



GÖTEBORGS  
UNIVERSITET

Välfärdsregimer och hälsa  
- en litteraturstudie om determinanter på makronivå

Författare: Johan Ohlander och Markus Stenberg

Program: Folkhälsovetenskapligt program med hälsoekonomi 180 hp  
Examensarbete i folkhälsovetenskap VT 2010

Omfattning: 15 hp

Handledare: Helena Rohdén

Examinator: Annette Sverker och Carin Staland Nyman

---

Sahlgrenska akademien  
Enheten för socialmedicin

## Förord

Vi vill tacka föreliggande litteraturstudies handledare Helena Rohdén för hennes kritik, råd och synpunkter under arbetets gång.

Vi vill också tacka varandra för ett gott samarbete och för det stöd vi gett varandra under arbetets gång.

Efter tre års studier vid det folkhälsovetenskapliga programmet med hälsoekonomi vid Göteborgs universitet, Sahlgrenska akademien har vi presenterats inför och studerat ett antal discipliner som behandlar folkhälsa. Väldigt sällan eller aldrig har vi studerat folkhälsa på makronivå varför det föranledde vårt intresse som legat till grund för föreliggande litteraturstudie.

/Johan Ohlander och Markus Stenberg  
Göteborg maj 2010

Svensk titel: Välfärdsregimer och hälsa - en litteraturstudie om determinanter på makronivå

Engelsk titel: Welfare regimes and health – a literary review on macro level determinants

Författare: Johan Ohlander och Markus Stenberg

Program: Folkhälsovetenskapligt program med hälsoekonomi 180 hp  
Examensarbete i folkhälsovetenskap VT 2010

Omfattning: 15 hp

Handledare: Helena Rohdén

Examinator: Annette Sverker och Carin Staland Nyman

---

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Folkhälsovetenskapen har länge varit upptagen med att undersöka hälsan hos populationer genom determinanter som inkomstskillnader. Inkomstskillnader kan dock betraktas som en konsekvens av välfärdsregimers organisering. Folkhälsan påverkas i hög grad av välfärdsregimers organisering och det föreligger därmed stora skillnader i hälsa inom och mellan välfärdsregimer. Hur ser dessa skillnader ut och vad beror de på?

**Syfte:** Att utifrån Esping-Andersens välfärdsregimtypologi jämföra skillnader i hälsa mellan regimerna och undersöka vilka samband som finns mellan välfärdsstatsvariabler och hälsa.

**Metod:** En litteraturstudie baserad på 12 vetenskapliga artiklar. Artiklarna eftersöktes i databaserna PubMed och Scopus. Analysen av artiklarna gjordes utifrån textanalys och genom att identifiera samband mellan välfärdsregimer, hälsoindikatorer och välfärdsstatsvariabler.

**Resultat:** Absolut hälsolivå och ojämlikheter i hälsa varierade välfärdsregimer emellan. Barnadödlighet, barnadödlighet under fem års ålder och antal nyfödda med låg födelsevikt var generellt sett störst i den liberala regimen, näst störst i den konservativa och minst i den socialdemokratiska. Ojämlikhet i självrapporterad hälsa var störst i den liberala regimen då inkomstnivåer jämfördes och störst i den socialdemokratiska regimen då utbildningsnivå jämfördes. Välfärdsstatsvariablerna offentliga hälsovårdsutgifter och andel av befolkningen som har en offentlig sjukförsäkring visade samband med barnadödlighet, barnadödlighet under fem års ålder och låg födelsevikt.

**Diskussion:** Möjliga förklaringar till skillnader i absolut och ojämlik hälsa mellan välfärdsregimer återfanns i respektive regims bakomliggande ideologi. Eftersom offentliga hälsovårdsutgifter och andelen av befolkningen som har en offentlig sjukförsäkring varierade välfärdsregimer emellan bör dessa vara bidragande orsaker till skillnader i hälsa mellan regimer.

Sökord: välfärdsregim, hälsoindikator, välfärdsstatsvariabel, jämförelse

## Abstract

**Introduction:** Public health researchers have long been focusing on investigating health in populations through determinants such as income inequalities. Nevertheless, income inequalities can be considered an effect of the organization of welfare regimes. The public health status is largely affected by the organization of welfare regimes and consequently there are large differences in health within and between welfare regimes. How are these differences distributed and how can they be explained?

**Aim:** To compare health between welfare state regimes with the use of Esping-Andersen's welfare regime typology and to investigate the relationship between welfare state determinants and health.

**Methods:** A literary review based on 12 scientific articles. The articles were searched for in the databases PubMed and Scopus. The analysis of the articles was executed through text analysis and the identification of relationships between welfare regimes, health indicators and welfare state determinants.

**Results:** Differences in absolute level of health and health inequalities existed between welfare state regimes. Rates of infant mortality, under five mortality and low birth weight were in general highest in the liberal regime, second highest in the conservative regime and lowest in the social democratic regime. Self-reported health inequalities were largest in the liberal regime when low- and high-income earners were compared and largest in the social democratic regime when low- and highly educated were compared. The welfare state variables public health expenditure and share of population under public medical care showed associations with rates of infant mortality, under five mortality and low birth weight.

**Discussion:** Possible solutions to differences in absolute level of health and health inequalities between welfare state regimes was found in the underlying ideologies of each regime. The fact that the amount of public health expenditures and the share of population that is under public medical care varied between welfare state regimes should be contributing factors to the demonstrated health differences.

Keywords: welfare regime, health indicator, welfare state determinant, comparison

# Innehållsförteckning

1. Bakgrund.....	1
1.1 Välfärdstypologier.....	2
1.2 Hälsoindikatorer.....	3
1.3 Välfärdsstatsvariabler.....	4
2. Syfte .....	5
2.1 Frågeställningar.....	5
3. Metod.....	5
3.1 Design.....	5
3.2 Utförande.....	5
3.2.1 Sökord.....	6
Tabell 1. Titelsökning, tre välfärdsstatsbegrepp och hälsa.....	6
Tabell 2. Obegränsad sökning, tre välfärdsstatsbegrepp och hälsoindikatorer.....	7
Tabell 3. Obegränsad sökning, hälsoindikatorer och determinanter.....	8
3.2.2 Urvalskriterier.....	8
Figur 1. Flödesschema metod.....	10
3.2.3 Manuell sökning.....	10
3.3 Analys.....	10
3.3.1 Textanalys.....	11
3.3.2 Fördjupad analys.....	11
3.3.3 Analytiska avgränsningar.....	12
4. Resultat.....	12
Tabell 4. Artikelöversikt.....	12
4.1 Artikelöversikt.....	13
4.2 Frågeställning 1.....	13
4.2.1 Absoluta skillnader i hälsa.....	14
Tabell 5. Absoluta skillnader i hälsa välfärdsregimer emellan.....	14
4.2.2. Skillnader i ojämlik hälsa.....	15
Tabell 6. OR för ojämlik hälsa jämfört mellan olika sociala stratifieringar.....	16
4.3 Frågeställning 2.....	18
4.3.1 Offentliga hälsovårdsutgifter.....	18
4.3.2 Offentlig sjukvård och socialförsäkringar.....	18
5. Diskussion.....	19
5.1 Resultatdiskussion.....	19
5.2 Metoddiskussion.....	22
6. Konklusion.....	25
7. Referenser.....	26

# 1. Bakgrund

Hur bör vi organisera våra samhällen? En fråga som föregås av vad som kan anses vara det viktigaste i våra liv - en god hälsa. Dessa frågor är sammankopplade i tanken att ett samhälles välfärd<sup>1</sup> bör omfatta samtliga medborgare och har legat till grund för välfärdsstaternas<sup>2</sup> framväxt. I föreliggande litteraturstudie har den välfärdsteoretiska diskussionen och forskningen kring välfärdsstater utgjort grunden till en fråga om vad välfärdsstaterna åstadkommit i fråga om folkhälsa för populationerna. De välfärdsteoretiska, filosofiska och politiska resonemangen oavsett vad de förespråkar är många gånger övertygande gällande utgångspunkterna för hur välfärden bör arrangeras i ett samhälle. Men hur ser då välfärdsstaternas resultat ut när de jämförs gällande folkhälsan? Enligt Ferraz-Nunes, Karlberg, Bergström (2007) är samhällets viktigaste mål att maximera välfärden. Ur ett folkhälsoperspektiv innebar det i Sverige att medellivslängden under 1900-talet ökade med cirka 25 år (SCB 2010). Inom den socialpolitiska forskningen och folkhälsovetenskapen har fokus länge legat på inkomstfördelning som den främsta förklaringsfaktorn till hälsostatus (Kawachi, Kennedy, Lochner, Prothrow-Stith 1997)(Bambra 2005)(Wilkinson, Pickett 2010). Andra välfärdsteoretiker menar att inkomstskillnader är en konsekvens av välfärdsstatens organisering och att det finns ytterligare determinanter på en strukturell nivå kopplade till välfärdssystemet som har inverkan på individens hälsa, socioekonomiska nivå och hur inkomster distribueras i ett samhälle (Coburn 2000). Välfärdsstater kan organiseras på olika sätt men har visat sig vara starkt bidragande orsaker till förändringar i hälsa (Eikemo, Bambra, Judge, Ringdal 2008b). Beroende på typ av välfärdsstat kan hälsan skilja sig markant mellan olika länder (Raphael, Bryant 2003).

Oavsett hur välfärden arrangeras är målet dock alltid en så god folkhälsa som möjligt. Anledningen till att välfärdsstaterna organiseras på olika sätt ligger i skilda ideologiska och politiska synsätt. Välfärdsmålet har sin ekonomiska utgångspunkt i Vilfredo Paretos teori som kommit att benämnas pareto-kriteriet eller pareto-optimum. Paretos teori går ut på att förändringar i välfärdspolitik bör genomföras om de ökar välfärden genom att individer får det bättre utan att någon får det sämre (Ferraz-Nunes et al. 2007). Vägen till pareto-optimum är en av de stora frågorna inom välfärdsteorin där Granqvist (1993) menar att det är den viktigaste utgångspunkten för hela den ekonomiska välfärdsforskningen. För att uppnå god folkhälsa måste effektivitet eftersträvas i de marknader som ska leda till ökad välfärd. Det har visat sig vara svårt att tillämpa pareto-kriteriet på vissa marknader, bland annat inom hälso- och sjukvården, eftersom pareto-kriteriet förutsätter perfekta marknader med fullständig konkurrens medan det i verkligheten av olika anledningar inte alltid finns förutsättningar för sådana marknader (Ferraz-Nunes et al. 2007). För att åtgärda marknadsimperfectioner har resursomfördelning blivit det viktigaste ekonomisk-politiska verktyget under välfärdsstaternas framväxt (Ferraz-Nunes et al. 2007). Välfärdsstatens organisering är en central faktor och Esping-Andersen (1990) menar att jämförelser välfärdsstater emellan bör syfta till att undersöka vad välfärdsstaterna i sig åstadkommer och vad skillnader i hälsa kan tänkas determineras av på en strukturell nivå. För att kunna besvara sådana frågor måste folkhälsoforskningen lyfta blicken från det område man vanligtvis befinner sig i där man undersöker enskilda determinanter, exempelvis inkomstskillnaders, kopplingar till hälsa utan att ta hänsyn till determinanternas strukturella orsaker. I föreliggande litteraturstudie

---

<sup>1</sup> "Välfärd" samlade benämning på människors levnadsförhållanden. Begreppet bygger på ett antal så kallade välfärdskomponenter, såsom arbetsförhållanden, bostad, hälsa, utbildning samt inkomst och förmögenhet." (Nationalencyklopedin 2010)

<sup>2</sup> "Välfärdsstat" nationalstat där det offentliga ansvaret för medborgarnas välfärd är omfattande." (Nationalencyklopedin 2010)

undersöks och jämförs hälsa, definierad i olika hälsoindikatorer, mellan olika välfärdsstater. Samband mellan hälsoindikatorerna och på en välfärdsregimnivå föreliggande välfärdsstatsvariabler undersöks i avsikt att förklara strukturella orsaker till hälsans distribution i olika välfärdsstater.

