betydelig ansvar for egen helse, og myndighet over eget liv» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s: 13). Meldingen baserer seg dermed på samme ansvarsdiskurs som den nasjonale strategien. De tar utgangspunkt i at samfunnet er ansvarlig for befolkningens helse, og påpeker dermed at det er de sosiale forholdene vi lever under, som skaper grunnlaget for helsen vår. Både WHO's globale mål om «helse for alle» og deres felles prinsipp med Stoltenbergregjeringen om «helse i alt vi gjør» vises gjennom anerkjennelsen av myndighetenes ansvar og påvirkningseffekt, samt behovet for tverrsektorielt samarbeid og plikt i alle sektorer til å ha med helseaspektet i politikktutforming. Her brytes ansvarsdiskursen med Bondevikregjeringens fokus på livsstilsvalg og helseatferd og ilegger samfunnet hovedansvaret for befolkningens helse.

Solbergregjeringens folkehelsepolitikk legger opp til mestring og muligheter. De fokuserer på å gjøre gode valgmuligheter i samfunnet mer tilgjengelig, og dermed enklere for

enkeltmennesket å ta gode valg for seg selv. Ordet mestring brukes hyppig, og viser til gode muligheter til å mestre de helseutfordringer som måtte komme. I de mer konkrete tiltakene som foreslås har planene en mer målrettet karakter. De retter også oppmerksomhet mot fysisk aktivitet, kosthold og røykevaner, men ser man på effekten av sosioøkonomisk status og plassering på den sosiale gradienten, vil det være naturlig å anta at de som ligger høyest på denne grafen vil ha bedre ressurser og dermed økte muligheter for å mestre hverdagens krav. Her oppfattes en motstridene diskurs da det anerkjennes at samfunnet har ansvar i fordeling av helsedeterminanter og reduisering av helsegapet. Samtidig signaliseres det at det utover tilrettelegging for muligheten til gode livsstils-valg, er befolkningen selv som må mestre de utfordringer samfunnsstruktur og helse kan føre med seg. Legger man vekt på muligheter, legger man også vekt på personlig ansvar. I teorien vil ikke dette samsvare med sosiale helsedeterminanter, helse-årsaks modellen og gradientperspektivet som viser at de samfunnsmessige forholdene påvirker våre valg. Enkeltmennesket kan dermed ikke fullt og helt stå til ansvar for eget helseutfall, man må ta de sosiale og samfunnsmessige betingelsene med i betraktningen. Når Solbergregjeringen vektlegger å styrke opplevelse av mestring hos den enkelte henvises det altså til et individuelt ansvar. Her kan det se ut som en utvikling som reverserer fra Stoltenbergregjeringens signaler om å lede samfunnsutviklingen mot fokus på bakenforliggende faktorer og en diskursiv praksis som baserer seg på felles ansvar. Fallhøyden for de som likevel ikke mestrer oppleves større, og faren for stigmatisering av denne gruppen bør vies oppmerksomhet.

Når det kommer til ansvar er den diskursive praksisen i og mellom regjeringene noe kolliderende. Ser man på hvilke determinanter for helse som vektlegges kan det virke uklart hvor ansvaret for helsen plasseres. Generelt trekker samtlige meldinger frem både samfunnsmessige og individuelle faktorer som betydningsfulle i påvirkningen av befolkningens helse. Likevel påpekes det hos alle regjeringer at helse er et samfunnsansvar, hvor innsatsen bør favne hele befolkningen. Det argumenteres for at dette vil være den mest forebyggende tilnærmingen og bygger på en helsefremmende diskurs. Når det kommer til faktiske tiltak som blir presentert er tendensen at det fokuseres på mer målrettede tilnærminger. Samtlige regjeringer har i mer eller mindre grad fokus på tilrettelegging for sunne valg, helseatferd og levevaner. Dette signaliserer en dreining mot å plassere ansvaret hos enkeltindividet. Den kan også se ut til å være en utvikling som går fra å konsentrere innsatsen mot lagene innerst på helse-årsaksmodellen, til å rette fokus mot mer bakenforliggende faktorer. Hos dagens regjering virker innsatsen imidlertid å gå noe tilbake til de lagene som er mer sentrert i midten av modellen. Stoltenbergregjeringen synes å være

mest konsekvent i ansvarsfordelingen og politisk satsningsområde.