## 1.1 Välfärdstypologier

I föreliggande litteraturstudie är en indelning av olika välfärdsstater utgångspunkten för att möjliggöra jämförelser i hälsa. Olika välfärdsstater har ett antal liknande och särskiljande karakteristika som gör det möjligt att kategorisera dem i större grupper. Föreliggande litteraturstudie har utgått från den danske sociologen Gøsta Esping-Andersens så kallade välfärdsregimtypologi i avsikt att jämföra hälsa mellan de tre regimer som ryms i typologin. För att kunna undersöka och jämföra välfärdsstater i olika avseenden har inom välfärdsteorin ett antal klassifikationer utformats för ändamålet (Bambra 2007). Klassifikationer är nödvändiga i teoretisk vetenskap för att kunna kategorisera och analysera begrepp (Danermark, Ekström, Jakobsen, Karlsson 1997). Max Weber utformade en så kallad idealtyp som är en modell vilken möjliggör identifiering av det centrala i komplicerade sakförhållanden (Moe 1995). Välfärdsstater kan kategoriseras som idealtyper när man vill studera deras välfärdssystem (Eikemo, Bambra, Joyce, Dahl 2008a). År 1965 formulerade Wilensky och Laubaux i en studie om amerikanska staters välfärdsprogram en typologi som innehöll två välfärdssystem, det residuala och det institutionella (Midgley 1997). Det residuala systemet vilar på liberal politisk ideologi och det institutionella på socialdemokratisk politisk ideologi. Under 1970-talet utvecklade Richard Titmuss typologin genom att addera en beskrivning av ett tredje välfärdssystem och överförde typologin från amerikanska stater till nationalstater (Midgley 1997). Det tredje välfärdssystemet baserades på konservativ ideologisk politik.

Trettio år efter att Titmuss typologi presenterats skulle Esping-Andersen publicera en liknande typologi över vad han kallade för välfärdsregimer som fick stor uppmärksamhet och ett betydande inflytande över den moderna välfärdsforskningen och flera efterföljare (Hicks, Lenworthy 2002)(Bambra 2007). I sin bok *The Three Worlds of Welfare Capitalism* presenterade Esping-Andersen en tredelad typologi innefattande tre olika välfärdsregimer - den socialdemokratiska, den konservativa och den liberala - där typexempel för de respektive systemen är Sverige, Tyskland och USA. Den första av dessa typer är den socialdemokratiska välfärdsregimen inom vilken staten genom resursomfördelning arrangerar välfärden i offentliga institutioner som sjukvård, socialförsäkringar, social service och utbildning (Esping-Andersen 1990). Den andra typen är den konservativa välfärdsregimen där välfärden bygger på medborgarnas prestationer på arbetsmarknaden och genom sociala försäkringar och andra ersättningar (Esping-Andersen 1990). Den tredje typen är den liberala välfärdsregimen där välfärden produceras genom familjen, den ekonomiska marknaden, sociala försäkringar och genom välgörenhet. Klassificeringen av välfärdsregimerna utförde Esping-Andersen genom att undersöka i vilken grad olika länders välfärdssystem svarade mot ett antal av Esping-Andersens uppsatta principer (Esping-Andersen 1990). Principerna benämnde Esping-Andersen dekommodifiering, social stratifiering och privat-offentlig mix vilka alla beskriver välfärdssystemens organisering i förhållande till staten, marknaden och familjen. Esping-Andersens klassificering av välfärdsregimer har under åren erhållit kritik bland annat i form av att dess metodologi ansetts vara bristfällig, att antal länder inkluderade i typologin är för få eller att de placerats felaktigt samt att det inte finns en tydlig användbarhet med själva klassificeringen (Bambra 2007). Det riktades även kritik från feministiskt håll där man menade att Esping-Andersen inte hade beaktat de olika effekter dekommodifieringen fick på

kvinnor och män (Gonäs, Johansson, Svärd 1997). Delvis som ett resultat av den kritik som riktats mot Esping-Andersens typologisering presenterades under 1990- och 2000-talet ett antal ytterligare typologier. Dessa hade modifieringar bland annat gällande indelningen av länder och i form av nya regimer i typologierna (Ferrera 1996)(Navarro, Shi 2001)(Bambra 2007)(Eikemo, Bambra, Joyce, Dahl 2008a). Bambra (2007) identifierade 11 typologier efter Esping-Andersen (1990) som samtliga utgick från dennes grundindelning i de tre välfärdsregimerna liberala, konservativa och socialdemokratiska. Eikemo et al. (2008a) presenterade året efter ytterligare en typologi som baserades på Esping-Andersens.

## 1.2 Hälsoundikatorer

*”The basic health indicators, such as child mortality and life expectancy, are as crucial for understanding the health situation in a country as are the pulse rate and body temperature for the diagnosis of an individual patient.”(Lindstrand, Bergström, Rosling, Rubenson, Stenson, Tylleskär 2006)*

För att jämföra hälsan i och mellan välfärdsregimer är en definition av begreppet hälsa och olika mått på hälsa nödvändiga. De i föreliggande litteraturstudie utvalda hälsomåtten beskrivs nedan som hälsoindikatorer. Avsikten är att knyta viktiga mått på folkhälsa till de olika regimerna. En beskrivning av hälsa är WHO:s numera klassiska definition från år 1948 ”Hälsa är ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom.” (Fyhr, Wilhelmsson 2000). Definitionen är omdiskuterad och kan anses beskriva ett realistiskt idealtillstånd men tjänar ändå som referensram för en övergripande förståelse av begreppet hälsa. Nedan följer föreliggande litteraturstudies utvalda specificerade definitioner på begreppet hälsa vilka anges som hälsoindikatorer. Tillsammans beskriver indikatorerna en rad olika aspekter av en populations hälsa som dess överlevnad eller dödlighet, dess livskvantitet och livskvalitet, dess sjukdomsburda så väl som dess socioekonomiska utveckling. Således ger hälsoindikatorerna en bred uppfattning om en populations hälsa och möjliggör jämförelser mellan grupper och har i föreliggande litteraturstudie av dessa orsaker använts som definitioner på hälsa.

- Barnadödlighet = antalet avlidna under ett års ålder per år och 1000 födselar
  - Barnadödlighet under fem års ålder = antalet avlidna mellan födsel och fem års ålder per år och 1000 födselar
  - Förväntad livslängd vid födsel = antalet år ett nyfött barn skulle leva sett till om den aktuella mortalitetsrisken vore konstant under barnets livscykel
  - Låg födelsevikt = andelen nyfödda med en vikt som understiger 2500 gram
  - Självrapporterad hälsa = hälsodata oftast inhämtad via enkätundersökningar
- (Lindstrand et al. 2006)

För att mäta ett lands hälsotillstånd används ofta hälsoindikatorer såsom barnadödlighet eller förväntad livslängd vid födseln (Lindstrand et al. 2006). Dessa mått är exempel på indikatorer för överlevnad eller dödlighet. Barnadödlighet, vilken är den vanligaste hälsoindikatorn, används tillsammans med barnadödlighet innan fem års ålder och förväntad livslängd vid födseln som generella indikatorer på ett lands eller en populations socioekonomiska utveckling. Låg födelsevikt är en så kallad antropometrisk indikator (Lindstrand et al. 2006) det vill säga ett mått som gäller människokroppens proportioner. Detta mått används för att mäta under- eller övernäring hos populationer (Lindstrand et al. 2006). Frågan ”hur beskriver du din generella hälsostatus?” har blivit ett av de vanligaste sätten att i enkätform undersöka hälsostatusen hos populationer. Självrapporterad hälsa anses vara en god indikator på



hälsobördan och representerar fysiska så väl som emotionella och sociala aspekter av hälsa och välmående. Eftersom den självrapporterade hälsan fokuserar på livskvalitet anses denna indikator vara ett bra komplement till den förväntade livslängden, vilken kritiker menar i för stor utsträckning fokuserar på livskvantitet. Självrapporterad hälsa anses vara en värdefull informationskälla gällande en populations hälsostatus (Idler, Benyamini 1997).

Ovan beskrivna hälsoindikatorer används ofta då skillnader i hälsa jämförs välfärdsregimer emellan och kan då presenteras i absoluta och relativa skillnader. I föreliggande litteraturstudie används definitionen:

- Absoluta skillnader i hälsa = skillnader i absolut hälsonivå välfärdsregimer emellan
- Skillnader i ojämlik hälsa = relativa skillnader i hälsa välfärdsregimer emellan

Ojämlighet i hälsa varierar stort mellan länder i världen. Även i rika västerländska länder är ojämlikheter i hälsa höga när socioekonomiska nivåer jämförs. Till exempel har studier visat att hjärt- och kärlsjukdomar är vanligare hos fattigare och lågutbildade grupper (Lindstrand et al. 2006). Detta trots att rika västerländska länder har god tillgänglighet till hälso- och sjukvård och ett väl fungerande socialförsäkringssystem (Lindstrand et al. 2006). Ur föreliggande litteraturstudies avsikter att undersöka och jämföra hälsa i olika välfärdsregimer är hälsoindikatorerna viktiga mått på hur folkhälsan ser ut inom regimerna.

### 1.3 Välfärdsstatsvariabler

För att stärka relationen mellan regimnivå och hälsoindikatorer krävs en strukturell variabel. Ur föreliggande litteraturstudies avsikt att undersöka och jämföra hälsoindikatorer mellan välfärdsregimer lämpar sig så kallade välfärdsstatsvariabler som verktyg för det ändamålet. Relationen mellan välfärdsstatsvariabler och hälsoindikatorer kan förklara vilka strukturer i välfärdssystemet som påverkar hälsa (Huber, Ragin, Stephens 2004). För att på en strukturell nivå kunna genomföra jämförelser av välfärdsstater sammanställde Huber, Ragin och Stephens år 1997 ett antal olika välfärdsstatsvariabler. Projektet kallades för Welfare State in Comparative Perspective och resulterade i ett register (Huber et al. 2004) i vilket data för 18 olika länder finns tillgängliga. Variablerna sorterades under ett antal huvudrubriker exempelvis politiska variabler, lönedata och data relaterade till olika välfärdsstatsinstitutioner. Variablerna fungerar bland annat som hjälp till att undersöka välfärdsstaters utveckling och åstadkommanden. Variablerna ingår som en del i projekt i European Social Survey (Rydland, Arnesen, Østensen 2008) som utför omfattande årliga undersökningar och kartläggningar av europeiska institutioner. I föreliggande litteraturstudie undersöks således hälsoläget utifrån en typologi uppdelad i tre välfärdsregimer och genom utvalda hälsoindikatorer jämförs folkhälsan mellan regimerna. Denna jämförelse i kombination med att undersöka samband mellan hälsoindikatorer och välfärdsstatsvariabler syftar till att belysa välfärdsregimernas roll för folkhälsan och implicit påvisa det problematiska i att ge enskilda determinanter på meso- och mikronivå en alltför stor tyngd som förklaringsvärde när de snarare bör betraktas som följder av systembetingade orsaker på makronivå. Ur det här perspektivet betraktas således välfärdsregimerna i sig och välfärdsstatsvariablerna som oberoende variabler medan hälsoindikatorerna ska förstås som beroende variabler.

## 2. Syfte

Att utifrån Esping-Andersens välfärdsregimtypologi jämföra skillnader i hälsa mellan regimerna och undersöka vilka samband som finns mellan välfärdsstatsvariabler och hälsa.

### 2.1 Frågeställningar

För att uppfylla syftesbeskrivningen har följande frågeställningar använts:

1. Vilka skillnader i absolut och ojämlik hälsa\* finns mellan välfärdsregimerna?
2. Vilka samband finns mellan välfärdsstatsvariabler och hälsa\*?

*\* barnadödlighet, barnadödlighet innan fem års ålder, låg födelsevikt, förväntad livslängd, självs kattad hälsa och självrapporterad hälsa*

## 3. Metod

I förestående kapitel redovisas föreliggande litteraturstudies design, utförande och analys (Hall 2003) som är metodens disposition. En inre metodologisk struktur redovisas i fyra steg (Figur 1). Litteraturstudier kan genomföras av olika anledningar. Dels för att beskriva det aktuella kunskapsläget på ett vetenskapligt område men även för att ett kunskapsområde har utökats eller för att det föreligger behov av att belysa det ur andra perspektiv och påvisa kunskapsluckor (Backman 1998). Föreliggande litteraturstudie är en litteraturbaserad studie inom ett avgränsat forskningsområde.