6.2.4.1 Et rettferdighetsprinsipp?

Det sentrale i Marmot et al. (2010) sin gjennomgang av helseulikheter og rettferdig samfunn er at man må skape forhold som gir mennesker muligheten til å ta kontroll over egne liv. Hvis forholdene der mennesker blir født, vokser opp og siden velger å leve sine liv er fordelaktige og likt fordelt, vil det gi større kontroll for hver enkelt til å ta gode valg for egen helse (Marmot et al. 2010). Bondevikregjeringen og Stoltenbergregjeringen bruker rettferdighetsprinsippet i sin identifisering av sosiale ulikheter som et problem. «Det er politisk viktig å bekjempe det som kan betegnes som unødvendige, urettferdige og påvirkbare forskjeller (Helsedepartementet, 2003, s:48), «Det handler om å utvikle et samfunn som fordeler ressursene på en rettferdig måte, og om å legge til rette for at enkeltmennesker får mulighet til å utnytte egne ressurser og foreta til frie valg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s:8). Stoltenbergregjeringen skriver også: «Så lenge de systematiske forskjellene i helse skyldes ulikheter i samfunnets ressursfordeling, er felleskapets ansvar å påvirke denne fordelingen i en mer rettferdig retning» (Helse- og omsorgsdepartementet 2007, s:31) I dette utsagnet anerkjennes det at det er systematiske forskjeller i befolkningens helse. Det påpekes at samfunnet har et ansvar i å påvirke disse ulikhetene, og et mål om en mer rettferdig fordeling. Altså en rettferdig fordeling av de sosiale determinantene for helse.

Lyden i folkehelsemeldingen til Solbergregjeringen samsvarer med betydningen av å legge forholdene til rette for gode muligheter til utnyttelse av egne ressurser. De vil utvikle en politikk «som skaper muligheter og forutsetninger for at hver enkelt av oss kan mestre eget liv. God helse er en av våre viktigste ressurser, både som samfunn og som enkeltindivid» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s:9). De påpeker dermed at befolkningens helse er en av de viktigste ressursene i et samfunn, men beskriver ikke sosiale ulikheter som et urettferdig problem i sin folkehelsemelding. Perspektivmeldingen lansert av samme regjering skriver imidlertid at man må regne med en viss ulikhet da utvikling av arbeidsplasser og vilje til risiko ved å starte nye bedrifter er en viktig drivkraft for nye investeringer, og dermed økonomisk vekst (Finansdepartementet, 2017).

Her oppfattes en grunnleggende forskjell i verdigrunnlaget hos Bondevikregjeringen og Stoltenbergregjeringen sammenlignet med Solbergregjeringen. Ved å anerkjenne sosiale ulikheter som et rettferdighetsproblem viser det til at like muligheter for god helse er et

overordnet prinsipp, og en menneskerett. Ved å godta at ulikheter er noe man må regne med og noe som kan gi økonomisk gevinst ilegger man helseforskjellene er verdi som vektlegger eventuelle økonomiske fordeler foran befolkningens helse. Det er likevel viktig å påpeke at «rettferdighet» er vanskelig å diskutere da synet på hva som oppleves rettferdig eller ikke vil være forskjellig, og avhenge av innfallsvinkel. Noen oppfatter at like muligheter for god helse vil være grunnleggende rettferdig, mens andre opplever at det er rettferdig at økt arbeidsinnsats, mot til å satse på risikofylte investeringer og stort ansvar i arbeidssammenheng skal lønne seg.

6.3 Avsluttende betraktninger

Å finne de bakenforliggende årsakene for sosiale ulikheter i helse, og å legge til rette for at folk skal kunne ta gode valg for seg selv kan altså by på utfordringer. For det første kan det være komplisert og kostbart å adressere hvilke påvirkningsfaktorer det dreier seg om, og hvor befolkningen og ulike grupper befinner seg på den sosiale gradienten. I tillegg kan det være vanskelig å oppnå aksept i befolkningen da helsegevinsten for hvert enkelt individ er liten, selv om gevinsten for samfunnet er stor. Dermed kommer man ikke bort fra at fokus på sosiale determinanter og konsekvenser i helseutfall fører oss tilbake til gradientfokuset (Solar & Irwin 2007; Dahl et al. 2014). Her kreves politisk vilje og politikere som tørr å ta upopulære avgjørelser (Diedricksen et al. 2015). I kunnskaps- og holdningskampanjer er det gjerne oppfatningene en forsøker å endre. Slike kampanjer treffer ikke alltid de som trenger det mest, og har dermed ofte begrenset effekt. Ønsker og kunnskapsgrunnlag gjør også at de som er mest interessert i å opprettholde egen helse, i størst grad tar til seg ny informasjon og omsetter den til handling. Målrettede tiltak vil likevel kunne appellere bedre til beslutningstakere, da disse vil kunne gi synligere resultat og dermed større politisk gjennomslagskraft (Dahl et al. 2014). Styrken ved målrettede tiltak er videre at man kan oppnå stor risikoreduksjon for en mindre del av befolkningen, samtidig som man unngår innblanding i livene til de som faller utenfor risikogruppen. Dette kan løfte de nederst på gradienten opp, uten å påvirke de som befinner seg over. Myndighetene kan iverksette tiltak som skolefrokost, matstasjoner, boligstøtte og lignende, men det er da viktig å ikke overse strukturer som skaper økonomisk usikkerhet som arbeidsledighet, lite inkluderende arbeidsliv eller informasjon (Raphael, 2012). Her kan den politiske forståelsen av hvilken betydning sosioøkonomisk status har på gradienten, sosiale helsedeterminanter og folkehelsefaget generelt, synliggjøre reproduksjon av sosiale ulikheter i helse, og hva myndighetene gjør for å

redusere dem (Shambler, 2001). Når fokuset er på den sosiale gradienten og sosioøkonomiske forskjeller åpnes det opp for bredere perspektiver på utfordringen. Da god helse for alle handler om like muligheter til å leve sine liv til det fulle må man kunne dra nytte av folkehelsekunnskapen om sosiale helsedeterminanter innen ulikhet i helse. I det ligger å inkludere helse i alle politiske sektorer, samt å fremme eierskap og arbeid for et sosialt bærekraftig samfunn (Diedricksen, 2015). Eventuelle mangler i dagens kunnskap unnskylder ikke manglende tiltak på dette området. Gjennom dette prosjektet sitter jeg igjen med et inntrykk av at det finnes tilstrekkelig med forskning på området, og at man gjennom politisk vilje og samfunnsengasjement vil kunne klare å redusere helsegapet i befolkningen både her i Norge, og globalt.

Samtlige regjeringer har utjevning av sosiale ulikheter som del av sine mål i folkehelsearbeidet. Det kan likevel synes å være endringer i perspektivene brukt i fokus på innsats. Solbergregjeringen fokuserte på helseatferd og innsats på psykisk helse. Bondevikregjeringen sin folkehelsemelding hadde fokus på helseatferd og livsstilssykdommer. Stoltenbergregjeringen fokuserte på samfunnsmessige strukturer og bakenforliggende årsaker til sosiale helseforskjeller. Likevel er det bred politisk enighet om satsning på helse gjennom inkluderende arbeidsliv og utdanning, og at dette er de viktigste tiltakene for å redusere sosiale helseforskjeller. Alle viser også vilje til samarbeid både på tvers av politiske ansvarsområder og politiske partier. Det er tydelig gjennom folkehelsemeldingene presentert av de tre siste regjeringene at myndighetene forsøker å påvirke befolkningens mulighet til å leve lengre liv med god helse. Motivasjonen for dette er synet på helse som en ressurs, både for hvert enkelt individ med mulighet til å leve verdige og meningsfylte liv, men også verdien for samfunnet hvor god helse i befolkningen bidrar til en felles innsats og holder «samfunnshjulene i gang».

Alle regjeringene viser altså til at de anser utfordringen med sosiale helseforskjeller som viktig og vektlegger økt kunnskap, og bedret kunnskapsformidling, i sitt videre arbeid mot helseutjevning. Her er myndighetene avhengige av tilbakemelding fra kommunene om relevante helsedeterminanter og gjennomføring av tiltak for å vite hvordan utviklingen i landet er (Diedricksen, 2015). De kommunale folkehelseprofilene er eksempel på et slikt tiltak. Vallgård (2008) konkluderer med at fokus og engasjement i dette arbeidet over lang tid er bedre for å redusere helsegapet, enn hyppig utskiftning av myndigheter og pågående konflikter om prioritering, strategier og tiltak. Her vil nasjonale strategier for å utjevne sosiale ulikheter være et godt verktøy for å samle kunnskapen og jobbe under samme forståelse av begrepet. Med dette burde utarbeidelsen av nasjonale strategier for å utjevne sosiale ulikheter

være en langsiktig og konkret strategi, som ikke i like stor grad påvirkes av kamper mellom ulike partier i valgprosessen. *Nasjonal strategi for utjevning av sosiale ulikheter* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007) opererte med et tiårsperspektiv og «løp ut» i 2017. Dette er et ganske langsiktig strategiperspektiv og viser en anerkjennelse av at sosiale ulikheter i helse krever tid å endre. Det viser en erkjennelse av at det er vedvarende utfordringer med ulikheter i helse. Ved mailkontakt med helsedirektoratet ble jeg informert om at ny strategi er utsatt på ubestemt tid, noe som vil si at Norge per dags dato ikke har en nasjonal strategi for å utjevne disse forskjellene.