### 3.1 Design

Utifrån det formulerade problemområdet har fyra metodologiska steg genomförts för att besvara syftesbeskrivning och frågeställningar. Inledningsvis uppställdes syfte och frågeställningar i vad vi valt att kalla en teoretisk definition (Danermark et al. 1997). Genom att formulera sökord och konstruera kombinationer av sökorden har en datainsamling utförts främst via databasen PubMed, via databasen Scopus och genom referensgranskning av vetenskapliga artiklar. För insamling av vetenskapliga artiklar har även urvalskriterier formulerats som uppdelats i inklusionskriterier och exklusionskriterier vilka redovisas nedan. Artikelurvalet har utförts genom en textanalys som består av två komponenter: helhetsanalys (Holme, Solvang 1997) och operationalisering (Danermark et al. 1997). I en helhetsanalys behandlas texten som en enhet där den egna studiens problemområde knyts till textens innehåll. Att operationalisera innebär att utarbeta faktorer som kan konkretisera och besvara teoretiska definitioner (Danermark et al. 1997). Genom en avslutande fördjupad analys har det material som valts ut till föreliggande litteraturstudie bearbetats och analyserats. Den inre metoduppbyggnaden och tillika designen är således: 1. teoretisk definition 2. datainsamling 3. textanalys 4. fördjupad analys (Figur 1).

### 3.2 Utförande

Utifrån frågeställning nummer 1 har i ett första steg artiklar eftersökts vars syfte är att jämföra absoluta skillnader i hälsa och skillnader i ojämlik hälsa mellan olika typer av välfärdsregimer

(Tabell 1). Därefter utfördes sökningar utifrån de utvalda hälsoindikatorerna (Tabell 2). Med utgångspunkt i frågeställning nummer 2 har i ett andra steg artiklar eftersökts vilka kopplar välfärdsstatsvariabler till hälsoindikatorerna (Tabell 3). Med anledning av att sökningarna resulterade i 11 utvalda vetenskapliga artiklar samt en ytterligare artikel utvald efter en referensgranskning beslutades att genomföra ytterligare en sökning i databasen Scopus. För att erhålla ett hanterbart träffantal i Scopus begränsades sökningen till titel, abstract och nyckelord. Sökningarna resulterade dock inte i några ytterligare tillägg till artikelresultatet varpå det beslutades att gå vidare till fördjupad analys av befintliga artiklar.

### 3.2.1 Sökord

Med utgångspunkt i den teoretiska definitionen har ett antal sökord formulerats i Tabell 1. Sökordsformuleringarna motiveras ur vad vi anser vara en vedertagen folkhälsodiskurs där begreppen är de vanligast förekommande benämningarna när det gäller olika kombinationer av välfärdsregimbegreppet och hälsa (Bambra 2007)(Andersson 2006)(Lindstrand et al. 2006)(Esping-Andersen 1990). Sökorden *inequalities* och *comparison* motiveras av föreliggande litteraturstudies teoretiska definition gällande skillnader i absolut och ojämlik hälsa som ämnas undersökas samt för att kunna utföra jämförelser av hälsa mellan regimer. Sökningarna utfördes i databasen PubMed med begränsningen titelsökning, det vill säga sökningar riktade med utvalda sökord mot artiklarnas rubriker. Begränsningen utfördes för att erhålla ett hanterbart träffantal i enlighet med ambitionen att i ett första led bedöma artiklarnas rubriker (Figur 1). Hanterbart antal träffar bedömdes vara cirka 500-600 träffar per enskilt sökord. I samtliga tre sökordstabeller redovisas datum för sökningarna och antal träffar samt antal artiklar som gått vidare till en abstractbedömning (Figur 1). I kolumnen Abstractbedömning har enbart antalet unika träffar redovisats, det vill säga de artiklar som tidigare i den kronologiska sökordningen inte påträffats. Således redovisas inga dubletter i denna kolumn.

**Tabell 1. Titelsökning, tre välfärdsstatsbegrepp och hälsa**

Sökord (2010-05-11)	Träffar	Abstractbedömning
<b>Kategori: Titelsökning</b>	<b>PubMed</b>	
1. welfare health	555	7
2. welfare state	149	5
3. welfare regime	5	1
4. welfare system	102	1
5. welfare inequalities	12	5
6. welfare comparison	27	0
2. AND health	39	3
3. AND health	2	0
4. AND health	22	0
5. AND health	11	0
6. AND health	12	0

Hälsoindikatorerna som använts som sökord i Tabell 2 tillhör föreliggande litteraturstudies teoretiska definition och motiveras som sökord utifrån sin ställning som definitionen av

begreppet hälsa. *Självskattad hälsa* och *självrapporterad hälsa* bedömdes som likvärdiga begrepp i föreliggande litteraturstudie och båda har använts för att nå den typen av artiklar. Hälsoindikatorerna användes som sökord i Tabell 2 i kombination med olika välfärdsregimbenämningar. Kombinationerna motiveras ur avsikten att nå vetenskapliga artiklar som behandlar hälsa på välfärdsregimnivå. Sökningarna genomfördes i PubMed och för att nå artiklar vilka i titeln inte inkluderat de utvalda hälsoindikatorerna utfördes sökningarna utan begränsningar.

**Tabell 2. Obegränsad sökning, tre välfärdsstatsbegrepp och hälsoindikatorer**

<b>Koder</b>		
7 = welfare infant mortality rate		
8 = welfare life expectancy		
9 = welfare under five mortality rate		
10 = welfare self assessed health		
11 = welfare self reported health		
12 = welfare low birth weight rate		
<b>Sökord (2010-05-11)</b>	<b>Träffar</b>	<b>Abstractbedömning</b>
<b>Kategori: Obegränsad</b>	<b>PubMed</b>	
7. AND state	68	3
8. AND state	26	2
9. AND state	7	0
10. AND state	22	0
11. AND state	78	2
12. AND state	18	0
7. AND system	53	0
8. AND system	29	0
9. AND system	16	0
10. AND system	14	0
11. AND system	43	0
12. AND system	6	0
7. AND regime	1	0
8. AND regime	2	0
9. AND regime	0	0
10. AND regime	1	0
11. AND regime	4	0
12. AND regime	1	0

Utifrån den teoretiska definitionen har hälsoindikatorerna använts som sökord i Tabell 3 i kombination med begreppet *determinant* (Huber et al. 2004). Sökordet determinant motiveras i avsikt att nå artiklar som behandlar relationen med hälsoindikatorerna på en välfärdsregimnivå. Ordet determinant ska alltså förstås i förhållande till föreliggande

litteraturstudies svenska begrepp välfärdsstatsvariabler. Sökningarna genomfördes i PubMed utan begränsningar. En ytterligare sökning genomfördes i PubMed 2010-05-11 med samtliga hälsoindikatorer ur Tabell 3 kombinerat med sökordet *welfare state variables* (Huber et al. 2004) istället för determinant. Sökningarna redovisas inte i tabellform. Sökningarna gav mycket få träffar varav de flesta artiklar redan påträffats via tidigare sökningar. Sökningarna med *welfare state variables* kombinerat med hälsoindikatorerna genererade inget vetenskapligt material till föreliggande litteraturstudie.

**Tabell 3. Obegränsad sökning, hälsoindikatorer och determinanter**

<b>Koder</b>		
1 = determinant		
<b>Sökord (2010-05-11)</b>	<b>Träffar</b>	<b>Abstractbedömning</b>
<b>Kategori: Obegränsad</b>	<b>PubMed</b>	
1. AND infant mortality rate	259	3
1. AND life expectancy	89	2
1. AND under five mortality rate	13	0
1. AND self assessed health	89	0
1. AND self reported health	226	0
1. AND low birth weight rate	196	1

I en ytterligare sökning reproducerades Tabell 2 i databasen Scopus med avsikten att nå fler vetenskapliga artiklar. Sökningarna resulterade endast i artiklar som redan funnits genom tidigare sökningar i PubMed och genererade alltså inget nytt material till artikelresultatet. Sökningarna i Scopus utfördes med begränsningarna titel, abstract och nyckelord i avsikt att erhålla ett hanterbart träffantal. Sökningarna genererade 1112 träffar. Provsökningar med diverse sökkombinationer utan sökbegränsningar i Scopus gav över 100 000 träffar per enskild sökning. Det bedömdes vara ej hanterbart.

### 3.2.2 Urvalskriterier

Artiklarna i samtliga tre sökordstabeller bedömdes utifrån inklusions- och exklusionskriterier. Kriterierna har utformats som ett verktyg i avsikt att hantera de träffar som genererats via sökningar i databaserna PubMed och Scopus. Kriterierna har även använts för att bedöma vetenskapliga artiklar i referenslistor till artiklar som inhämtats via databassökningar. Då databasen PubMed innehåller artiklar som inte alltid genomgått peer-review (PubMed FAQ 2009) har ett exklusionskriterium formulerats för ändamålet att försäkra sig om artiklarnas vetenskaplighet. För att besvara frågeställning nummer 1 måste en enskild artikel uppfylla inklusionskriterierna 1-2. För att besvara frågeställning nummer 2 måste en enskild artikel uppfylla inklusionskriterierna 2-3. Samtliga artiklar måste för att kunna inkluderas i föreliggande litteraturstudie uppfylla samtliga av kriterierna 4-7. Ingen artikel fick uppfylla något av exklusionskriterierna. Nedan följer föreliggande litteraturstudies formulerade inklusions- och exklusionskriterier.

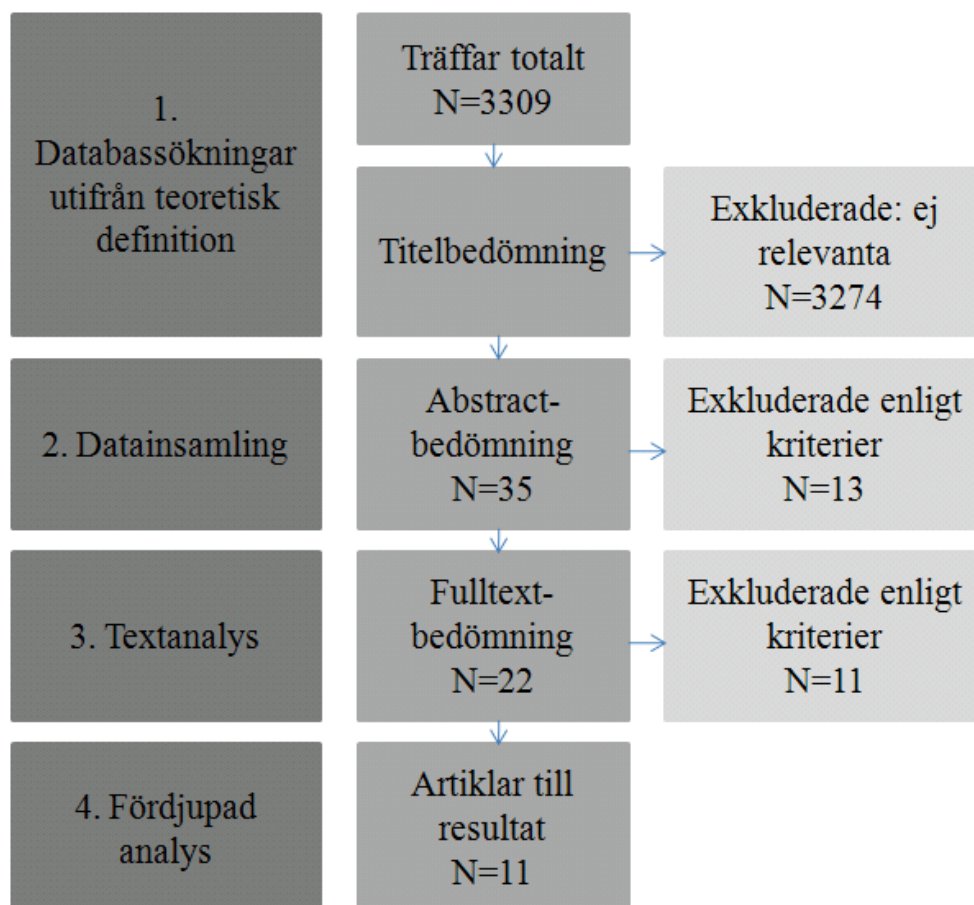
### *Inklusionskriterier*

1. Artiklar som utgår från följande välfärdsregimtypologier: Esping-Andersen (1990), Ferrera (1996), Eikemo et al. (2008), det vill säga typologier som innefattar den välfärdsteoretiska grunduppdelningen i socialdemokratiska, konservativa och liberala välfärdsregimer (Bambra 2007)
2. Artiklar som behandlar något av följande mått på hälsa: barnadödlighet, förväntad livslängd, barnadödlighet innan fem års ålder, självskattad hälsa, självrapporterad hälsa och låg födelsevikt
3. Artiklar som behandlar välfärdsstatsvariabler (Huber et al. 2004)
4. Artiklar som är tillgängliga via databaserna PubMed och Scopus
5. Kvantitativa och kvalitativa studier
6. Artiklar som är tillgängliga i fulltext, som ej kräver betalning eller som på andra sätt ligger oåtkomliga
7. Artiklar som föreligger i svensk eller engelsk skrift

### *Exklusionskriterier*

1. Artiklar författade tidigare än år 1990, det vill säga före Esping-Andersen presenterade sin välfärdsregimtypologi
2. Artiklar som ej uppfyller kraven på vetenskaplighet (Hanson 2006)

Artiklarna som genererats efter databassökningar har bedömts utifrån titelrelevans och inklusions- och exklusionskriterier. Om titeln inte bedömts vara relevant utifrån den teoretiska definitionen och inklusions- och exklusionskriterierna har artikeln sorterats bort. Ett stort antal artiklar berörde avgränsade hälsofrågor på mikronivå och var alltså inte relevanta utifrån ett välfärdsregimperspektiv. Artiklar som utifrån titel och inklusions- och exklusionskriterierna bedömdes relevanta genomgick en abstractgranskning. Utifrån den teoretiska definitionen och inklusions- och exklusionskriterierna bedömdes den enskilda artikelns abstract i avsikt att antingen sorteras bort eller sorteras ut till en fulltextläsning. Artiklar som granskats genom fulltextläsning har bedömts utifrån den teoretiska definitionen och inklusions- och exklusionskriterierna samt genom textanalys och har antingen sorterats bort eller antagits till fördjupad analys till föreliggande litteraturstudie. Artiklarnas vetenskaplighet har bedömts utifrån Hansons (2006) mall där dels vetenskapligt process- och metodarbete och dels faktorer som tillförlitlig publicering, peer-review och restriktionsfri tillgänglighet presenteras. Ett antal abstractgranskade artiklar exkluderades i enlighet med Hansons mall, exempelvis på grund av att de saknade metodbeskrivning. Det har förekommit att artiklar av intresse för föreliggande litteraturstudie har påträffats men exkluderats på grund av att de av olika anledningar inte varit tillgängliga i fulltext.



**Figur 1. Flödesschema metod**

### 3.2.3 Manuell sökning

Då ytterligare en för syftet relevant artikel funnits genom referensgranskning av de 11 föreliggande resultatartiklarna har även den inkluderats till resultatet. Detta medför att det totala antalet artiklar som förts vidare till resultat uppgår till 12 stycken.

Artikeln i fråga är Bambra 2005 Health Status and Worlds of Welfare och återfanns som nummer ett i källförteckningen i artikeln Karim, Eikemo, Bambra 2009 Welfare state regimes and population health: integrating the East Asian welfare states.

### 3.3 Analys

För att bearbeta och analysera det insamlade materialet har en textanalys utförts. Textanalysens två komponenter, helhetsanalysen och operationaliseringen, användes för att systematiskt bearbeta och analysera materialet, det vill säga de vetenskapliga artiklar som granskas i föreliggande litteraturstudie. Helhetsanalysen tar sin utgångspunkt i ett valt problemområde, det vill säga ur den teoretiska definitionen och utvecklas därefter i en genomgång av materialet (Holme, Solvang 1997) det vill säga ett antal genomläsningar av artiklarna. För att kunna knyta materialet och analysen till problemområdet måste en operationalisering göras (Danermark et al. 1997). Det innebär att materialet bryts ner i faktorer som är möjliga att undersöka och analysera. På så sätt preciseras vad som eftersöks i materialet och den operationella definitionen används för att återkoppla till den teoretiska

definitionen (Danermark et al. 1997). I föreliggande litteraturstudie har textanalys utförts i dels en fulltextbedömning av 22 insamlade artiklar och dels i en fördjupad analys av de 12 artiklar som antagits som material till litteraturstudien (Figur 1).

### 3.3.1 Textanalys

De 22 artiklar som granskades i en fulltextbedömning genomgick ett antal systematiska genomläsningar för att kunna bedömas utifrån den teoretiska definitionen och inklusions- och exklusionskriterierna. Att analysera innebär också att tolka text. Olika typer av tolkningar ingår i all textanalys (Bergström, Boréus 2000). I föreliggande litteraturstudie har textanalysens fokus legat på att identifiera de valda hälsoindikatorerna och hur de uttrycks i absoluta och ojämlika skillnader samt att identifiera välfärdsstatsvariabler och hur de kopplas till hälsoindikatorerna. Samtidigt har genom välfärdsregimtypologin en välfärdsteoretisk idésamling funnits som utgångspunkt i läsningen där vi tolkat data och artiklarnas resonemang angående ideologiska sakförhållanden. Artikelförfattarna har exempelvis dragit slutsatser om sina data genom att hävda samband mellan statistiskt material och regimernas ideologiska grund. Artiklarna i föreliggande litteraturstudie analyserades utifrån huruvida dessa påvisade:

- (i) skillnader i *ojämlik hälsa* i de valda hälsoindikatorerna välfärdsregimer emellan
- (ii) *absoluta skillnader* i de valda hälsoindikatorerna välfärdsregimer emellan
- (iii) en uppdelning av välfärdsregimer enligt välfärdsregimtypologi (inklusionskriterie 1)
- (iiii) *välfärdsstatsvariablers samband* med någon av de valda hälsoindikatorerna

Artiklarna har alltså analyserats utifrån den teoretiska definitionen och knutits till (i), (ii), (iii) och (iiii). Således har (i), (ii), (iii) och (iiii) operationaliserats till fyra analyserbara faktorer. Konkret har det inneburit ett antal genomläsningar av artiklarna där de bedömts utifrån inklusionskriterierna och genom att identifiera (i), (ii), (iii) och (iiii). Artiklar som inte uppfyllde inklusionskriterierna sorterades bort. Artiklar som uppfyllde inklusionskriterierna sorterades ut till fördjupad analys.

### 3.3.2 Fördjupad analys

Genom att ständigt arbeta utifrån den teoretiska definitionen och via tolkningar och analyser operationalisera texten har ett växelvis arbete skett i texten där (i), (ii), (iii) och (iiii) systematiskt har undersökts i förhållande till frågeställningarna. Den typen av textanalys där en teoretisk definition och en teoretisk förförståelse knyts till operationaliserade faktorer kan betraktas som en hermeneutisk forskningsprocess (Bergström, Boréus 2000). Den växelvisa analysmetod som tillämpats kan förstås ur den så kallade hermeneutiska cirkeln där delar ur texten tolkas och analyseras utifrån textens helhet och textens helhet utifrån delarna (Bergström, Boréus 2000). Således har en förståelse vuxit fram för välfärdsregimernas och välfärdsstatsvariablernas relationer till hälsoindikatorerna. Texten har tolkats i en välfärdsteoretisk diskurs vilket innebär att behandla texten utifrån en förförståelse gällande de ideologiska skillnader som föreligger mellan välfärdsregimerna. Det välfärdsteoretiska perspektivet var utgångspunkt även under textanalysen som syftade till att sortera bort och ut artiklarna men i den fördjupade analysen har ytterligare krav ställts på texten. Det innebär inte nödvändigtvis att man förväntar sig vissa resultat från olika regimer men att man kritiskt



granskar hur artiklarna har förhållit sig till sina resultat och *hur* de resonerat i förhållande till välfärdsregimernas ideologiska utgångspunkter. I föreliggande litteraturstudie har dessutom en stor del av materialet varit statistiska data vilket krävt kunskaper om epidemiologiska och statistiska verktyg (Andersson 2006). Att bland annat tolka och analysera oddsration, prevalenstal och regressionsanalyser har således också varit en betydande del i den fördjupade analysen.

### 3.3.3 Analytiska avgränsningar

I materialet återfanns många olika typologier. För att uppfylla föreliggande litteraturstudies syfte har en generalisering av typologier genomförts vilket motiverats av att de olika typologierna genomgående bottnar i politiska ideologier och i en vid bemärkelse utgår från Esping-Andersens typologi. Vidare innefattar respektive välfärdsregim ofta samma länder. Generaliseringen har medfört en avgränsning i artiklarnas material. För att på ett stringent sätt kunna presentera resultatet utefter en typologisk indelning och därmed underlätta jämförelser av hälsa välfärdsregimer emellan, presenteras således resultatet utifrån Esping-Andersens tredelade typologi: socialdemokratisk, konservativ och liberal.

Ytterligare en generalisering, beträffande de undersökta hälsoindikatorerna, har gjorts. Självrapporterad och självskattad hälsa har bedömts som likvärdiga och återges därför i resultatet som självrapporterad hälsa. Det motiveras genom att den typen av data avser att belysa samma aspekt av hälsa, det vill säga livskvalitet.

## 4. Resultat

I förestående kapitel redovisas inledningsvis en artikelöversikt. Vidare redovisas skillnader i absolut och relativ hälsa välfärdsregimer emellan. Därefter presenteras de välfärdsstatsvariabler med samband till hälsa som påvisats.

**Tabell 4. Artikelöversikt.**

Ref. nr.	Artikel	Metod	Syfte
1	Bambra (2005)	Kvantitativ, tvärsnittsstudie	Att jämföra barnadödlighet mellan välfärdsregimer
2	Bambra, Eikemo (2008a)	Kvantitativ, tvärsnittsstudie	Att undersöka skillnader i ojämlik hälsa mellan utbildningsnivåer välfärdsregimer emellan
3	Bambra, Pope, Swami, Stanistreet, Roskam, Kunst, Scott-Samuel (2008b)	Kvantitativ, tvärsnittsstudie	Att undersöka skillnader i ojämlik hälsa mellan könen välfärdsregimer emellan
4	Burström, Whitehead, Clayton, Fritzell, Vannoni, Costa (2009)	Kvantitativ, ekologisk studie	Att undersöka skillnader i ojämlik hälsa mellan ensamstående mödrar och samboende mödrar mellan välfärdsregimer representerade av

			tre olika välfärdsstater (Storbritannien, Italien, Sverige)
5	Chung, Muntaner (2006a)	Kvantitativ	Att undersöka välfärdsstatsvariablers påverkan på hälsa
6	Chung, Muntaner (2006b)	Kvantitativ	Att jämföra skillnader i barnadödlighet och låg födelsevikt välfärdsregimer emellan
7	Conley, Springer (2001)	Kvantitativ	Att undersöka sambandet mellan välfärdsstatsvariabler och barnadödlighet respektive låg födelsevikt
8	Eikemo, Bamba, Joyce, Dahl (2008a)	Kvantitativ, tvärsnittsstudie	Att undersöka skillnader i inkomstrelaterad ojämlikhet i hälsa välfärdsregimer emellan
9	Eikemo, Bamba, Judge, Ringdal (2008b)	Kvantitativ	Att undersöka välfärdsstatsvariablers påverkan på hälsa
10	Eikemo, Huisman, Bamba, Kunst (2007)	Kvantitativ	Att undersöka skillnader i ojämlikhet hälsa mellan utbildningsnivåer välfärdsregimer emellan
11	Karim, Eikemo, Bamba (2009)	Kvantitativ	Att undersöka skillnaden i hälsa mellan välfärdsregimer
12	Filmer, Pritchett (1999)	Kvantitativ	Att undersöka sambandet mellan välfärdsstatsvariablers och barnadödlighet under fem års ålder

#### 4.1 Artikelöversikt

De artiklar som använts som resultat i föreliggande litteraturstudie redovisas i Tabell 4. Artiklarna är 12 stycken till antalet och samtliga av kvantitativ design. En kort summering av artiklarnas syfte finns även redovisat. Artiklar refereras i fortsatt text till enligt respektive artikels referensnummer.

#### 4.2 Frågeställning 1

*Vilka skillnader i absolut och ojämlik hälsa finns mellan välfärdsregimerna?*

I detta avsnitt redovisas först skillnader i absolut hälsa och därefter skillnader i ojämlik hälsa välfärdsregimer emellan. Resultaten är presenterade utefter kategorierna socialdemokratisk regim, konservativ regim och liberal regim. Självrapporterad hälsa redovisas i form av de två komponenterna generell ohälsa (eng. fair/poor general health) och ihållande begränsande

sjukdom (eng. limiting longstanding illness). I tabeller används förkortningarna ”GO” för generell ohälsa och ”IBS” för ihållande begränsande sjukdom. Data presenteras antingen i tabellform eller löpande text beroende på vad som ansetts mest lämpligt.