7.0 Konklusjon

I dette masterprosjektet har ønsket vært å utforske hvordan norske myndigheter ser på sosiale ulikheter som fenomen, og om føringer og utvikling av tiltak påvirkes av politisk farge.

Prosjektet har vist at det ser ut til å være tverrpolitisk enighet i Norge om at sosial ulikhet eksisterer, og at dette er bekymringsfullt. I folkehelsemeldingene brukt i analysen synes det å være en kontinuitet i forståelsen av helse og anerkjennelsen av dette som en viktig samfunnsressurs. Videre at utjevning av sosial ulikhet i helse er noe å strebe etter. Alle regjeringene påpeker at dette krevet samarbeid på tvers av instanser i samfunnet og at sosiale helseforskjeller er en utfordring som krever fokus og politisk engasjement. Meldingene baserer seg også i noen grad på hverandre for å ta lærdom av tidligere erfaringer. Det virker likevel som at politisk farge kan påvirke graden av innsats rettet mot sosiale ulikheter og at den rød-grønne politikken i større grad anerkjenner problemet og ilegger samfunnet et større felles ansvar for håndtering av utfordringen. Det er når det gjelder virkemidlene for å nå overordne mål, og hvor regjeringene beveger seg på den sosiale helse-årsaksmodellen, at meldingene synes ha størst diskontinuitet i sin problemforståelse. Videre synes det å være noe motstridende i hvem som beskrives å ha ansvaret for befolkningens helse, og hvor de konkrete tiltakene legges. Jeg oppfatter det også noe uklart om myndighetene er bevisst denne motstridende fordelingen av ansvar og prioriteringer i politikken.

Jeg har likevel opplevd det som at alle meldingene har hatt gode intensjoner. De har presenterte et verdigrunnlag som vitnet om felles grunnsyn i menneskets verdi, kompleksitet og ulik forutsetning. Denne oppgaven vil som nevnt ikke kunne presentere en tydelig og konkret konklusjon, men viser heller til én av flere mulige tolkninger. Fordi politiske føringer innenfor samfunnsutviklingen påvirker livene våre, enten vi er bevisst denne påvirkningen eller ikke anser jeg analyse av folkehelsemeldingene som et bidrag i bevisstheten omkring hvilke konsekvenser politiske dokumenter kan ha på utfordringer omkring sosiale helseforskjeller.

Litteraturliste

- Andersen N, S. & Koch, L. (2011). Diskursanalyse. I S. Vallgård, & L. Koch (Red.),
Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab (s. 119-140). København: Munksgaard
Danmark.
- Beck, U. (Editor), & Brauch, H.G (Series editor), (2014). *Pioneer in cosmopolitan sociology
and risk society*. München, Germany: Ludwig Maximilian University, Institute of
sociology
- Bratberg, Ø (2014). *Tekstanalyse for samfunnsvitere*. Oslo: Cappelen Damm.
- Brown, C. & Harrison, D (2013). *Governance for health equity in the WHO European region*.
Copenhagen: World Health Organization
- Curran, D (2013). Risk society and the distribution of bads: theorizing class in the risk
society. London: *The british journal of sociology*. Volume 64, issue 1.
- Dahl, E., Bergsli, H. & Van der Wiel, K.A. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En
kunnskapsoversikt*. Fakultet for samfunnsfag. Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M (1991). *Policies and strategies to promote social equity in
health*. Background document to WHO-strategy paper for Europe. Stockholm,
Institute for future studies.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2007). *Policies and strategies to promote social equity in
health*. Background document to WHO-strategy paper for Europe. Arbeidsrapport
2007:14, Stockholm: Institute for future studies.
- Declaration of Alma-Ata., (1978). International Conference on primary health care. Alma-
Ata: USSR, 6-12.

- Diderichsen, F., Scheele, C.E. & Little, I.G. (2015). *Tackling health inequalities locally: The Scandinavian experience*. København: University of Copenhagen, Department of public health.
- Doppelhofer, G.P & Thøgersen, Ø. (2014). Global uro og norsk idyll: Makroøkonomiske lærdommer og utfordringer etter finanskrisen. Fagbokforlaget: *Magma-Tidsskrift for økonomi og ledelse* 2014, 17(06):57-69
- Duedahl, P. & Jacobsen, M. H. (2009). *Introduktion til dokumentanalyse*. Odense, Syddansk Universitetsforlag.
- Fairclough, N. (2008). *Kritisk diskursanalyse: en tekstsamling*. Redigert og oversatt til dansk av Jensen E. H. København: Hans Reitzels Forlag
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon*. (2.utgave) Bergen: Fagbokforlaget.
- Finansdepartementet. (2017). *Perspektivmeldingen 2017* (Meld. St. 29 (2016-2017)). Oslo: Departementet.
- Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid. (LOV-2011-06-24-29) Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Folkehelseinstituttet. (2013). Folkehelseprofiler for kommunene. Sist oppdatert 13.03.2018. Hentet fra <https://www.fhi.no/hn/helse/>.
- Fosse, E. (2016). Kommunenes rolle i å utjevne sosiale helseforskjeller- Norge som eksempel. *Socialmedicinsk tidsskrift* 5/2016.
- Foucault, M. (1972). *The archeology of knowledge*. New York: Pantheon.
- Gjernes, T. (2004). Helsemodeller og forebyggende helsearbeid. Nordlandsforskning: *Sosiologisk tidsskrift*, nr.2. Hentet fra forebygging.no den 20.08.18.
- Grøholt, E.K., Bøhler, L. & Hånes, H. (2018). *Folkehelse rapporten*. Helsetilstanden i Norge 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet.

- Hajer, M. A. (1995). *The politics of environmental discourse. Ecological modernization and the policy process*. Oxford: clarendon press.
- Helsedepartementet (2003). Resept for et sunnere Norge: Folkehelsepolitikken. (St.meld.nr.16 (2002-2003)). Oslo: Departementet.
- Helsedirektoratet (2009). *Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse: Gradientutfordringen*. Oslo: Direktoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007). Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller (St.meld.nr.20 (2006-2007)). Oslo: Departementet
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. (St.meld.nr.47 (2008-2009)). Oslo: Departementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). Folkehelsemeldingen: God helse-felles ansvar (Meld. St. 34 (2012-2013)). Oslo: Departementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Folkehelsemeldingen: Mestring og muligheter* (Meld. St. 19 (2014-2015)). Oslo: Departementet.
- Hitching, T. R., Nilsen, A. B. & Veum, A. (red). (2011) *Diskursanalyse i praksis. Metode og analyse*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Johannessen, A., Tufte, P.A. & Kristoffersen, L. (2005). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Jørgensen, M. W. & Phillips, L. (2013). *Diskursanalyse som teori og metode*. (10. opplag). Fredriksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Kjestadli, K. (1997). Å analysere skriftlige kilder. I: Fossåskaret, E., Fuglestad, O. L. & Aase, T.H: *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget AS. (26 sider).
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2. utgave). Oslo: Gyldendal akademisk

- Lessa, I. (2006). Discursive struggles within social welfare: restaging teen motherhood. *The British journal of social work*, volume 36, Issue 2. Pag 283-298.
- Lillefjell, M., Knudtsen, M.S., Wist, G. & Ihlebæk, C. (2013). From knowledge to action in public health management: experiences from a Norwegian context. *Scandinavian Journal of Public Health*. Dec; 41 (8):771-7.
- Lupton, D. (2005). *Risk: Seconf Edition (Key Ideas)*. London: Routledge. Taylor & Francis Group.
- Mackenbach, J. & McKee, M. (2013). *Successes and Failures of health policy in Europe. Four decades of divergent trends and converging challenges*. Berkshire: European Observatory on health systems and policies series. Page: 357-362.
- Mackenbach, J. (2014). Mind the gap: reducing inequalities in health in Europe. *European journal of public health*, Volume 24, issue suuly 2. 1 oct 2014.
- Malterud, K (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. (3. Utgave). Oslo: Universitetsforlaget
- Marmot, M., Goldbatt, P & Allen, J. (2010). *Fair society healthy lives (the marmot review)*. England: Insitute of health equity.
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R. & Goldblatt, P. (2011). *Building of the global moveent for health equity: From santiago to rio and beyond*. UK: Department of epidemiology and public health.
- Marmot, M. G. (2012a). Health equity: the challenge. *Aust N Z J Public Health* **36**(6): 513-514.
- Marmot, M. G. (2012b). Policy making with health equity at its heart. *JAMA* **307**(19): 2033-2034.