#### 4.2.1 Absoluta skillnader i hälsa

I detta avsnitt presenteras utefter välfärdsregimtyp skillnader i absolut hälsonivå välfärdsregimer emellan. Resultat för artiklarna 1, 6, 9, 10 och 11 finns redovisade i Tabell 5. Skillnader mellan regimer med avseende på alla valda hälsoindikatorer förutom barnadödlighet under fem års ålder påträffades i litteraturen. Resultat för artikel 7 redovisas i löpande text.

**Tabell 5. Absoluta skillnader i hälsa välfärdsregimer emellan.**

Ref. nr.	Typ av välfärdsregim			
	Social-demokratisk	Konservativ	Liberal	
1				
6	Barnadödlighet (avlidna per 1000 födselar)	4,0	4,5	6,7
11		10,5	15,6	15,1
11		3,98	4,4	5,53
11	Förväntad livslängd (år)	78,52	78,65	78,49
6	Låg födelsevikt (% av totalt antal födselar)	4,8	5,6	6,4
9	GO OR:	1	1.19	0.76
10	Prevalens IBS (%)			
	<i>Män</i>	24,7	21,6	20,4
	<i>Kvinnor</i>	28,5	23,5	19,9
10	Prevalens GO (%)			
	<i>Män</i>	26,0	26,8	20,8
	<i>Kvinnor</i>	28,5	30,9	21,5

#### *Socialdemokratiska regimen*

Inom den socialdemokratiska regimen var både barnadödlighet och antalet nyfödda med låg födelsevikt lägst jämfört med de andra två regimerna (1, 6, 11). Även statistik för barnadödlighet mellan åren 1960 och 1992 redovisade att denna genomgående var lägst jämfört med andra regimer (7). Den socialdemokratiska regimen uppvisade jämfört med de

andra regimerna den högsta förväntade livslängden (11). För att mellan regimer jämföra oddsens av generell ohälsa (9) användes den socialdemokratiska regimen som referenskategori. Innebörden av detta är att övriga regimer jämfördes i relation till den socialdemokratiska. Oddskvoten (OR) uttrycker således oddsens för generell ohälsa inom de olika regimerna i relation till den socialdemokratiska. Jämförelsen visade att den generella ohälsan var näst högst inom den socialdemokratiska regimen. Konfidensintervall visade att skillnaden inte var statistiskt signifikant (9). Då prevalensen av generell ohälsa jämfördes mellan regimer visade resultatet att denna var näst högst i den socialdemokratiska regimen (10). Motsvarande jämförelse för komponenten ihållande begränsande sjukdom visade att denna var högst i den socialdemokratiska regimen. Resultaten innefattade både män och kvinnor (10).

#### *Konservativa regimen*

Barnadödligheten och antalet nyfödda med låg födelsevikt var inom den konservativa regimen enligt två av tre artiklar (1, 11) näst lägst och enligt en artikel (6) högst. När statistik gällande barnadödlighet mellan åren 1960 och 1992 undersöktes så var denna högst bland de tre regimerna (7). Vidare uppvisade den konservativa regimen den högsta förväntade livslängden (11). Oddsens för generell ohälsa välfärdsregimer emellan visade att den konservativa regimen uppvisade de högsta. Skillnaden var inte statistiskt signifikant (9). Prevalensen av generell ohälsa var relativt de andra regimerna högst (10). Motsvarande jämförelse av prevalens för ihållande begränsande sjukdom visade att den konservativa regimen hade den näst högsta prevalensen. Uppgifter gällande prevalensen var åldersjusterade (10).

#### *Liberala regimen*

Barnadödligheten i den liberala regimen var enligt två av tre artiklar (1, 11) högst och enligt en artikel (6) näst lägst. Statistik för barnadödlighet mellan åren 1960 och 1992 visade att denna relativt de andra regimerna var näst lägst (7). Jämfört med de andra två regimerna uppvisade den liberala regimen den lägsta förväntade livslängden (11). Antalet nyfödda med låg födelsevikt var högst inom den liberala regimen (6). Då jämförelser i oddsens av generell ohälsa regimer emellan utfördes uppvisade den liberala regimen de lägsta oddsens (9). Skillnaden var inte statistiskt signifikant (9). När prevalensen av generell ohälsa jämfördes regimer emellan uppvisade den liberala regimen den lägsta (10). Även prevalensen för ihållande begränsande sjukdom var inom den liberala regimen den lägsta (10).

### 4.2.2. Skillnader i ojämlik hälsa

I detta avsnitt presenteras utefter välfärdsregimtyp skillnader i ojämlik hälsa välfärdsregimer emellan. Skillnader i ojämlik självrapporterad hälsa välfärdsregimer emellan presenterades i fem artiklar (2, 3, 4, 8, 10) vilka alla behandlade självrapporterad hälsa. Litteraturen redovisade inga skillnader i ojämlik hälsa beträffande de övriga hälsoindikatorerna. Ojämlikhet i hälsa redovisades för i artiklarna 2, 8 och 10 som en oddskvot (OR) för män respektive kvinnor (Tabell 6). Konfidensintervall har tagits i beaktande under analysering av resultaten men återges inte i tabeller.

**Tabell 6. OR för ojämlik hälsa jämfört mellan olika sociala stratifieringar.**

Ref. nr.	Typ av välfärdsregim			
	Arbetslösa och sysselsatta	Socialdemokratisk	Konservativ	Liberal
2	IBS:			
	<i>Män</i>	1.96	2.21	1.67
	<i>Kvinnor</i>	2.28	1.87	2.73
	GO:			
8	<i>Män</i>	2.27	2.72	2.97
	<i>Kvinnor</i>	2.99	2.06	2.78
	<b>Låg- och höginkomsttagare</b>			
	IBS:			
10	<i>Män</i>	1.82	1.80	2.67
	<i>Kvinnor</i>	1.89	1.57	2.21
	GO:			
	<i>Män</i>	1.97	1.68	2.86
10	<i>Kvinnor</i>	2.14	1.81	2.73
	<b>Låg- och högutbildade</b>			
	IBS:			
	<i>Män</i>	1.37	1.16	1.31
10	<i>Kvinnor</i>	1.34	1.17	1.23
	GO:			
	<i>Män</i>	1.44	1.19	1.35
	<i>Kvinnor</i>	1.54	1.23	1.29

### *Socialdemokratiska regimen*

Skillnader beträffande ojämlikheter i självrapporterad generell ohälsa och ihållande begränsande sjukdom jämfört mellan låg- och höginkomsttagare återfanns mellan olika välfärdsregimer (8). Ojämlikheterna beskrevs som inkomstrelaterade då studien justerat för ålder och utbildning, som annars är två variabler vilka skulle kunnat påverka ojämlikheten i självrapporterad hälsa inom regimerna. Ojämlikheterna beskrevs således som relaterade till inkomstnivåer. Den socialdemokratiska regimen uppvisade med avseende på både generell ohälsa och ihållande begränsande sjukdom den näst lägsta inkomstrelaterade ojämlikheten i självrapporterad hälsa. Resultatet var inte statistiskt signifikant (8). Skillnader beträffande ojämlikheter i självrapporterad generell ohälsa och ihållande begränsande sjukdom jämfört mellan låg- och högutbildade återfanns välfärdsregimer emellan. Ojämlikheterna, både med avseende på både generell ohälsa och ihållande begränsande sjukdom, var störst inom den socialdemokratiska regimen. Justering för ålder genomfördes för att denna inte skulle påverka resultaten. Resultaten var inte statistiskt signifikanta (10). Skillnader beträffande ojämlikheter i självrapporterad generell ohälsa och ihållande begränsande sjukdom jämfört mellan arbetslösa och sysselsatta återfanns välfärdsregimer emellan. Ojämlikhet med avseende på

ihållande begränsande sjukdom var för både kvinnor och män relativt de andra regimerna näst störst inom den socialdemokratiska regimen (2). Ojämlighet med avseende på generell ohälsa, jämfört mellan arbetslösa och sysselsatta män var minst i den socialdemokratiska regimen. Motsvarande ojämlikhet för kvinnor med avseende på självrapporterad generell ohälsa var störst i den socialdemokratiska regimen. Skillnader i ojämlik självrapporterad hälsa välfärdsregimer emellan uppvisade ingen statistisk signifikans (2). För att undersöka i vilken utsträckning generell ohälsa rapporterades från män respektive kvinnor inom olika regimtyper användes ett OR (3). Som referensgrupp användes män, det vill säga att OR för kvinnor jämfördes med OR för män. Justeringar för ålder genomfördes för att utesluta dennas påverkan på resultatet. Ojämlig hälsa, i form av att kvinnor uppvisade ett högre OR för generell ohälsa än män, var störst i den socialdemokratiska regimen. Resultatet var inte statistiskt signifikant (3). Skillnader beträffande ojämlikhet med avseende på generell ohälsa jämfört mellan ensamstående och samboende mödrar återfanns välfärdsregimer emellan. Denna ojämlikhet var störst i Sverige (socialdemokratiska regimen). Resultatet var inte statistiskt signifikant (4).

### *Konservativa regimen*

Inkomstrelaterad ojämlikhet med avseende på både generell ohälsa och ihållande begränsande sjukdom var för både män och kvinnor lägst i den konservativa regimen. Resultaten var inte statistiskt signifikanta (8). Även ojämlikhet med avseende på generell ohälsa och ihållande begränsande sjukdom jämfört mellan låg- och högutbildade var för både män och kvinnor minst i den konservativa regimen. Resultatet var inte statistiskt signifikant (10). Ojämlighet med avseende på ihållande begränsande sjukdom jämfört mellan arbetslösa och sysselsatta män var störst i den konservativa regimen (2). Ojämlighet med avseende på ihållande begränsande sjukdom jämfört mellan arbetslösa och sysselsatta kvinnor var minst i den konservativa regimen. Ojämlighet med avseende på generell ohälsa jämfört mellan arbetslösa och sysselsatta män var näst störst i den konservativa regimen. Ojämlighet med avseende på generell ohälsa jämfört mellan arbetslösa och sysselsatta kvinnor var minst i den konservativa regimen. Resultaten var inte statistiskt signifikanta (2). Ojämlig hälsa, i form av att antingen män eller kvinnor uppvisade ett högre OR för generell ohälsa, uppvisades ingen signifikant skillnad i den konservativa regimen. Resultatet var inte statistiskt signifikant (3). Ojämlighet med avseende på generell ohälsa jämfört mellan ensamstående och samboende mödrar var minst i Italien (konservativa regimen) (4).

### *Liberala regimen*

Inkomstrelaterad ojämlikhet med avseende på både generell ohälsa och ihållande begränsande sjukdom var för både män och kvinnor högst i den liberala regimen. Resultat var inte statistiskt signifikant (8). Ojämligheter med avseende på både generell ohälsa och ihållande begränsande sjukdom, jämfört mellan låg- och högutbildade, var för både män och kvinnor näst störst i den liberala regimen (10). Resultatet var inte statistiskt signifikant (10). Ojämlighet med avseende på ihållande begränsande sjukdom jämfört mellan arbetslösa och sysselsatta män var minst i den liberala regimen (2). Ojämlighet med avseende på ihållande begränsande sjukdom jämfört mellan arbetslösa och sysselsatta kvinnor var störst i den liberala regimen. Ojämlighet med avseende på generell ohälsa jämfört mellan arbetslösa och sysselsatta män var störst i den liberala regimen. Ojämlighet med avseende på generell ohälsa jämfört mellan arbetslösa och sysselsatta kvinnor var näst störst i den liberala regimen. Resultaten var inte statistiskt signifikanta (2). Ojämlig hälsa, i form av att män eller kvinnor uppvisade ett högre OR för generell ohälsa, redovisades inte för gällande den liberala regimen

(3). Ojämlighet med avseende på generell ohälsa jämfört mellan ensamstående och samboende mödrar var näst störst i Storbritannien (liberala regimen)

## 4.3 Frågeställning 2

*Vilka samband finns mellan välfärdsstatsvariabler och hälsa?*

För att svara på ovanstående fråga har välfärdsstatsvariabler vilka har koppling till valda hälsoindikatorer undersökts i litteraturen och nedan presenteras funna samband. Samband mellan välfärdsstatsvariabler och tre av de valda hälsoindikatorerna återfanns i litteraturen. De tre hälsoindikatorerna var barnadödlighet, barnadödlighet innan fem års ålder samt låg födelsevikt.

### 4.3.1 Offentliga hälsovårdsutgifter

En av de påträffade välfärdsstatsvariablerna som påvisat samband med de valda hälsoindikatorerna var offentliga hälsovårdsutgifter (7). Offentliga hälsovårdsutgifter uppvisade ett samband med barnadödlighet och låg födelsevikt. Välfärdsstatsvariabeln offentliga hälsovårdsutgifter definierades som ”hälsovårdsutgifter per capita” och utgjorde en av flera oberoende variabler i en regressionsanalys. Ökade hälsovårdsutgifter medförde en lägre incidens av barnadödlighet och antalet nyfödda med låg födelsevikt. Varje procentökning av offentliga hälsovårdsutgifter var associerat med en minskning på 0,129 procent av antalet barn med låg födelsevikt och en minskning på 0,184 procent av barnadödligheten. Effekten över en femårsperiod innebar, då offentliga hälsovårdsutgifter i medeltal ökades med en procent per år, en minskning på 0,182 procent av antalet nyfödda med låg födelsevikt. Motsvarande minskning av barnadödligheten var 0,348 procent. Resultaten var statistiskt signifikanta (7). Välfärdsvariabeln offentliga hälsovårdsutgifter användes även i en regressionsanalys för att se hur stor del av variansen av barnadödlighet under fem års ålder variabeln kunde förklara (12). Offentliga hälsovårdsutgifter definierat som ”offentliga hälsovårdsutgifter som andel av bruttonationalprodukt (BNP)” utgjorde den oberoende variabeln i en regressionsanalys. Offentliga hälsovårdsutgifter förklarade en sjundedels procent av variansen av barnadödlighet under fem års ålder. Således förklarade offentliga hälsovårdsutgifter en mycket liten del av variansen av barnadödlighet under fem års ålder. Resultatet var inte statistiskt signifikant (12).

### 4.3.2 Offentlig sjukvård och socialförsäkringar

Välfärdsstatsvariablerna offentlig sjukvård samt socialförsäkringstransaktioner uppvisade samband med hälsoindikatorerna barnadödlighet, barnadödlighet innan fem års ålder samt låg födelsevikt (5). Offentlig sjukvård definierades som ”andel av befolkningen som har en offentlig sjukförsäkring” och socialförsäkringar som ”socialförsäkringstransaktioner som procent av BNP”. I den sistnämnda variabeln ingick bland andra transaktioner för sjukersättning, pension och bidrag till familjer. Dessa två variabler utgjorde båda oberoende variabler i en regressionsanalys. Tillsammans förklarade variablerna ”andel av befolkningen som har en offentlig sjukförsäkring” och ”socialförsäkringstransaktioner som procent av BNP” en större del av variansen av barnadödlighet jämfört med barnadödlighet under fem års ålder. De båda variablerna hade alltså ett starkare samband med barnadödlighet jämfört med barnadödlighet under fem års ålder. Vidare förklarade de två variablerna endast en liten del av variansen av antal nyfödda med låg födelsevikt. Således hade de två variablerna ett svagare

samband med låg födelsevikt jämfört med barnadödlighet och barnadödlighet innan fem års ålder. Utav de två välfärdsstatsvariablerna var ”andel av befolkningen som har en offentlig sjukförsäkring” den enda som uppvisade statistiskt signifikanta samband med de tre hälsoindikatorerna (5).

## 5. Diskussion

I förestående kapitel diskuteras föreliggande litteraturstudies resultat och metod.

### 5.1 Resultatdiskussion

Föreliggande litteraturstudie har påvisat skillnader i hälsa mellan olika välfärdsregimer. Dessa skillnader återfanns både i absoluta tal (1, 6, 7, 9, 10, 11) då aggregerade mått för regimer jämfördes men även inom regimerna i sig då ojämlik fördelning av hälsa jämfördes (2, 3, 4, 8, 10). Med tanke på respektive regims bakomliggande ideologi förefaller dessa resultat vara mer eller mindre möjliga att förklara. Välfärden inom respektive regimtyp arrangeras på olika sätt där individens välfärd faller på statens och individens ansvar i olika utsträckning. Det har sin grund dels i vilka lagstadgade rättigheter en medborgare har i respektive stat. I den liberala regimen är exempelvis sociala försäkringar en frivillig så kallad rättighet till skillnad från den socialdemokratiskt arrangerade välfärden där sociala försäkringar och skyddsnet huvudsakligen finansieras av beskattade arbetsinkomster vilka sedan resursomfördelas (Nozick 1974)(SOU 2001:57). I grunden ligger då dels diskussionen om vilka rättigheter en medborgare bör ha men också en diskussion om vilken marknad som är mest effektiv och som leder till högst välbefinnande. Nationalekonomen Adam Smith formulerade i sitt verk Nationernas välbefinnande begreppet den osynliga handen som är en marknadsekonomisk tes om marknadens självreglering (Andersen, Kaspersen 1999). Det kan uttryckas som att om en individ handlar utifrån sin egen nytta så leder det till nytta för hela samhället (Bohm 1996). En sådan marknad utan statliga ingrepp kallas laissez-faire. Det liberala argumentet mot ingrepp i marknaden är att det rubbar balansen, exempelvis genom statliga monopol, och hindrar möjligheterna till perfekt konkurrens som ska leda till en optimal distribution av ekonomiska resurser. Ett sätt att då avgöra om välfärden ökat är genom pareto-kriteriet (Ferraz-Nunes et al. 2007). Pareto-kriteriet utgår dock enbart från marknadseffektivitet och tar inte hänsyn till värden på hälsa. Det innebär att den blir svår att tillämpa inom marknader som hälso- och sjukvården. Enligt pareto-kriteriet bör en insats inte genomföras om det leder till försämringar för någon men inom hälso- och sjukvården måste för- och nackdelar vägas in och oftast båda tas med i beräkningarna (Ferraz-Nunes et al. 2007). Mot bakgrund av de olika sätten att se på vägen till välbefinnande och välfärd, som här åskådliggjorts i ytterligheterna mellan de liberala och socialdemokratiska ideologierna, kan man förklara de olika ansvarsfördelningar som uppstår i de olika regimerna. Det individuella ansvaret anses vara högst i den liberala regimen och det statliga ansvaret anses högst i den socialdemokratiska regimen (Esping-Andersen 1990). I den konservativa regimen är varken marknaden eller de sociala rättigheterna i fokus utan det politiska system som ämnar bibehålla de konservativa idéerna om tradition, historia och samhällelig gemenskap (lokalstyrelse) som grund för utveckling och politiska beslut (Scruton 2002). Den konservativa ideologin saknar på sätt och vis de utopiska inslag man skulle kunna hävda föreligger inom de övriga två ideologierna. Det innebär att det inom den konservativa regimen finns politiska lösningar både via marknaden och genom statlig försorg (Scruton 2002). Utifrån denna kännedom ges nedan en förklaring till de mönster som uppträtt i resultaten. Påpekas bör också att olika ideologiska grundprinciper sällan fått fullständigt



genomslag i en nation. Samtliga välfärdsstater i de regimer som undersökts i föreliggande litteraturstudie innehåller inslag, i olika utsträckning, från alla ideologier.

Artiklarna redovisade en hög barnadödlighet och ett högt antal nyfödda med låg födelsevikt i den liberala regimen vilket skulle kunna indikera att en högre dödlighet föreligger i denna regim jämfört med de andra regimerna. Att den liberala regimen uppvisade den lägsta förväntade livslängden skulle, i kombination med dess högre barnadödlighet, kunna indikera att denna regim även har en lägre socioekonomisk utveckling jämfört med de andra två regimerna. Motsatta resultat till de som uppvisades i den liberala regimen uppvisades i den socialdemokratiska regimen. Artiklarna redovisade att den socialdemokratiska regimen genomgående uppvisade lägst barnadödlighet och lägst antal nyfödda med låg födelsevikt. Med avseende på nästan alla de icke självrapporterade hälsoindikatorerna uppvisade alltså den socialdemokratiska regimen de relativt uttryckt bästa resultaten. Detta förefaller i sig vara ett resultat av det stora ansvarstagande som den socialdemokratiska regimen tar för individens välfärd (Esping-Andersen 1990). Den konservativa regimen uppvisade en barnadödlighet, en barnadödlighet innan fem års ålder och ett antal nyfödda med låg födelsevikt som i jämförelsen nästan genomgående var näst högst. Detta skulle kunna vara ett resultat av den konservativa regimen i jämförelse medelstora ansvarstagande för individens välfärd eftersom denna inom den konservativa regimen generellt sett finansieras av arbetsgivare, arbetstagare och stat (Esping-Andersen 1990). I likhet med den socialdemokratiska regimen uppvisade den konservativa regimen en i jämförelse med de liberala regimen hög självrapporterad ohälsa.

Däremot uppvisade den liberala regimen ett bättre facit gällande de indikatorer vilka belyser individens livskvalitet, det vill säga den självrapporterade hälsan. Prevalensen av självrapporterad generell ohälsa var i absoluta mått genomgående lägst i den liberala regimen. Den liberala regimen uppvisade således lägst livskvantitet men högst livskvalitet. Gällande den självrapporterade hälsan uppvisade den socialdemokratiska regimen ett nästan genomgående sämre resultat jämfört med de andra regimerna. Att den socialdemokratiska regimen således uppvisade ett mer eller mindre motsatt förhållande med avseende på livskvalitet och livskvantitet jämfört med den liberala regimen kan vara ett resultat av kulturella skillnader. Den socialdemokratiska regimen relativt sett låga självrapporterade hälsa kan till exempel vara ett resultat av den så kallade jantelagen. På grund av denna kan individens hälsnivå inom den socialdemokratiska regimen mer eller mindre medvetet ha skattats lägre än vad motsvarande hälsnivå skulle skattats av individer tillhörande den liberala regimen. Sammanfattningsvis, med avseende på den icke självrapporterade hälsan så uppvisade den konservativa och den socialdemokratiska regimen de bästa resultaten. Med avseende på den självrapporterade hälsan uppvisade den liberala regimen det bästa resultatet.

Ojämlig hälsa mellan låg- och höginkomsttagare, kvinnor och män, låg- och högutbildade, arbetslösa och sysselsatta samt ensamstående och samboende mödrar har visat sig variera välfärdsregimerna emellan. Vad som tydligt framgår är att den liberala regimen uppvisade den högsta ojämlikheten i självrapporterad hälsa då låg- och höginkomsttagare jämfördes. Då denna ojämlikhet i hälsa mellan låg- och höginkomsttagare beskrevs som inkomstrelaterad tyder det på att den självrapporterade hälsan tillhörande individer inom liberala regimen i högre utsträckning än i andra regimer är knuten till individens inkomst. Detta medför att individer inom den liberala regimen generellt är i behov av att skaffa sig resurser i form av bland annat inkomst för att säkra sin välfärd. Tidigare nämnda ideologiska resonemang i avseendet att individer inom den liberala regimen i stor utsträckning själva är ansvariga för sin välfärd går således även här att applicera. Inom den socialdemokratiska regimen tar staten ett stort ansvar för individens välfärd (Esping-Andersen 1990) och därför bör individens hälsa

inte i samma utsträckning vara inkomstberoende. Ytterligare en förklaring till den större ojämlikheten i inkomstrelaterad hälsa återfinns i David Coburns artikel Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism, and health inequalities (2004). Coburn lyfter fram nyliberalismen som en faktor vilken orsakar både ökade inkomstskillnader och ökade skillnader i hälsa inom nationer. Detta samband borde då generellt sett också gälla för nationer vilka ingår i den liberala regimen och därmed återspeglas i den relativt sett högre inkomstrelaterade självrapporterade hälsan.

Resultatet att ojämlikheter i självrapporterad hälsa mellan utbildningsnivåer var störst i den socialdemokratiska regimen bör tolkas med en viss försiktighet. Då självrapporterad hälsa jämfördes mellan utbildningsnivåer utfördes enbart åldersjusteringar vilket tyder på att andra variabler utöver utbildningsnivå haft påverkan på den självrapporterade hälsan. Ojämlikheten i hälsa mellan utbildningsnivåer beskrevs i studien alltså inte explicit som utbildningsrelaterad. Trots de justeringar som gjorts i regressionsanalysen är sambandet mellan utbildning och hälsa ett komplext sådant och därför bör inte för långt gångna slutsatser dras kring huruvida utbildning i en större utsträckning än inom andra välfärdsregimer påverkat ojämlikheter i självrapporterad hälsa. Med det sagt bidrar ändå denna artikel med associationen att utbildningsnivå i sig inom den socialdemokratiska regimen är en mer genomslagskraftig social hälsodeterminant jämfört med de andra regimtyperna.

Skillnaderna i ojämlik självrapporterad generell ohälsa mellan ensamstående och samboende mödrar var lägst i den konservativa regimen och högst i den socialdemokratiska regimen. En anledning till det kan vara familjens ställning i den konservativa regimen. Trots avsaknad av partner erbjuder det övriga familjenätverket ett stort stöd. Socialt kapital och sociala nätverk har visat sig ha stor betydelse för både psykisk och fysisk hälsa (Carlson 2007). Det visar att risken för ohälsa är större för mödrar som går från samboende till ensamstående inom den socialdemokratiska regimen.

Samband mellan välfärdsstatsvariabler och de valda hälsoindikatorerna påträffades endast med avseende på barnadödlighet, barnadödlighet innan fem års ålder och låg födelsevikt. Inga samband mellan välfärdsstatsvariabler och förväntad livslängd eller mellan välfärdsstatsvariabler och självrapporterad hälsa påträffades. Vidare påträffades endast ett antal välfärdsstatsvariabler vilka hade samband med de valda hälsoindikatorerna. Dessa var offentliga hälsovårdsutgifter, offentlig sjukvård och socialförsäkringstransaktioner.

Offentliga hälsovårdsutgifter per capita visade sig ha ett statistiskt signifikant samband med barnadödlighet och låg födelsevikt. Ökade offentliga hälsovårdsutgifter medförde en reduktion av incidensen med avseende på barnadödlighet och antalet nyfödda med låg födelsevikt. Olika välfärdsregimerna skiljer sig med avseende på hur stora de offentliga hälsovårdsutgifterna är (Världsbanken 2010) och hur stora de privata hälsovårdsutgifterna är. Detta kan exemplifieras med USA, Tyskland och Sverige som i bakgrunden nämndes som typexempel för den liberala, konservativa och socialdemokratiska välfärdsregimen. Enskilda länder kan naturligtvis inte representera hela välfärdsregimer så följande resonemang baseras endast på en generaliserad tankegång. I USA var år 2007 andelen offentliga hälsovårdsutgifter uttryckt i procent av de totala hälsovårdsutgifterna 45,4 procent. Motsvarande andel för Tyskland och Sverige under samma år var 76,9 procent respektive 81,7 procent (Världsbanken 2010). Eftersom ett signifikant samband mellan offentliga hälsovårdsutgifter av barnadödlighet förelåg så borde en bidragande orsak till den socialdemokratiska regimen låga barnadödlighet vara regimen höga offentliga hälsovårdsutgifter. Med samma resonemang borde en bidragande orsak till den liberala regimen höga barnadödlighet vara

denna regims låga hälsovårdsutgifter. Vidare är USA en av de nationer som satsar mest resurser på hälsovård per capita men som uppvisar ett undermåligt facit i fråga om bland annat förväntad livslängd (Världsbanken 2010). Trots att hälsovårdsutgifter bevisligen medför en reduktion av barnadödlighet finns alltså inom välfärdssystemet ytterligare variabler som påverkar barnadödligheten, som till exempel effektiviteten av de investerade hälsovårdsutgifterna. Vad som ytterligare underbygger detta resonemang är de resultat som visar att endast en sjundedels procent av variansen i barnadödlighet förklaras av hälsovårdsutgifter. Således förklaras en mycket stor del av barnadödligheten av andra faktorer.

Resultaten påvisade också ett statistiskt signifikant samband mellan variabeln ”andel av befolkningen som har en offentlig sjukförsäkring” och barnadödlighet. Precis som gällande offentliga hälsovårdsutgifter så varierar också andel av befolkningen som har en offentlig sjukförsäkring mellan länder och därmed också mellan regimer. I USA var år 2000 andelen av populationen som hade en offentlig sjukförsäkring 24,7 procent. Motsvarande andel för Sverige under samma år var 100 procent (Huber et al. 2004). Utifrån tidigare resonemang i vilket USA fick representera den liberala regimen och Sverige den socialdemokratiska så borde variabeln ”andel av befolkningen som har en offentlig sjukförsäkring” vara en bidragande orsak till den liberala regimens höga barnadödlighet samt den socialdemokratiska regimens låga barnadödlighet.

## 5.1 Metoddiskussion

Att för första gången skriva ett examensarbete på universitetsnivå har inte enbart varit en fråga om att tillskansa sig kunskaper i ämnesområdet och presentera dessa utan det har även varit en läroprocess i uppsatsskrivande. Två steg fram och ett tillbaka beskriver den process vi ständigt befunnit oss i. Samtliga delar i metodavsnittet har omarbetats grundligt åtminstone vid ett tillfälle, flera delar vid ett antal tillfällen. Designen föll dock tidigt på plats det vill säga den fyrdelade metodologin. Vi utgick från syftesbeskrivningen och hamnade i ett begrepp som gav en bredare teoretisk anknytning till olika komponenter i metodavsnittet - den teoretiska definitionens relation till den operationella definitionen. Sådana begrepp förefaller abstrakta vid en första påsyn men innehåller en metodologisk logik som bidrog till att strukturera metodavsnittet. Ett antal metodböcker användes i det arbetet (Ekengren, Hinnefors 2006)(Danermark et al. 1997)(Holme, Solvang 1997)(Bergström, Boréus 2000).

Utgångspunkten i hela utförandet skedde från den teoretiska definitionen där syftesbeskrivningen och de två frågeställningarna utgjorde basen. Således arbetade vi systematiskt med vår teoretiska definition i förhållande till artiklarna genom metodavsnittet och genom hela litteraturstudien. Den exakta definitionen i syftesbeskrivningen ändrades ett antal gånger men grundtanken var hela tiden densamma, att undersöka välfärdsregimernas relation till hälsa. Ett brett och svårhanterligt ämnesval som vi länge kämpade med genom olika avgränsningar och val av undersökningsobjekt. Valen av hälsoindikatorer och att undersöka välfärdsstatsvariabler innebar en stor avgränsning och en konkretisering av vad vi ville göra. Valet av hälsoindikatorer hade för avsikt att belysa så många aspekter av hälsa som möjligt. Då hälsa undersöktes och jämförts med hjälp av variabler, dels i form av regimtyp och dels i form av välfärdsstatsvariabler, knutna till makronivå föreföll det även mest rimligt att använda hälsoindikatorer ämnade för populationshälsa. Därmed valdes ett antal av de mest etablerade indikatorerna för populationshälsa. Det hade dock varit möjligt att göra andra val. Hälsobegreppet kan teoretiskt definieras på många olika sätt varpå flera skiljer sig från föreliggande litteraturstudies val. Ferraz-Nunes et al. (2007) beskriver bland annat

sjukdomsspecifika skalor, olika så kallade hälsoprofiler samt nyttomått. Ett exempel på nyttomått är QALY (quality adjusted life years) som utgår från livslängd och livskvalitet (Ferraz-Nunes et al. 2007). Vi bedömde dock att den typen av skalor och mått inte var lika relevanta utifrån föreliggande litteraturstudies syfte. Syftet var att undersöka välfärden främst och inte i huvudsak hälso- och sjukvårdens utfall.

Datainsamlingen utfördes genom ett antal systematiska databassökningar huvudsakligen i PubMed. En ytterligare sökning utfördes i databasen Scopus men gav inga nya artiklar. Val av sökord och urvalskriterier har redogjorts för i metodavsnittet men ett antal ytterligare saker bör nämnas angående datainsamlingen som genomförts. Antalet artiklar blev lågt, 12 stycken kvalificerades till artikelresultat. Önskvärt hade varit att finna ytterligare minst tre artiklar. Ett antal osystematiserade databassökningar utfördes i PubMed och Scopus men genererade inga för den teoretiska definitionen relevanta träffar. Med tanke på att de vetenskapliga artiklar som genererats via databassökningarna författats av ett antal men i huvudsak samma forskare tyder det på att vi ändå lyckats nå den forskning som finns på området. De få träffarna och den relativt lilla grupp av forskare det handlar om stärkte vår tes om att folkhälsovetenskapen visserligen behandlar frågor på populationsnivå men mer sällan på makronivå. Åtminstone inte på det sätt föreliggande litteraturstudie utformats när det gäller att undersöka och jämföra hälsa på en välfärdsstats- eller välfärdsregimnivå.

Begreppet välfärd liksom begreppen välfärdsregim, välfärdsstat och välfärdssystem var i likhet med hälsobegreppen svårdefinierade och stundtals rent av förvirrande att arbeta med. Varken den undersökta bakgrundslitteraturen med tillhörande stoff eller de vetenskapliga resultatartiklarna verkade riktigt överens om vare sig begreppens ursprung eller användningsområde. Sådana problem påverkade föreliggande litteraturstudies överförbarhet. Överförbarhet är en fråga om resultatet kan tillämpas i andra sammanhang (Bryman 2002). Det finns en risk att vår hantering av begreppen inte ligger i linje med artikelförfattarnas avsikter och det finns också en risk att läsare av vår litteraturstudie inte förstår våra avsikter. Det förelåg dessutom en hel del förförståelse från vår sida där välfärd överhuvudtaget betraktades som en statlig angelägenhet av socialdemokratiska mått. Det krävdes således ett betydande arbete att tillskansa sig kunskap om de tre ideologierna och filosofierna samt de politiska system som regimerna vilar på. Välfärd är exempelvis inte endast vare sig en statlig eller socialdemokratisk angelägenhet. Välfärden kan arrangeras på olika sätt både statligt och privat i olika välfärdsstater. Vår förståelse av de olika välfärdsbegreppen sammanfattades som följer: välfärdsregim som det av Esping-Andersen definierade samlingsbegreppet för ett antal välfärdsstater vars system av välfärdsfunktioner byggde på liknande ideologiska principer och utfall i hälsa och således motiverade att de klassificerades under en och samma regimtyp.

Esping-Andersens typologi var mer eller mindre självskreven som utgångspunkt då han satt agendan för välfärdsforskningen sedan tjugo år tillbaka. Man skulle visserligen kunnat utgå från andra typologier. Ferrera presenterade år 1996 en fyrdelad typologi av välfärdsregimer som fokuserade på skillnader i hur sociala förmåner beviljas och organiseras och inte, som Esping-Andersen, hur graden av sociala förmåner som beviljas från regimen skiljer sig åt (Karim et al. 2009). Detta resulterade i en variant av Esping-Andersens uppdelning: den anglosaxiska regimen (liberala), den skandinaviska regimen (socialdemokratiska), Bismarck-regimen (konservativa) samt ett tillägg i form av den sydeuropeiska regimen (Karim et al. 2009). Trots vissa skillnader i typologierna som följde på Esping-Andersens typologi föreföll grundtanken vara densamma gällande utgångspunkten i indelningen av de liberala, socialdemokratiska och konservativa välfärdsregimerna. Bambra (2007) menar att merparten av forskningen efter Esping-Andersen varit en stor uppgörelse med dennes typologi.

Skillnaden låg främst i att de flesta efterföljare utökade typologin från tre välfärdsregimer till oftast fyra, som Ferrera, och ibland fem välfärdsregimer (Karim et al. 2009). En av anledningarna till detta var att världen förändrats och att vissa länder således utelämnats i Esping-Andersens typologi. År 2008 presenterade Eikemo, Bambra, Joyce och Dahl en femdelad typologi innehållande Ferreras fjärde sydeuropeiska regim och en ytterligare femte regim som kallades den östra välfärdsregimen där länder som Slovenien, Ungern och Polen ingick. Vissa av nationerna i den femte delen existerade inte när Esping-Andersen presenterade sin typologi och andra stater var kommunistiska diktaturer vilka hade stora problem med instabil ekonomi, vilket innebar att de tidigare inte kunde räknas som välfärdsstater. Eikemo et al. förklarade i sin studie från år 2008 att nationerna i den femte delen hade begränsade välfärdsfunktioner i jämförelse med de andra välfärdsregimerna i Europa. Det stod hursomhelst klart att majoriteten regimtypologier trots modifikationer utgick från Esping-Andersens grundindelning varpå vi beslutade att det borde vara vår utgångspunkt i fråga om typologiseringen. Valet av Esping-Andersens typologi innebar dock en svaghet i uppsatsen. Eftersom olika typologiseringar kategoriserar länder utifrån olika principer så medför det att slutsatser av de resultat som föreliggande litteraturstudie påvisat kan vara missvisande och således påverka tillförlitligheten. Tillförlitlighet är en fråga om hur hållbara slutsatser kan anses vara som innehåller minst relaterade två faktorer (Bryman 2002). En annan kategorisering av välfärdsstater kunde ge ett annat resultat. Ett land som varit svårt att placera är Finland som i vissa typologier hamnar i den konservativa regimen och andra gånger i den socialdemokratiska regimen (Bambra 2007). Finland har fler konservativa lösningar än övriga nordiska välfärdsstater men också flera grundläggande likheter med det socialdemokratiska välfärdssystemet. En styrka med typologisering är dock att jämförelser och generaliseringar blir möjliga vilket dessutom var av vikt för föreliggande litteraturstudie.

En utmaning gällande textanalysen var att hantera den kvantitativa datan och de kvalitativa resonemangen. Dels krävdes som tidigare nämnt kunskaper om välfärdsteoretisk filosofi, ideologi och politik och dels krävdes kunskaper i statistik och epidemiologi. Att presentera vårt resultat var därför i huvudsak en fråga om att hitta och förstå centrala begrepp (i, ii, iii, iiiii) och sakförhållanden och på ett tillfredsställande vis avgränsa materialet i förhållande till vår teoretiska definition. Under arbetet med textanalys och resultatpresentation stod det klart att föreliggande litteraturstudie hade en brist gällande att besvara frågeställning nummer 2. Det vetenskapliga materialet var litet, det vill säga få välfärdsstatsvariabler identifierades. Det kan betraktas som ett resultat i sig och kan tyda på att det finns brister i forskningen på det området. Det kan också bero på en metodologisk brist i föreliggande litteraturstudie som kan kopplas till hur databassökningarna utformats. I det här avseendet påvisades en svaghet i pålitligheten, det vill säga huruvida resultatet är rättvisande och går att upprepa (Bryman 2002).

Gällande etiska förhållningssätt har det i samråd med föreliggande litteraturstudies handledare bedömts att det vetenskapliga materialet mestadels består av aggregerade befolkningsdata med undantag för datan gällande självrappporterad hälsa som vi noterat bygger på enkätfrågor till utvalda personer. Självrappporterad hälsa som den presenterats i artiklarna har dock förelegat som avidentifierad. Således har inga etiska överväganden varit nödvändiga. God forskningssed har upprätthållits genom att i möjligaste mån referera till originalkällor. I vissa fall har det inte varit möjligt att referera till originalkällor som exempelvis gällande Webers idealtyper. Litteraturen som refererats till då har bedömts vara trovärdig som andrahandskälla.

## 6. Konklusion

I föreliggande litteraturstudie undersöktes hälsa utifrån en typologi uppdelad i tre olika välfärdsregimer och genom utvalda hälsoindikatorer jämfördes hälsan mellan välfärdsregimerna. Denna jämförelse i kombination med att ha påvisat samband mellan välfärdsstatsvariabler och utvalda hälsoindikatorer syftade till att belysa välfärdsregimernas roll för hälsan. De påvisade skillnaderna i absolut och ojämlik hälsa mellan välfärdsregimer samt välfärdsstatsvariablers koppling till dessa hälsoskillnader ger en bild av hur olika typer av välfärdsarrangemang resulterar i olika hälsoutfall hos populationer. Vidare återges genom beskrivningen av de olika typerna av välfärdsarrangemang de ramar i form av möjligheter, begränsningar och verktyg vilka folkhälsoarbetet i de olika regimerna har att arbeta inom. Resultaten belyser även ett antal för de olika regimerna potentiella riskgrupper och ger därmed en anvisning om i vilken riktning folkhälsoarbetet inom respektive regim kan verka. Föreliggande litteraturstudie belyser därmed att välfärd kan organiseras på olika vis och att god folkhälsa kan uppnås på många olika sätt. Ett framgångsrikt folkhälsoarbete bör utnyttja alla till buds stående medel i ett samhälle såsom offentliga verksamheter, marknaden, frivilligsektorn och familjen och inte låsa sig vid enskilda ideologiska idéer om hur välfärd och god folkhälsa kan uppnås. Således erbjuder föreliggande litteraturstudie inte ett inlägg om hur samhället bör se ut men en sammanställning av hur det ser ut och vilka arrangemang som är förmånliga gällande olika folkhälsoutfall.

## 7. Referenser

- Andersen H, Kaspersen L (1999) *Klassisk och modern samhällsteori*. Studentlitteratur
- Andersson I (2006) *Epidemiologi för folkhälsovetare - en introduktion*. Studentlitteratur
- Backman J (1998) *Rapporter och uppsatser*. Studentlitteratur
- Bambra C (2005) *Health Status and the Worlds of Welfare*. Social Policy & Society. Cambridge University Press.
- Bambra C (2007) *Going beyond The three worlds of welfare capitalism: regime theory and public health research*. Journal of Epidemiology and Community Health 61
- Bambra C, Eikemo T (2008a) *Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries*. Journal of Epidemiology and Community Health 63
- Bambra C, Pope D, Swami V, Stanistreet D, Roskam A, Kunst A, Scott-Samuel A (2008b) *Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries*. Journal of Epidemiology and Community Health 63
- Bergström G, Boréus K (2000) *Textens mening och makt. Metodbok i samhällsvetenskaplig textanalys*. Studentlitteratur
- Bohm P (1996) *Samhällsekonomisk effektivitet*. SNS Förlag
- Bryman A (2002) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Liber AB
- Burström B, Whitehead M, Clayton S, Fritzell S, Vannoni F, Costa F (2009) *Health inequalities between lone and couple mothers and policy under different welfare regimes - The example of Italy, Sweden and Britain*. Social Science and Medicine 70
- Carlson P (2007) *Socialt kapital och psykisk hälsa*. Statens folkhälsoinstitut
- Coburn D (2000) *Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neo-liberalism*. Social Science and Medicine 51
- Chung H, Muntaner C (2006a) *Political and welfare state determinants of infant and child health indicators: An analysis of wealthy countries*. Social Science & Medicine 63
- Conley D, Springer K (2001) *Welfare state and infant mortality*. The American Journal of Sociology 107. The University of Chicago Press
- Chung H, Muntaner C (2006b) *Welfare state matters: A typological multilevel analysis of wealthy countries*. Health Policy 80
- Danermark B, Ekström M, Jakobsen L, Karlsson J (1997) *Att förklara samhället*. Studentlitteratur

- Eikemo T, Bambra C, Joyce K, Dahl E (2008a) *Welfare state regimes and income-related health inequalities: a comparison of 23 European countries*. *European Journal of Public Health*, Vol. 18, No. 6
- Eikemo T, Bambra C, Judge K, Ringdal K (2008b) *Welfare state regimes and differences in self-perceived health in Europe: A multilevel analysis*. *Social Science & Medicine* 66
- Eikemo T, Huisman M, Bambra C, Kunst A (2007) *Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries*. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 30, No. 4
- Ekengren A-M, Hinnfors J (2006) *Uppsatshandbok - hur du lyckas med din uppsats*. Studentlitteratur
- Esping-Andersen G (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press
- Ferraz-Nunes J, Karlberg I, Bergström G (2007) *Hälsoekonomi – begrepp och tillämpningar*. Studentlitteratur
- Filmer, Pritchett (1999) *The impact of public spending on health: does money matter?* *Social Science and Medicine* 49
- Fyhr A, Wilhelmsson O (2000) *Vård- och omsorgsarbete*. Bonnier Utbildning
- Gonäs L, Johansson S, Svärd I (1997) *Lokala utfall av den offentliga sektorns omvandling*. Fritze URL=<http://www.sweden.gov.se/content/1/c4/25/27/fc1f02fc.pdf> hämtad: 2010-05-18
- Granqvist R (1993) *Effektivitet i ekonomisk analys: Paretokriteriet - tolkningar, försvar och kritik*. Thales
- Hall GM (2003) *How to write a paper*. BMJ Publishing Group
- Hanson U (2006) *Vad är en vetenskaplig artikel?* Karolinska Institutet. Universitetsbiblioteket. URL=<http://ki.se/content/1/c4/54/02/Vetenskaplighet.pdf> hämtad: 2010-05-18
- Hicks A, Kenworthy L (2002) *Varieties of Welfare Capitalism*. Luxembourg Income Study Working Paper Series. Working Paper No. 316. URL=<http://www.lisproject.org/publications/liswps/316.pdf> hämtad: 2010-05-18
- Holme MI, Solvang BK (1997) *Forskningsmetodik: om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Studentlitteratur
- Huber E, Ragin C, Stephens J (2004) *Comparative Welfare States Data Set 1997*. Updated by Brady D, Beckfield J, Stephens J 2004. URL=<http://www.lisproject.org/publications/welfaredata/cws%20codebook%202004.pdf> hämtad: 2010-05-18
- Idler EL, Benyamini Y (1997) *Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies*. *Journal of Health and Social Behavior*



- Karim S, Eikemo T, Bambra C (2009) *Welfare state regimes and population health: Integrating the East Asian welfare states*. Health Policy 94
- Kawachi I, Kennedy B, Lochner K, Prothrow-Stith D (1997) *Social Capital, Income Inequality, and Mortality*. American Journal of Public Health, Vol. 87, No. 9
- Lindstrand A, Bergström S, Rosling H, Rubenson B, Stenson B, Tylleskär T (2006) *Global Health. An introductory textbook*. Studentlitteratur
- Lundberg O, Yngwe M Å, Stjärne M K, Björk L, Fritzell J (2008) *The Nordic Experience: Welfare States and Public Health*. Health Equity Studies No 12
- Midgley J (1997) *Social Welfare in Global Context*. Sage Publications
- Moe S (1995) *Sociologisk teori*. Studentlitteratur
- Nationalencyklopedin (2010) *Välfärdsstat*. URL=<http://www.ne.se/välfärd> hämtad: 2010-05-18
- Nationalencyklopedin (2010) *Välfärdsstat*. URL=<http://www.ne.se/välfärdsstat> hämtad: 2010-05-18
- Navarro V, Shi L (2001) *The political context of social inequalities and health*. International Journal of Health Services: planning, administration, evaluation
- Nordisk familjebok (1905) *Project Runeberg. Uggleupplagan 3 Bergsvalan - Branstad 1905*. URL=<http://runeberg.org/nfbc/0283.html> hämtad: 2010-05-18
- Nozick R (1974) *Anarchy state and utopia*. Basic Books
- PubMed FAQ (2009) *Peer-Reviewed/Refereed Journals in PubMed*. URL=<http://www.nlm.nih.gov/services/peerrev.html> hämtad: 2010-05-18
- Raphael D, Bryant T (2003) *The welfare state as a determinant of women's health: support for women's quality of life in Canada and four comparison nations*. Health Policy 68
- Rydland L-T, Arnesen S, Østensen Å-G (2008) *Contextual data for the European Social Survey. An overview and assessment of extant sources*. URL=[http://ess.nsd.uib.no/ess/doc/ESS\\_context\\_sources.pdf](http://ess.nsd.uib.no/ess/doc/ESS_context_sources.pdf) hämtad: 2010-05-18
- SCB (2010) Statistiska centralbyrån. *Befolkningsstatistik. Återstående medellivslängd för åren 1751- 2009*. URL=[http://www.scb.se/Pages/TableAndChart\\_\\_\\_25830.aspx](http://www.scb.se/Pages/TableAndChart___25830.aspx) hämtad: 2010-05-18
- Scruton R (2002) *The Meaning of Conservatism*. St. Augustine's Press
- SOU (2001) Statens offentliga utredningar. *Välfärdens finansiering och fördelning*. Socialdepartementet 2001:57

Vallgård S (2007) *Public health policies: A Scandinavian model?* Scandinavian Journal of Public Health 35

Världsbanken (2010) *World Development Indicators*. URL=  
<http://data.worldbank.org/indicator> hämtad: 2010-05-18

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