Meldeplikttest ved personvernombudet: NSD. Utført 01.10.16 ved
<http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/meldeplikttest>

Mittelmark, M. B. & Hauge, H.A. (2003). *Helsefremmende politikk for vurdering av helsekonsekvenser. Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?*. Bergen: Fagbokforlaget.

Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Naidoo, J. & J. Wills (2009). *Foundations for health promotion*. UK: Baillière Tindall Elsevier.

Nayar, S. & Stanley, M (2015). *Qualitative research methodologies for occupational science and therapy*. New York and London: Routledge, Taylor & Francis group

Neumann, I. B. (2001). *Mening, materialitet, makt: En innføring i diskursanalyse*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

Raphael, D (2012) *A discourse analysis of the social determinants of health*. Canada: Routledge, Critical public health.

REK. *Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk*. Lest 03.10.16 på
<https://helseforskning.etikkom.no>

Scambler, G.& Higgs, P. (2001). *"The dog that didn't bark": taking class seriously in the health inequality debate*. Pergamon: Social science and medicine 52. p: 157-159

Solar, O. & Irwin, A. (2007). *A conceptual framework for Action on the social determinants of health*. C. o. s. d. o. health. Geneva: WHO: 67.

Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Sosioøkonomiske ulikheter i helse, teorier og forklaringer*. S. o. helsedirektoratet. (IS-1282). Oslo, Direktoratet.

Strand, B.H. & Næss, Ø. (2006). *Forskning på sosial ulikhet i Norge*. Folkehelseintituttet og Universitetet i Oslo: Historisk helsestatistikk

- Strand, M. B., Torgersen, T. P., & Giæver, Ø. (2009). Setting the political agenda to tackle health inequity in Norway. Copenhagen: WHO
- Strand, B. H. (2018) *Sosiale helseforskjeller* (s.43-50) I: Grøholt, E.K., Bøhler, L., Hånes, H. Folkehelse rapporten. Helsetilstanden i Norge 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Stronks, K., Toebes, B., Hendriks, A., Ikram, U. & Venkatapuram, S. (2016). *Social injustice and human rights as a framework for addressing social determinants of health*. Final report of the task group on equity, equality and human rights. Regional office for Europe: WHO
- Sørensen, M.P & Christiansen A. (2006). *Ulrich Beck: Risikosamfundet og det andet moderne*. Aarhus: Aarhus universitetsforlag.
- Texmon, I. & Borgan, J. K. (2016). *Høy utdanning og godt arbeidsmiljø bidrar til et langt liv*. Samfunnsspeilet 2/2016, SSB
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. (4. Utgave). Oslo: Fagbokforlaget
- The Global Goals: For Sustainable Development. (2015). *The 17 goals*. Hentet 20.08.18 fra www.globalgoals.org
- Vallgård, S. (2008). *Social inequality in health: Dichotomy or gradient? A comparative study of problematizations in national public health programmes*. Health policy, Jan;85(1):71-82
- Vedeler, L. (2000). *Observasjonsforskning i pedagogiske fag: en innføring i bruk av metoder*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Whitehead, M. (2007). *A typology of actions to tackle social inequalities in health*. UK: J Epidemiol community health; 61: 473-479.

Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2009). "*Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse*". Utjevning av helseforskjeller del 2. Originalt utgitt av WHO Collaborating Center for policy research on Social Determinants of Health (2006). University of Liverpool: WHO. Utgitt på Norsk av Helsedirektoratet (2009). Oslo: Direktoratet

Wilkinson, R. & Marmot, M. (2003). *Social determinants of health: The solid facts*. Second edition. World health organization Europe

World Health Organization (1946). *The Constitution of the world health organization*. International health conference. (19.06-22.07) (Off.rec.WHO 2.100). New York: WHO

World Health Organization (1986) *The Ottawa Charter for health promotion*. Ottawa: WHO

World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Commission on the Social Determinants of Health Geneva: WHO

World Health Organization (2013). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region*. Copenhagen: WHO

Aaheim, A., Dannevig, H., Ericsson, T., Oort, B.V., Innbjør, L., Rauken, T., Vennemo, H., Johansen, H. Tofteng, M., Aall, C., Groven, K., Heiberg, E. (2009). *Konsekvenser for klimaendringer, tilpasning og sårbarhet for Norge*. Oslo: CICERO report: 04.238sider



Norges miljø- og biovitenskapelig universitet
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway