

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag

Trude Wiik

Bacheloroppgave

Sosial ulikhet og psykisk helse

Social inequality and mental health

Bachelor Folkehelse B1FOA - 2014

2017

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Innholdsfortegnelse

Innhold

INNHALDSFORTEGNELSE	3
SAMMENDRAG	5
FORORD	6
1. INNLEDNING	7
1.1 PROBLEMSTILLING	8
2. TEORI	10
2.1 SOSIAL ULIKHET I HELSE	10
2.1.1 <i>Sosioøkonomisk status</i>	11
2.1.2 <i>Sosial kapital</i>	13
2.2 PSYKISK HELSE	13
2.2.1 <i>Psykiske plager og psykiske lidelser</i>	14
2.2.2 <i>Det psykososiale perspektiv</i>	15
2.3 SOSIAL ULIKHET OG PSYKISK HELSE	16
2.3.1 <i>Voksne</i>	17
2.3.2 <i>Barn og unge</i>	18
3. METODE	19
3.1 BAKGRUNN FOR VALG AV METODE	19
3.2 DE ULIKE METODENE SOM BENYTTES I ARTIKLENE	20
3.3 INKLUSJONS- OG EKSLUSJONSKRITERIER	21
3.4 KILDEKRITIKK	22
3.5 SØKEPROSESSEN	22
4. RESULTAT	25

4.1	DE UTVALGTE ARTIKLENE.....	25
5.	DISKUSJON	31
5.1	VOKSNE OG FORELDRE	32
5.2	BARN OG UNGE.....	37
6.	KONKLUSJON	43
	LITTERATURLISTE	45

Sammendrag

Forfatter

Trude Wiik.

Tittel

Sosial ulikhet og psykisk helse.

Problemstilling

“Hvilke implikasjoner har sosial ulikhet for psykisk helse i ulike aldersgrupper?”

Teori

Sosial ulikhet i helse, hvordan sosioøkonomisk status påvirker psykisk helse og hva sosial kapital har å si for sosial ulikhet. I tillegg inngår psykiske lidelser og psykiske plager i teorien. Alt dette sees i sammenheng med voksen, foreldre og barn og unge.

Metode

I denne oppgaven anvendes litteraturstudie som metode.

Datapresentasjon og diskusjon

Datapresentasjonen tar utgangspunkt i åtte vitenskapelige artikler, som både er kvalitativ og kvantitativ. I diskusjonen sees artiklenes resultater i sammenheng med hverandre, og opp mot teori.

Konklusjon

Konklusjonen er at sosial ulikhet påvirker psykisk helse hele livet, men i varierende grad i de ulike aldersgruppene. Sosioøkonomisk status er av stor betydning for utvikling av psykiske helseproblemer, slik som angst og depresjon. Likevel ser en at det er mange ulike årsaksforhold og faktorer som spiller inn.

Nøkkelord

Sosial ulikhet, sosioøkonomisk status, psykisk helse, angst og depresjon, sosial kapital, barn, unge og voksne.

Forord

Etter 3 år med folkehelse har jeg sett hvor mange ulike faktorer og årsakssammenhenger som spiller inn på folkehelsen. Samtidig har det økt min interesse for helse enda mer. I praksis deltok jeg på et møte for alle folkehelsekoordinatorene i Nordland fylke, hvor de i framtiden ville fokusere på å redusere sosial ulikhet og psykisk helse. I tillegg viser litteratur en bekymring for sosial ulikhet i Norge (Sund & Eikemo, 2011, s.139). Det har alltid vært en viss form for sosial ulikhet i den norske befolkning, men man ser større tendenser til en negativ utvikling. Psykisk helse er blitt et større tema i dagens samfunn, da spesielt rettet mot barn og unge. Sosial ulikhet og psykisk helse er også områder som jeg tror kommer til å bli en stor utfordring i framtiden, og hvor jeg som folkehelsearbeider vil kunne bidra med min kompetanse. Derfor har jeg valgt disse temaene til min oppgave, og fordi det er områder som jeg finner interessant.

Det har vært en krevende og langvarig arbeidsprosess, som har lært meg utrolig mye. Kunnskapen jeg har tilegnet meg i løpet av disse tre årene håper jeg å ta med inn i videre studier, og inn i arbeidslivet.

Jeg ønsker å takke min veileder Trygve Beyer Broch for konstruktive tilbakemeldinger, motiverende ord og god veiledning. Tusen takk.

Elverum 01.05.17

Trude Wiik

1. Innledning

Sosiale ulikheter i samfunnet avdekker også sosiale ulikheter i helse og levevaner. Dette ser en både hos barn, unge og voksne. «Å bevege seg oppover på samfunnets rangstige betyr at man også beveger seg oppover når det gjelder helse» (Stoltenberg, 2014, s.90). Man ser tydelige sammenhenger, men det som er vanskelig å forklare er hva som er de egentlige «årsakene til årsakene» (Stoltenberg, 2014, s.92).

«Sosial ulikhet i helse er muligens den største folkehelseutfordringen både nasjonalt og internasjonalt» skriver Sletteland og Donovan (2012, s.42). Utjevning av sosiale helseforskjeller er et viktig mål innen folkehelsearbeid, og ved å redusere dette vil man kunne bedre folkehelsen generelt (Stoltenberg, 2014, s.93). Sosial ulikhet har i mange år eksistert, og man ser at de sosioøkonomiske helseforskjellene i senere tid ikke har minsket, men heller økt (Mæland, Elstad, Næss & Westin, 2009, s.21-22). Man ser at helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, s.6), hvor de som har lav inntekt og kort utdanning blir hardest rammet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, s.6).

Helse- og omsorgsdepartementet (2007) skriver «Barns levekår og omgivelser i oppveksten påvirker blant annet utdanningsforløp og yrkesmuligheter senere i livet, som igjen påvirker helsen i voksen alder» (s.6). I tillegg viser en rapport fra Helsedirektoratet (Bøe, 2015, s.4) sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og psykologisk utvikling hos barn og unge. Familiens levekår mye å si for barns utvikling og psykiske helse (Bøe, 2015, s.1). Barn og unge som kommer fra hjem med høy sosioøkonomisk posisjon har ofte bedre helse og mindre psykiske plager enn barn og unge fra et hjem med lav sosioøkonomisk posisjon (Folkehelseinstituttet, 2016). Da kan man spørre seg i hvilken grad påvirker foreldrene

barna? I tillegg ser en klare sammenhenger mellom graden av sosial støtte og psykiske plager (Folkehelseinstituttet, 2016). Vil det dermed si at hvis barnet får god sosial støtte vil dette kunne motvirke psykiske lidelser?

Bacheloroppgaven vil ta for seg sosial ulikhet i form av sosioøkonomisk status, og se på hva dette har å si for den psykiske helsen i ulike faser av livet, med sosiologisk vinkling. Både hos de yngre og hos den voksne befolkningen. Til slutt vil jeg trekke inn sosial kapital og se på hvordan sosial støtte og sosial nettverk kan være med på å motvirke psykiske lidelser på bakgrunn av lav sosioøkonomisk status. I forhold til psykisk helse vil fokuset ligge på angst og depresjonsplager siden dette er vanlige lidelser hos barn og unge (Folkehelseinstituttet, 2015), og fordi flere artiklene tar for seg eller nevner disse psykiske helseproblemene.

1.1 Problemstilling

“Hvilke implikasjoner har sosial ulikhet for psykisk helse?”

Forskning viser at de sosioøkonomiske vilkårene som en blir utsatt for i barndommen og oppveksten vil kunne påvirke sosiale helseulikheter i voksen alder (Mæland, 2010, s.182). Derfor vil det være hensiktsmessig å se på barn og unge. Likevel kan det være relevant å se dette i sammenheng med voksen alder. Foreldres sosiale posisjon vil ha en innvirkning på oppvekstvilkår og barnets muligheter til utdanning (Mæland, 2010, s.182), derfor vil det være relevant å se på voksne som foreldre. Ved flere tilfeller nevnes det at psykiske lidelser har en sammensatt årsaksbakgrunn hvor ulike forhold spiller inn, som belastninger en opplever, personlige ressurser og sosial støtte (Mæland, 2010, s.158).

Underspørsmål:

“Hva forårsaker sosial ulikhet hos voksne, og på hvilken måte påvirker det deres psykiske helse?”

“Hvordan påvirker sosioøkonomisk status utviklingen av psykiske lidelser hos barn og unge?”

2. Teori

2.1 Sosial ulikhet i helse

Helse blir ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) definert som «...en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende og ikke bare fravær av sykdom eller lyte» (World Health Organization, s.a, egen oversettelse). Likevel er det vanskelig å finne en klar definisjon på helse, siden det er så mange innfallsvinkler til å forstå helse (Sletteland & Donovan, 2012, s.14-15).

«Sosiale helseforskjeller omfatter alle helseulikheter som oppleves som urettferdige og mulige å forebygge» (Sund & Eikemo, 2011, s126). Med uttrykket «sosiale ulikheter i helse» menes det systematiske forskjeller i helsetilstand som følger sosiale og økonomiske kategorier (Sosial- og helsedirektoratet, 2005a, s.8). Det er en inndeling av samfunnet på bakgrunn av sosioøkonomisk stratifisering (Sund & Eikemo, 2011, s.126) Og dermed kan man tolke sosiale ulikheter i helse som sosioøkonomiske forskjeller i helse (Sosial- og helsedirektoratet, 2005a, s.8).

«Sosial ulikhet er muligens den største folkehelseutfordringen både nasjonalt og internasjonalt» (Sletteland & Donovan, 2012, s.42). Man kan finne to perspektiver på sosial ulikhet. Det ene er at sosiale ulikheter i helse danner et mønster av en gradient gjennom hele befolkningen, en gradient over sosioøkonomiske posisjoner som er av stigende sykkelighet og dødelighet (Sosial- og helsedirektoratet, 2005a, s.4; Sletteland & Donovan, 2012, s.43). En sammenheng eller korrelasjon mellom inntekt og helse, er en sosial gradient. Det andre perspektivet på sosial ulikhet handler om at personer som er sosialt utsatt lever under en eller flere sterkt belastende forhold. Helse- og omsorgsdepartementet (2007) skriver at Norge

består av et samfunn hvor vi er opptatt av at alle skal ha like muligheter til å oppnå god helse (s.5). Dessverre er det ikke slik og sosial ulikhet er et uttrykk for gjennomgående urettferdigheter. Mange har ikke ressursene som trengs for å kunne få god helse, og man ser at det er i hovedsak sosiale betingelser som påvirker helse og ikke omvendt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, s.5).

Sosial ulikhet kan ses i sammenheng med begrepet sosialklasse eller laginndelingen av samfunnet og sosioøkonomisk posisjon (Sund & Eikemo, 2011, s.126). Sosiale helseulikheter vil si alle helseulikheter som oppleves som urettferdige og som er mulige å forebygge (Sund & Eikemo, 2011, s.126). Når det gjelder sosiale helseulikheter dreier det seg ofte om kollektive ulikheter. Det gir en beskrivelse av hvordan helsen stort sett varierer mellom sosiale lag i samfunnet (Sund & Eikemo, 2011, s.126).

2.1.1 Sosioøkonomisk status

Sosioøkonomisk status, sosial status sosial klasse og sosial posisjon brukes flere ganger om hverandre (Strand & Næss, 2009, s. 60). Samfunn består av et sosioøkonomisk hierarki hvor de vanligste kriteriene som blir brukt er inntekt, utdanning og yrke (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b, s.10). Ofte gir disse kriteriene gir en antydning til hvordan en person er plassert i det sosioøkonomiske hierarkiet (Sosial- og helsedirektoratet, 2005b, s.10). Sosioøkonomisk status er en inndeling av samfunnet på bakgrunn av ulike indikatorer (Strand & Næss, 2009, s.60). Lavere sosioøkonomisk status (SØS) sees i sammenheng med høyere forekomst av ulike helseplager og økt dødelighet (Bøe, 2015, s.4). Dette ser man spesielt hos voksne (Strand & Næss, 2009, s.59), og hos barn og unge som lever i fattigdom (Bøe, 2015, s.4). Det kan være vanskelig å måle sosioøkonomisk status hos barna derfor vil

det være hensiktsmessig å se på foreldrenes SØS. Man kan se på sosiale kategorier som kjønn, bosted og alder, men jeg velger å se på de sosioøkonomiske indikatorene, utdanning, yrke og inntekt (Sund & Eikemo, 2011, s.127-128).

Utdanning blir ofte brukt som en indikator på sosioøkonomisk status, dette er fordi det fanger opp de fleste grupper i samfunnet, i tillegg til at det er lett å måle (Strand & Næss, 2009, s.60). Man tilegner seg kunnskap og kognitiv tenkning gjennom utdanning, som gjør at man er mer mottakelig for informasjon og kan lettere gjøre seg nytte av den. Utdanningen endrer seg lite i voksen alder, og kan derfor vise viktigheten av utdanning i tidlige år (Strand & Næss, 2009, s.60). Yrkesklasse er ikke så lett å rangere, og mange klassifikasjonsskjemaer vil ikke reflektere dagens yrker på en god nok måte. I tillegg fanger det ikke opp alle grupper i samfunnet slik som ved utdanning (Strand & Næss, 2009, s.61). Grupper som minoriteter og eldre blir ikke inkludert, og ofte blir heller ikke arbeidsløse inkludert. Likevel henger det nøye sammen med utdanning og inntekt (Strand & Næss, 2009, s.61). Inntekt gir mer et øyeblikksbilde, fordi det kan endre seg igjennom livsløpet. Det er den indikatoren som mest gjenspeiler materielle levekår. Man ser en tydelig sammenheng mellom inntekt og helse siden bedre økonomi gir bedre tilgang på høyere kvalitet på mat, tilgang til bedre tjenester og bedre bosted (Strand & Næss, 2009, s.61). I tillegg ser man en motsatt effekt ved at dårligere helse fører til tap av inntekt (Strand & Næss, 2009, s.61).

Sosiale helsedeterminanter er faktorer som virker inn på helsen, enten ved at de øker eller reduserer forekomsten av sykdom og plager. Dahlgren og Whiteheads modell av helsedeterminantene viser at sosiale ulikheter påvirkes av ulike faktorer slik som sosialt nettverk, sosiale relasjoner, nærmiljøet, eller generelle sosioøkonomiske, kulturelle og politiske forhold (Mæland et al., 2009, s.22-23). Modellen viser at det er flere ulike faktorer som spiller inn, hvilket er viktig å vite for å kunne se sammenhengen mellom de ulike faktorene som er med på å påvirke og motvirke sosial ulikhet. Likevel er det for mange til å

kunne sette seg inn i alle. Sosioøkonomisk status er en kategori innen sosiale helsedeterminanter som innebærer utdanning, yrke og inntekt (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 20). Sosioøkonomisk status er et mye brukt for å se på sosiale ulikheter i en befolkning (Næss, Rognerud & Strand, 2007, s.6), og derfor vil jeg se mest på denne determinanten.

2.1.2 Sosial kapital

Sosial kapital er et samlebegrep for en rekke forhold som sosialt nettverk, sosial støtte og sosiale bånd. Ved dette kan man få sterke relasjoner til andre, og ressurser som kan hjelpe oss videre i livet eller i vanskelige situasjoner (Schiefløe, 2015, s.91-92). Dette kan sees i sammenheng med Bourdieus perspektiv på sosial kapital. Pierre Bourdieu var en fransk sosiolog som mente at kapital framtrer i tre hovedformer: økonomisk kapital, kulturell kapital og sosial kapital (Schiefløe, 2015, s.93). Sosial kapital betegnes som tilgangen man har til sosiale nettverk, og de ressursene som følger med (Schiefløe, 2015, s.93; Aakvaag, 2008, s.152-153). Fokuset i denne oppgaven vil ligge på sosial kapital.

2.2 Psykisk helse

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer psykisk helse som:

«... en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stressituasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet» (2016, egen oversettelse).

2.2.1 Psykiske plager og psykiske lidelser

Psykiske plager har ingen krav om å tilfredsstillende diagnostiske kriterier (Helsenorge.no, 2015b). Det oppleves som belastende og påvirker ofte men ikke alltid. Ofte er symptomene forbigående, men for noen blir de vedvarende (Stoltenberg, 2014, s.12). Da kan det videre utvikle seg til psykisk lidelse. Psykiske lidelser må tilfredsstillende bestemte diagnostiske kriterier. Det påvirker blant annet tanker, følelser og adferd, og kan føre til redusert livskvalitet og vanlig funksjon i hverdagen (Helsenorge.no, 2015b). Psykiske lidelser og plager påvirker hele mennesket (Martinsen, 2011, s.112), hvor det kan være lette og forbigående problemer til vedvarende sykdomstilstander (Mæland, 2010, s.157). Rundt halvparten av alle mennesker vil en eller annen gang i livet rammes av en eller flere psykiske lidelser (Martinsen, 2011, s.113). To av de vanligste lidelsene er depresjon og angstlidelser (Martinsen, 2011, s.113).

Psykiske lidelser starter vanligvis hos unge voksne, men kan oppstå allerede i barne- eller ungdomsårene. Psykiske lidelser rammer alle typer mennesker uansett stand og stilling (Martinsen, 2011, s.115), men forskning viser en sammenheng mellom psykiske helseplager, slik som depresjon og angst, og sosioøkonomisk status (Næss et al., 2007, s.8). Ofte er det en kombinasjon av flere risikofaktorer, det er sjeldent at man bare finner én årsak (Martinsen, 2011, s.115). Noen av tilstandene vil flere oppleve i livet, men som er «normale» reaksjoner på perioder med belastninger og overgangsstadier. Alle har perioder i livet hvor ting kan føles tungt og slitsomt, men som mestres ved hjelp av egne ressurser og støtte fra andre og omgivelsene (Mæland, 2010, s.157).

Angst og depresjon

I litteratursøkets artikler vises det ofte til angst og depresjon. Angstlidelser er en samlebetegnelse for tilstander hvor hovedsymptomet er angst, og er et utbredt symptom på en eller annen psykisk lidelse (Haugsgjerd, Jensen & Karlsson, 1998, s.98-99). Depresjon er en sykdom som påvirker livet og hverdagen over lengre tid. Som sagt kan en være trist i perioder, mens depresjon påvirker en person i større grad ved for eksempel søvnproblemer, appetitt, jobb og relasjoner til andre (Helsenorge.no, 2016). «15-20 prosent av barn og unge mellom 3 og 18 år har nedsatt funksjon på grunn av psykiske plager som angst, depresjon og adferdsproblemer» skriver Stoltenberg (2014, s.161). Videre skriver de at psykiske plager og lidelser er et stort problem hos de unge i Norge i dag. Hos de voksne viser norske og internasjonale studier at rundt 30-50 prosent vil få en psykisk lidelse i løpet av livet (Stoltenberg, 2014, s.167). Dette er i større grad angstlidelser og depresjon (Stoltenberg, 2014, s.167). Får en psykiske plager i barne- og ungdomsårene vil det være en større risiko for at det følger deg inn i voksenlivet og utvikler seg til en psykisk plage eller lidelse (Stoltenberg, 2014, s.161). Artikkene nevner flere ganger psykiske helseproblemer siden det kan være vanskelig å fastsette én type psykisk lidelse. Ofte kan det være en sammensetning av flere typer, og som påvirker i ulik grad.

2.2.2 Det psykososiale perspektiv

Det psykososiale perspektivet fokuserer på mennesket i sine sosiale omgivelser (Næss et al., 2007, s.9). Psykososiale risikofaktorer er: «psykiske belastninger som oppstår i samspillet mellom individet og det sosiale miljø, og som bidrar til å øke risikoen for helseproblemer» (Næss et al., 2007, s.58). Slike faktorer kan være tapsopplevelse, langvarig usikkerhet, mangel på kontroll over arbeid og familiesituasjon (Næss et al., 2007, s.58; Sosial- og helsedirektoratet, 2005a, s.15). Disse faktorene er med på å øke risikoen for fysiske

sykdommer, og ikke minst psykiske lidelser (Næss et al., 2007, s.58). Også vil posisjon i samfunnet være en medvirkende årsak til hvilke evner man har til å håndtere ulike situasjoner (Sosial- og helsedirektoratet, 2005a, s.15). Psykososiale faktorer kan påvirke helsen direkte ved langvarig stress (Næss et al., 2007, s.58). Psykisk stress kan utløse direkte psykiske problemer, samtidig vil langvarig stress kunne være en årsak bak mange fysiske lidelser (Sosial- og helsedirektoratet, 2005a, s.15). Ikke minst kan en ved langvarig stress utvikle psykiske lidelser som angst og depresjon (Næss et al., 2007, s.58). Så en ser at psykososiale faktorer er med på å øke risikoen for psykiske lidelser, som angst og depresjon (Næss et al., 2007, s.58).

2.3 Sosial ulikhet og psykisk helse

Måling av psykisk helse i form av depresjon eller angst viser klare forskjeller mellom utdanningsgruppene, hvor de med kortere utdanning har høyere utslag på depresjon og angst (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, s.14). Forskning viser at personer som med lav utdanning rapporterer mer psykiske plager, enn de med høy utdanning (Strand & Næss, 2009, s.69). Man ser «klare sammenhenger mellom graden av sosial støtte og psykiske plager» skriver Dalgard og Sørensen (2009, s.101). Årsakene til psykiske lidelser er sammensatt, hvor det er en balanse mellom personlige ressurser, belastninger og sosial støtte som avgjør om problemet er forbigående eller utvikler seg til en vedvarende lidelse (Mæland, 2010, s.158). I noen tilfeller kan psykiske lidelser komme av biologiske årsaker, men som oftest kommer det av familie, arbeidsliv, sosialt fellesskap og miljøforhold under oppvekst (Mæland, 2010, s.158).

2.3.1 Voksne

Undersøkelser som er gjort i andre land viser at sosioøkonomisk status er knyttet til dårlig psykisk helse (Næss et al., 2007, s.33). Sammenhengen varierer ved diagnose, og man vet ikke om SØS er en risikofaktor eller mer en konsekvens (Næss et al., 2007, s.33). Norge har gjort lite forskning på sammenhengen mellom psykiske lidelser og SØS. Likevel viser noen undersøkelser en sammenheng mellom psykiske plager, slik som depresjon og angst, og SØS (Næss et al., 2007, s.33). Man ser også mangel på mestring av egen livssituasjon øker risikoen for psykiske lidelser hos de med lav utdanning (Næss et al., 2007, s.33).

I sammenheng med sosial kapital er sosiale relasjoner en viktig årsaksfaktor til psykiske helsen (Schiefløe, 2015, s.105). «Det å ha gode venner, en støttende familie og gode arbeidskolleger er sterkt korrelert med graden av generell tilfredshet med tilværelsen» (Schiefløe, 2015, s.105). Hvor et godt familieliv er den viktigste faktoren for personlig lykke. Faktorer som økonomi, status og karriere har også betydning, men er ikke like sterke. Likevel ser man disse faktorene vil ha en medvirkende årsak i forhold til psykisk helse fordi det vil avgjøre om de ender eller forblir lavt eller høyt på den sosiale rangstigen (Sosial- og helsedirektoratet, 2005a, s.19)

I forhold til sosial kapital skriver Schiefløe (2015) «Det er anslått at ca. 50 prosent av alle jobbsøkere i USA finner stillingen gjennom personlige nettverk» (s.99). Det er også funnet tilsvarende tall i andre vestlige land. Man ser også en sammenheng mellom tilgangen på sosial kapital og lønnsutvikling (Schiefløe, 2015, s.101). Har man gode og ressursrike personlige nettverk vil det gi en fordel i forhold til opprykk og forfremmelser, som igjen gir muligheter til mer attraktive stillinger og høyere lønnsnivå (Schiefløe, 2015, s.101).

2.3.2 Barn og unge

Man ser klare sammenhenger mellom sosial ulikhet i barn og unges helse, selv om norske barn generelt er blant de friskeste i verden (Næss et al., 2007,s.29). En god utvikling i helse i barneårene er en av de viktigste byggesteinene for helsen gjennom resten av livet (Sletteland & Donovan, 2012, s.42). Man ser at ulikhet i helse øker etter hvert som man blir eldre (Sletteland & Donovan, 2012, s.45). Det er «oppvekstsvilkårene i de første leveårene som legger til grunnen for generell sårbarhet, alternativt motstandsdyktighet overfor ulike belastninger senere i livet» (Mæland, 2010, s.158). Man ser at generelt det å vokse opp i en familie med lav sosioøkonomisk status kan ha negative følger på barn og unges psykologiske utvikling (Bøe, 2015, s.4). Hos norske barn er atferdslidelser og depresjonsplager mindre vanlig enn barn i vestlige land (Stoltenberg, 2014, s.65), likevel har man en grunn til å tro at det øker siden man ser en reell økning i bruk av antidepressive midler (Helsenorge.no, 2015a).

I forhold til sosial kapital viser forskning at det er en tydelig sammenheng mellom foreldres sosioøkonomiske status og barns utdanningskarriere. Schiefloe (2015) skriver «Sannsynligheten for at barn skal gjennomføre høyere utdanning, øker når foreldrene selv har høyere utdanning og kommer fra høyere sosiale lag» (s.104). Samtidig ser man at den sosiale kapitalen hos barn spiller en rolle for utdanningsprestasjoner og utdanningsadferd. De kan bli motivert av skolekameratenes prestasjoner og ambisjoner (Schiefloe, 2015, s.104). Selv om barnet har svake skoleforutsetninger i familien vil de som regel gjøre det bedre hvis de går i en klasse med elever som har bedre forutsetninger (Schiefloe, 2015, s.104). Dette vil igjen ha en positiv effekt på den psykiske helsen ved at barnet kommer på nivå med sine jevnaldrende uavhengig av foreldrenes sosioøkonomisk status.

3. Metode

Metode kan sees på som en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander, hvor man kommer frem til ny kunnskap (Dalland, 2007, s.81). Den hjelper oss til å samle inn informasjonen vi trenger, altså samle inn data (Dalland, 2007, s.81). Det er «redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke» (Dalland, 2007, s.81). I samfunnsvitenskapen skiller en mellom kvalitativ og kvantitativ metode.

3.1 Bakgrunn for valg av metode

Metoden som blir benyttet for å svare på problemstillingen er litteraturstudie, hvilket er en kvalitativ metode. Kvalitativ metode brukes når man vil gå dybden av et fenomen, og si noe om kvaliteten eller spesielle kjennetegn ved fenomenet som studeres (Johannessen, Tuft & Christoffersen, 2016, s.32). Litteraturstudie er basert på forskning som allerede finnes innen et valgt område, og de ulike metodene som er brukt på feltet. Innenfor forskning på helse er det vanlig «å gjøre systematiske litteraturstudier basert på data fra primærkilder i form av publiserte vitenskapelige artikler eller rapporter» (Johannessen et al., 2016, s.105). Litteraturstudie har ingen metodemal, og kan dermed gjøres på ulike måter. Den må likevel ha en god struktur i gjennomføring og rapportering, samtidig er det noen krav som må oppfylles. Fordelen med å bruke denne metoden er at det er lite ressurskrevende, fordi det ikke krever like mye tid og midler som om det man skulle forsket på fenomenet selv. En ulempe ved å bruke litteraturstudie kan være at litteraturen som man benytter seg av kan i større grad være feilaktig eller upålitelig, hvilket vil påvirke resultatet (Johannessen et al., 2016, s.64-73). Derfor er det viktig å være kritisk til det en leser.

3.2 De ulike metodene som benyttes i artiklene

Forskning av sosiale helseulikheter går helt tilbake til 1900-tallet (Mæland et al., 2009, s.21-22), men det er blitt et større fokus nå i senere tid på å utjevne disse forskjellene (Sosial- og helsedirektoratet, 2005a, s.7). Det kan være vanskelig å finne god forskning på forekomsten av psykiske helseproblemer i sammenheng med sosial ulikhet. Dette kan være fordi psykiske lidelser og sosial ulikhet har ofte sammensatte årsaksforhold, hvor det kan benyttes ulike helseindikatorer (Sosial- og helsedirektoratet, 2005a, s.8). Likevel ser det ut som det er gjort en del forskning på sosial ulikhet generelt. På en annen side ser det ut til at det ikke er gjort tilstrekkelig forskning her i Norge, siden to av målene for Sosial- og helsedirektoratet (2005a) er å styrke forskning og dokumentasjon på sosial ulikhet (s.8). De vil også redusere de sosiale forskjellene i forbindelse med psykisk helse. På bakgrunn av dette vil det derfor bli sett på ulike forskningsmetoder i denne litteraturstudien. De fleste artiklene som jeg fant baserte seg på kvantitativ forskning. Ved kvantitativ metode slik som spørreundersøkelse får man informasjon om mange mennesker, men ved kvantitativ får man bredere informasjon om et spesielt fenomen (Johannessen et al., 2016, s.31-32). Derfor har jeg valgt å ta med en litteraturstudie, i tillegg til syv andre artikler hvor det er blitt benyttet ulike kvantitative metoder. Litteraturstudien er veldig relevant innenfor temaet og problemstillingen min. I tillegg gir det meg en mulighet til å se på forskning som er blitt gjort, for så og se det i sammenheng med forskning som jeg har funnet.

De kvantitative metodene som blir brukt er enten tverrsnittundersøkelser eller longitudinelle undersøkelser. Tverrsnittundersøkelser bruker data fra ett bestemt tidspunkt, eller fra en kort og avgrenset periode. Det gir et øyeblikksbilde av det man studerer (Johannessen et al., 2016, s.70). Ved en tverrsnittundersøkelse kan man få informasjon om hvordan ulike fenomener varierer på det et bestemt tidspunkt. Likevel må man være forsiktig med å trekke

konklusjoner i forhold til utvikling over tid, siden det bare gir et bilde av øyeblikket (Johannessen et al, 2016, s.70-71). Dette er en svakhet ved metoden. For å undersøke et fenomen over lengre tid burde det samles data fra flere tidspunkter. Hvis man i tillegg vil se endringer hos personer er det relevant å undersøke de samme personene over lengre tid (Johannessen et al., 2016, s.70-71), som for eksempel ved longitudinell studie.

Longitudinell studie eller longitudinell undersøkelse vil si en undersøkelse hvor data samles inn på flere enn ett tidspunkt (Johannessen et al., 2016, s.71). Det finnes flere former for longitudinelle undersøkelser. To av artiklene har brukt blant annet longitudinell studie i form av kohortundersøkelse. Kohort undersøkelse undersøker en felles livbegivenhet hos de personene som deltar. Dette kan for eksempel være personer som er født samme år eller tidsspenn (Johannessen et al., 2016, s.77).

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Et inklusjonskriterium var at blant annet at flere av artiklene skulle inneholde en eller flere mål på sosial ulikhet, helst ved sosioøkonomisk status eller posisjon. Annet inklusjonskriterium var at de skulle se på ulike determinanter for psykisk helse, enten hos barn, unge eller voksne. Psykisk helse kan måles på ulike måter. Depresjon, angst og stress nevnes, men er ikke nødvendigvis hovedfokus slik som sosial ulikhet. Derfor blir psykisk helse brukt som en sekkebetegnelse. I søkeprosessen ble artikler eldre enn 2009 ekskludert. Siden dette er et område som stadig er i utvikling var målet å finne artikler med nylige studier. Har tatt med et bredt aldersspenn som inklusjonskriterium, for å få et bredt spekter av påvirkningsgrad i ulike aldre. Det har ikke blitt hensyn til kjønn i denne oppgaven.

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk vil si å vurdere å karakterisere den litteraturen som er blitt brukt, og finne ut om kilden er pålitelig (Dalland, 2007, s.70). Man skal kunne være kritisk til innholdet som brukes i oppgaven, og se på hva slags kriterier som man selv har til å velge ut de aktuelle artiklene (Dalland, 2007, s.70-71). De utvalgte artiklene er alle skrevet på engelsk, og dermed måtte de oversettes til norsk. Ved oversettelse kan det oppstå ulike feilkilder underveis i prosessen (Dalland, 2007, s.94-95). Har likevel vært nøye med finne ut hva som står skrevet, og nøye med å forstå essensen i artiklene. En annen kildekritikk var å bruke fagfelleverderte artikler, for da benytter en seg av artikler som er kvalitetssikret av eksperter innenfor forskningsfeltet (Dalland, 2007, s.77-79).

3.5 Søkeprosessen

Har i hovedsak brukt ORIA som søkedatabase, fordi dette er søkemotoren som Høgskolen i Innlandet bruker. Søkte også i den norske databasen Idunn men fant ikke vitenskapelige artikler som var relevant for min oppgave. Felles for artiklene er at de er fra fagfelleverdert tidsskrift, de er artikler og alle er skrevet på engelsk. Fagfelleverdert tidsskrift vil si at artiklene er blitt vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagområdet, og som vurderes ut ifra bestemte kvalitetskriterier (Dalland, 2007, s.78). Jeg har valgt å søke på studier som er opp til 8 år gamle, altså 2009-2017. Dette er for å finne flest mulige artikler, men ikke artikler som er utdaterte.

Jeg startet søkeprosessen med å søke etter ord som viste til hovedfokuset i oppgaven slik som *social inequality* og *mental health*. Deretter søkte jeg på ord som *socioeconomic inequalities*, *child**, *adolescent** og *social capital*, for så å prøve ulike kombinasjoner av

disse. Via den første artikkelen fant jeg en veldig god artikkel som jeg fant interessant for oppgaven. Benyttet meg av denne metoden også på andre artikler, men fant ikke noen som jeg ville bruke i min oppgave.

Det har vært en lang søkeprosess som har til tider vært litt vanskelig fordi temaområdene er så omfattende, og det virket ikke som det ikke var gjort så mye forskning av sosial ulikhet og psykisk helse sammen. Likevel så jeg på dette som en spennende utfordring, og til slutt fant jeg artikler som belyser temaene fra flere vinkler.

Tabell 1. Søkeord og antall treff per søkeord.

Dato	Database	Søkeord	Antall treff	Avgrensning	Lest	Brukt	Forfattere
11.01. 2017	Oria	Social Inequality, mental health, social capital	3922	Fra fagfelleverdert tidsskrift, artikler, 2015-2017	12	1	Nielsen, Koushede, Vinther-Larsen & Bendtsen, Ersbøll, Due & Holstein, 2015
11.01. 2017	Oria	Social Inequality, mental health, children	938	Fra fagfelleverdert tidsskrift, artikler, 2013-2017, engelsk, children	8	1	Reiss, 2013
11.01. 2017	PubMed	Social inequalities, mental health, adolence	179	Full text, 5 years range	4	0	-
12.01. 2017	Oria	Eriksson, 2012, social capital	1179	Fra fagfelleverdert tidsskrift, artikler, 2012-2017	3	0	-
03.02. 2017	Oria	Social inequality, mental	9758	Fra fagfelleverdert tidsskrift, artikler,	5	0	-

		health, socioeconomic inequality		2011-2016			
03.02. 2017	Oria	Socioeconomic inequalities, mental health, adolescents	60	Fra fagfelleverdert tidsskrift, artikler, 2013-2016	3	1	Rajmil, Herdman & Ravens-Sieberer, 2013
06.02. 2017	Idunn	Sosial ulikhet, psykisk helse, barn	46		2	0	-
07.02. 2017	Oria	Social determinants, adolescent, child mental health		Fra fagfelleverdert tidsskrift, 2009-2017	3	1	Victornio & Gauthier, 2009
24.02. 2017	Via en annen artikkel (Reiss, 2013)					1	Melchior, Chastang, Walburg, Arseneault, Galéra & Fombonne, 2010
27.02. 2017	Oria	Social inequalities, socioeconomic status	9675	Fra fagfelleverderte tidsskrift, artikler, 2015-2017	3	1	Kim & Park, 2015
06.03. 2017	Oria	Social capital, social inequality	7077	Fra fagfelleverderte tidsskrift, artikler, 2010-2017, engelsk, sociology	5	1	Dahl & Malmberg-Heimonen, 2010
21.03. 17	Oria	Mental, disorder, income, household	11 301	Fra fagfelleverderte tidsskrift, artikler, 2011-2015, engelsk	3	1	Sareen, Afifi, McMillian & Asmundson, 2011

4. Resultat

4.1 De utvalgte artiklene

Her er en liten beskrivelse av de utvalgte artiklene. Her nevnes kort forfatter, hensikten med studien, metode, utvalg, kriterier, og resultat. Velger å vektlegge resultater, fordi dette er relevant for min problemstilling.

Artikkel 1:

“Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review”

(Reiss, 2013).

Artikkelen ser på sammenhengen mellom forskjellige indikatorer på SØS, mental helse og psykisk helse for barn og ungdom i alderen 4-18 år. Indikatorer på SØS var husholdningsinntekt, foreldenes utdanningsnivå og foreldrenes okkupasjons status. Dette er en litteraturstudie med søkeord som «socioeconomic» og «mental disorder» i tidsrommet 1990 til 2011. Det var seks kriterier for inkludering. Det var totalt 30 tverrsnitts studier og 25 longitudinelle undersøkelser eller kohortundersøkelser som ble inkludert. Av disse var det bare tre studier som ikke viste noe sammenheng mellom SØS og barns psykiske helse. Resultatene viser at det er en sammenheng mellom sosioøkonomisk posisjon og psykiske helseproblemer hos barn og unge. Hvor en reduksjon sosioøkonomisk status var assosiert med økende psykiske problemer.

Artikkel 2:

“Socioeconomic inequalities in mental health and health-related quality of life (HRQOL) in children and adolescents from 11 European countries”

(Rajmil, Herdman, Ravens-Sieberer, Erhart & Alonso, 2013).

Målet ved studien er å undersøke tilstedeværelse og omfanget av sosiale helseforskjeller i psykisk helse og helserelatert livskvalitet (HRQOL) i 11 europeiske land. Dette gjelder barn og unge i alderen 8-18 år, hvor utvalget besto av 16 210 foreldre-barn-par. Metoden besto av tverrsnittundersøkelser på et representativt utvalg av barn og unge, hvor de utvalgte landene hadde deltatt i KIDSCREEN Project. Ved måling av mental helse ble det brukt Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), og helserelatert livskvalitet (HRQOL) ved hjelp av KIDSCREEN-10. Sosioøkonomisk status (SØS) ble vurdert ved hjelp av Family Affluence Scale (FAS) og foreldres utdanningsnivå. FAS er en selvrapportert måling av familiens finansielle status, som blir gjennomført på barn og unge. Foreldres utdanningsnivå ble oppgitt av foreldrene. Relative Index of Inequalities (RII) ble brukt for å måle omfanget av ulikheter i helse, hvor også The population attribute risk (PAR) ble brukt som en måling av ulikheter i helse. Svarprosenten varierte fra 24,2% til 72,0%. Resultatene viser at opplevd helserelatert livskvalitet var generelt lavere hos de med lavere sosioøkonomisk status, og at man kan se sosioøkonomiske ulikheter i psykisk helse.

Artikkel 3:

“Family income and youths’ symptoms of depression and anxiety: A longitudinal study of the French Gazel Youth Cohort”

(Melchior, Chastang, Walburg, Arseneault, Galéra & Fombonne, 2010)

Artikkelens hensikt er å se om ungdom som vokser opp i familier med lav inntekt har økt forekomst av psykiske vansker. Dette er en longitudinell undersøkelse hvor de har brukt data fra GAZEL Youth study, som er en fransk kohortstudie. Utvalget besto av 941 ungdommer i alderen 4-18 år. Målinger av familiens inntekt og ungdoms symptomer på depresjon og angst ble gjort ved bruk av ASEBA, og ble hentet ved studiestart og oppfølging. Kovariater inkluderte familiens karakteristikk som foreldres skilsmisse og foreldres arbeidsledighet, og unges egenskaper som alder, kjønn og stressende livshendelser. Resultatene viser at ungdommene som kom fra familier med lav inntekt i løpet av studieperioden har en større sannsynlighet for symptomer på depresjon og angst. Spesielt var sannsynligheten for psykiske vansker blant ungdom hvor familien hadde lav inntekt over tid.

Artikkel 4:

«The social determinants of child health: variations across health outcomes – a population-based cross-sectional analysis»

(Victorino & Gauthier, 2009).

Studien ser på hva sosiale helsedeterminanter har å si for barns helse, og ulikheter i helseutfall. Studien er en populasjonsbasert tverrsnittundersøkelse hvor det er brukt data fra US National Survey of Children’s Health. Utvalget var 102 353 barn og unge i alderen 0 til 17 år. Artikkelen er firedeelt hvor det sees på ulike problemstillinger eller mål. Disse problemstillingene omfatter inntekt og barns helseutfall, og inntekt i sammenheng med

utdanning og hvordan dette påvirker barns helseutfall. I tillegg sees det på potensielle variabler slik som foreldrenes psykiske helse. Resultater viser at sammenhengen mellom noen determinanter stemte overens på tvers av forskjellige helseutfall. Studien ser på barns generelle helse, men det tar også for seg et relevant område for denne oppgaven, som er foreldres psykiske helse. Resultatene viser at dårlig selvrapportert psykisk helse enten hos far eller mor øker sjansen for at barnet har et dårlig helseutfall.

Artikkel 5:

«Impact of socioeconomic status and subjective social class on overall and health-related quality of life»

(Kim & Park, 2015)

Målet med studien er å undersøke effekten av sosioøkonomisk status og subjektiv perspektiv på sosial klasse i forhold til helserelatert livskvalitet. Subjektiv sosial klasse ble målt ved at deltakerne vurderte deres sosiale klasse, og rangerte dem selv deretter. Metoden som blir benyttet er longitudinell studie, hvor det blir brukt data fra Korean Longitudinal Study of Aging (KLoSA). Utvalget var på 8250 voksne personer fra alderen 45 år. Det ble analysert forskjeller mellom «health-related quality of life» (HRQOL) eller på norsk helserelatert livskvalitet, og livskvalitet «quality of life» (QOL). HRQOL er en vurdering av hvordan et individs velvære kan bli påvirket av en spesifikk sykdom, skade eller medisinsk behandling over tid. QOL blir brukt for å beskrive en persons generelle trivsel. Resultatene viser at husholdningsinntekt og subjektiv sosial klasse, og utdanning og subjektiv sosial klasse, har en innvirkning på forskjellen mellom HRQOL og QOL.

Artikkel 6:

«Relationship Between Household Income and Mental Disorders»

(Sareen, Afifi, McMillian & Asmundson, 2011)

Målet til artikkelen er å undersøke sammenhengen mellom inntekt, psykiske lidelser og selvmordsforsøk. Dette fordi det har vært en større bekymring for hvordan globale økonomiske nedgangstider kan påvirke den psykiske helsen. Metoden som er blitt brukt er nasjonal representativ og prospektiv longitudinell studie. Eller også kjent som kohortstudie. Utvalget var på 34 653 voksne i alderen 20 år og oppover. Disse ble intervjuet på to tidspunkter med 3 års mellomrom. Resultatene viser at i motsetning med høy inntekt så hadde de med lav høyere risiko for mentale lidelser. Og de som hadde nedgang i inntekt i løpet av studieperioden hadde en økt risiko, i forhold til de som ikke hadde noe endring.

Artikkel 7:

“Does school capital modify socioeconomic inequality in mental health? A multi-level analysis in Danish schools”

(Nielsen, Koushede, Vinther-Larsen, Bendtsen, Ersbøll, Due & Holstein, 2015)

Målet med artikkelen er å undersøke sammenhengen mellom sosioøkonomisk posisjon og emosjonelle symptomer blant ungdom blir påvirket av sosial kapital i skolen. Det ble brukt data fra The Danish Health Behaviour in School-aged Children Methodology Development Study 2012 (HBSC-MDS 2012), som er en tverrsnittsundersøkelse. Utvalget var på 3549 ungdommer i alderen 11-15 år fra to kommuner i Danmark. Undersøkelsen brukte tillit som en indikator på sosial kapital. Resultatene viste at det var større risiko for emosjonelle eller psykiske symptomer hos elever med lav tillit i forhold til skoleklasser med høy tillit. I tillegg

hadde elevene som kom fra lav sosioøkonomisk gruppe mer sannsynlighet for å oppleve daglige emosjonelle symptomer, i forhold til elever fra høy sosioøkonomisk gruppe. Så en ser at sosial kapital kan være med å motvirke de sosiale ulikhetene i et skolemiljø.

Artikkel 8:

«Social inequality and health: the role of social capital»

(Dahl & Malberg-Heimonen, 2010).

Artikkelen er basert på en landsomfattende tverrsnittundersøkelse i Norge. Dette er et representativt utvalg av den voksne befolkningen i alderen 18-74 år. Målet med studien er å undersøke om eller i hvilken grad ulik fordeling av sosial kapital forklarer forholdet mellom sosioøkonomisk status og helse i Norge. Utvalget var på 3190 voksne personer i alderen 18-74 år. Selvpålevd helse og langvarig sykdom var to helseutfall som ble analysert. Det var to helseutfall ble analysert, som var selvpålevd helse og langvarig sykdom. Etter å ha kontrollert for sosioøkonomisk posisjon og sosiodemografiske variabler var det bare nabolagets tilfredshet og generalisert tillit som viste en betydelig sammenheng med selvpålevd helse. Ingen av variablene for sosial kapital hadde noe betydningsfull assosiasjon med langvarig sykdom. Deres analyse viser at sosial kapital ikke har noe virkning på sosioøkonomisk posisjon i forhold til helse.

5. Diskusjon

Wilkinson og Pickett (2012) viser oss at det er mange ulike faktorer som er med på å skape eller påvirke til sosial ulikhet, og at flere blir rammet av mentale helseproblemer der hvor ulikhetene er størst. Samtidig er det mange ulike påvirkningsfaktorer som spiller inn både på individnivå og samfunnsnivå. For eksempel genetikk og sosialt nettverk på individnivå, og forebyggende tiltak og behandling på samfunnsnivå (Mæland, 2010, s.28-30). Jeg skal se på hva som påvirker sosial ulikhet ved sosioøkonomisk status og psykisk helse, men samtidig se det hele i et større perspektiv. Sosial kapital i form av støtte og nettverk er noe jeg også vil prøve å belyse i sammenheng med sosial ulikhet. Mæland (2010) skriver: «psykisk helse henger sammen med kvaliteten på mellommenneskelige relasjoner, forhold i nærmiljøet og måten samfunnet er organisert på» (s.181). Støtte fra andre og et godt nettverk viser å ha en positiv virkning på helsen (Schiefløe, 2015, s.159-161). Så kan en forbedre de sosiale ulikhetene som man er født med? Eller er man dømt til den sosiale stillingen man har fått?

I artiklene er det to temaer som går igjen i alle, hvilket er sosioøkonomisk status og psykisk helse. Temaet psykisk helse går igjen i fire av artiklene, enten ved depresjon og angst, eller så blir det nevnt at stress kan føre til psykiske problemer. Flesteparten ser også bare generelt på psykisk helse. Flere av studiene viser at lavere sosioøkonomisk status er assosiert med ulike psykiske plager eller lidelser, mens noen er litt usikre på denne forbindelsen. Likevel nevner flere av artiklene påvirkningsgraden disse faktorene har. Ikke bare for voksen, men også for barn og ungdom.

5.1 Voksne og foreldre

Påvirkningen sosioøkonomisk status har på den psykiske helsen hos voksne

Høy sosioøkonomisk status er forbundet med bedre helse (Stoltenberg, 2014, s. 8). De med et høyere yrke, lengst utdanning og best økonomi scorer høyere på helsemålingene enn de som har lavere yrke, kortere utdanning og dårligere økonomi. En ser at alvorlige helseproblemer kan føre til tap av utdanning, inntekt og gi problemer med å fullføre utdanning. Samtidig kan ulik sosial posisjon føre til dårligere helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, s.5). Artikkelen til Reiss (2013) og artikkelen til Sareen, Afifi, McMillian og Asmundson (2011) viser at det vil være hensiktsmessig å prøve å utjevne sosial ulikhet, for dette vil igjen ha en positiv virkning på helsen og ikke minst den psykiske helsen. Dette er noe som kan endres, og som i tillegg er mulig å forebygge (Sund & Eikemo, 2011, s. 126).

Sosioøkonomisk status ved utdanning og inntekt

De fleste artiklene som jeg har brukt har sett på sosioøkonomisk status i form av utdanning og inntekt. I tillegg skriver Helse- og omsorgsdepartementet (2007) at de som har kort utdanning og lav inntekt er de som blir rammet hardest i forhold til helseforskjeller (s.6). Derfor vil jeg gå nærmere inn på disse faktorene. Sletteland og Donovan (2012) skriver: «for helse og livsstil er det utdanningsnivået som betyr mest» (s.88). Victorino og Gauthier (2009) hevder at utdanning er et bedre forvarsel på utbrudd av helseproblemer enn inntekt. På en annen side er inntekt sterkere assosiert med utvikling av helseproblemer. Inntekt er noe som kan forandre seg mye i løpet av et liv. Alt i alt er både utdanning og inntekt gode indikatorer i forskning av sosial ulikhet, og de fleste artiklene bruker disse som en måling på SØS. Både hos voksne, barn og unge.

Kim og Park (2015) skriver at utdanning påvirker hvordan man håndterer og oppfatter informasjon. Utdanning er ikke bare et mål på en persons kunnskapsmessige kompetanse, men det er også en determinant på yrke og inntekt i senere i livet (Sund & Eikemo, 2011, s.127). Dette kan sees i sammenheng med studien til Victorino og Gauthier (2009) som forteller at nivået av utdanning vil ha mye å si for hvilket yrke en havner i, og hvor stor inntekt en får. For å kunne redusere sosiale forskjeller som bidrar til helseforskjeller, er like muligheter til utdanning og arbeid et viktig tiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, s.6). Dette vil igjen ha en virkning på den psykiske helsen fordi man ser en klar sammenheng mellom utdanningsnivå, og symptomer på depresjon og angst (Sosial- og helsedirektoratet, 2005a, s.13).

Kim og Park (2015) skriver at inntekt er noe som endres i takt med livet og endringer i livssituasjon. I tillegg er det den indikatoren som kan endres mest på kort tid (Sund & Eikemo, 2011, s.128). Studien til Sareen et al. (2011) viser at personer med lav inntekt, og personer med lav sosioøkonomisk status var assosiert med en økt risiko for stemningslidelser og angstlidelser. I tillegg viser studien til Melchior et al. (2010) en sammenheng mellom foreldrenes inntekt og symptomer på angst og depresjon hos barna. Dermed ser en at foreldrenes sosioøkonomiske status har en stor påvirkningskraft hos barna.

Forskningen til Sareen et al. (2011) viser at familier med husholdningsinntekt mindre enn \$20 000 (171 960 kr) per år hadde en økt risiko for affektive lidelser eller stemningslidelser, angst og ellers lidelser som hadde effekt på humøret. Dette var i forhold til familier med husholdningsinntekt på \$70 000 (601 860 kr) eller mer per år (Sareen et al., 2011). Samtidig så man ingen økning eller reduksjon i psykiske lidelser, ved økning i inntekt i oppfølgingsperioden (Sareen et al., 2011). Wilkinson og Pickett skriver at «jo rikere et land blir, desto mindre betyr det å bli enda rikere noe, når det gjelder befolkningens opplevde lykke» (2012, s.34). På bakgrunn av dette kan en se at økning i inntekt nødvendigvis ikke er

assosiert med økt livstilfredshet og lykke (Sareen et al., 2011). Studien til Sareen et al. (2011) viser at spesielt personer med alvorlige psykiske lidelser har en større sannsynlighet for å være hjemløs og fattig. På bakgrunn av dette ser man at psykisk helse også *påvirker* sosial ulikhet. Dermed blir det som en ond sirkel hvor det ene har betydning for det andre. Dette kommer vi nærmere inn på i sosial kausalitet og sosial seleksjon. Studien til Sareen et al. (2011) konkluderer med at voksne med reduksjon i inntekt har en økt risiko for psykiske lidelser.

Sareen et al. (2011) nevner at det er flere årsaker eller mekanismer som står bak utviklingen av psykiske problemer hos personer med lav inntekt. Dette er blant annet sult, at en har redusert kapasitet til å skaffe seg helsehjelp og sosiale nettverk. Inntekt har mye å si for hvor gode levekår en person kan ha, og når det blir så kritisk at en ikke har råd til mat og bolig vil en kunne tenke seg at dette blir en psykisk påkjenning. For å kunne ha en inntekt må man ha arbeid, og det er noe som blir nevnt ved forebygging av psykiske lidelser (Martinsen, 2011, s.117). Ved at man jobber vil man få bedre økonomi, og som igjen vil være med på å styrke selvfølelsen. I tillegg er det en arena for å møte andre mennesker, som vil kunne gi muligheter til å skape et godt sosialt nettverk (Martinsen, 2011, s.118). Ved et sosialt nettverk kan en ressurs være gode relasjoner, som vil være en viktig faktor for bedring av inntekt. Positiv omtale fra andre vil kunne gi gode referanser til opprykk innen arbeidslivet, og som videre vil kunne gi økt lønn. Sareen et al. (2011) påpeker at en person nødvendigvis ikke er så fortvilet over ens situasjon eller mangler når en får støtte fra andre medlemmer i samfunnet som står ovenfor samme situasjon. Dette var da sett i sammenheng med inntekt. Dermed kan støtte fra andre være med på å påvirke den psykiske helsen i positivt retning uavhengig av nedgang i inntekt. Likevel er det viktig å påpeke at endring i inntekt er ikke alltid under en persons kontroll (Sareen et al., 2011). Dermed må man sørge for å gi gode og like muligheter til alle for å utjevne sosial ulikhet.

En interessant vinkling er å se på betydningen av inntekt mellom yngre voksne og eldre voksne. I undersøkelsen til Sareen et al. (2011) ble det i en kanadisk populasjon sett at lav inntekt økte sjansen for psykiske lidelser blant voksne (Sareen et al., 2011). Derimot var forekomsten blant eldre voksne med lav inntekt ikke stor forskjell i forhold til de med høyere inntekt. I sammenligning med yngre voksne så har eldre en lavere sannsynlighet for psykiske lidelser, og større sannsynlighet for psykisk velvære i forhold til unge (Sareen et al., 2011). Årsaker til dette kan være fordi den relative betydningen av sosial ulikhet avtar med alderen (Næss et al., 2007, s.8). Som pensjonist har man ikke inntekt og dermed vil ikke denne faktoren ha så mye å si, og utdanning ser man bare har en betydning for de eldste i forhold til dødelighet (Næss et al., 2007, s.34). En annen årsak kan være at eldre i befolkningen har en større økonomisk base enn den yngre befolkningen, i tillegg til at de muligens ikke trenger like mye inntekt og dermed blir de ikke påvirket i like stor grad (Sareen et al., 2011).

Ulikhet som resultat av: sosial seleksjon og sosial kausalitet

Som nevnt både påvirker og påvirkes psykisk helse av sosiale ulikheter. I følge Reiss (2013) og Sareen et al. (2011) er det blitt etablert flere teorier for å forklare forskjellen i graden av psykiske problemer i sammenheng med SØS. Den første er «The social selection hypothesis» hvilket kan oversettes til sosial seleksjon. Hypotesen eller mekanismen forklarer at personer med psykiske problemer går ned i sosioøkonomisk posisjon på grunn av deres psykopatologi og manglende evne til å gjøre sine forpliktelser (Reiss, 2013). I tillegg forteller Sareen et al. (2011) at de med psykiske lidelser har predisposisjon for nedgang i SØS. Dette kan være på grunn av genetiske faktorer, tap av arbeid eller innleggelse på sykehus på grunn psykiske plager. Studien til Reiss (2013) viser at sammenhengene mellom foreldres psykiske helse, familiens SØS og barnas psykiske helseproblemer støtter hypotesen om sosial kausalitet, og sosial seleksjon. Likevel er disse funnene begrenset fordi ikke alle studiene kontrollerte for foreldres psykiske lidelser, som er en viktig faktor.

Den andre er «The social causation hypothesis» som kan oversettes til sosial kausalitet som vil si årsakssammenheng. Denne hypotesen eller mekanismen går ut på at psykiske problemer er et resultat av nedgang i sosioøkonomisk posisjon (Reiss, 2013), altså sosioøkonomisk status kan påvirke psykisk helse. Sareen et al. (2011) viser at inntekt er relatert til økt risiko for utvikling av psykiske helseproblemer, som kan komme av at en person opplever motgang, stress og har liten kapasitet til å oppfylle sine daglige gjøremål. Flere studier fra litteraturstudien til Reiss (2013) fant støtte til sosial kausalitet hypotesen ved at ulike faktorer som var assosiert med lav SØS bidro til varierte nivåer av psykisk helseproblemer i barndom og ungdomsårene. Sareen et al. (2011) fant at lavere inntekt var forbundet med økt sannsynlighet for psykiske lidelser hos deltakere som var 20 til 54 år. På en annen side fant man ikke denne sammenhengen blant eldre, med unntak av stoffmisbruk. Dette kan sees i sammenheng med det som ble nevnt tidligere om yngre voksne og eldre voksne. Sareen et al. (2011) skriver at selv om de fant en sterk sammenheng mellom husholdningsinntekt og psykiske lidelser kan en likevel ikke komme til en årsaksbestemt konklusjon. Dette viser at det kan være mange ulike årsaksforhold. Dermed ser man at reduksjon i inntekt har en påvirkning, og dette understøtter teorien og flere av artiklene. I tillegg viser artikkelen til Reiss (2013) at sosioøkonomisk nedgang kan gi økt respons på stress, som igjen kan øke risikoen for depresjon og angst.

Det kommer fram at selv om den ene studien støtter teorien om sosiale årsakssammenheng mellom inntekt og psykiske lidelser, kan man ikke se en sammenheng. Videre skriver Sareen et al. (2011) at til dags dato så er det bare en studie som møter kriteriene for årsakssammenheng. Studien til Reiss (2013) har i forhold til sosial kausalitet hypotesen funnet sammenheng mellom lav sosioøkonomisk status og psykiske problemer, i barndommen og ungdomsårene. Denne forskningen støtter begge hypotesene. På bakgrunn av dette ser man at sosial kausalitet teorien kan sees i sammenheng med foreldres

sosioøkonomisk status, og påvirkningseffekt det har hos barn og unge. Hvis foreldrene opplever nedgang i SØS vil dette kunne påvirke barna, som videre kan gi økt risiko for psykiske problemer. Dette vil jeg vil jeg utdype videre. Et viktig poeng er forskningen til Dahl og Malmberg-Heimonen (2010) som mener at voksnes helse er et resultat av deres nåværende sosioøkonomiske stilling og langsiktige barndomsforhold.

5.2 Barn og unge

Mange av artiklene jeg har plukket ut ser på sosial ulikhet hos barn og unge. Reiss (2013) skriver at i forhold til utbredelsen av psykiske helseproblemer så anslår man at om lag en av fem barn og unge lider av psykiske lidelser. Melchior et la. (2010) viser at sannsynligheten for at ungdom fra familier med lav inntekt får symptomer på angst og depresjon var opp til 96 %. Ut ifra dette ser man en klar sammenheng mellom sosioøkonomisk deprivasjon, altså dårlig eller nedgang i sosioøkonomisk status, og psykiske helseproblemer i barndom og ungdomsalder. I forskningen til Reiss (2013) var det 52 av 55 internasjonale studier som så en forbindelse mellom minst en markør for SØS, og psykiske helseproblemer hos barn fra vanskeligstilte familier (Reiss, 2013). Samtidig var barn som kom fra samfunnsøkonomisk vanskeligstilte familier hele to til tre ganger mer sannsynlig for å utvikle psykiske helseproblemer, enn barn på samme alder som kom fra familier som hadde bedre ressurser og utgangspunkt (Reiss, 2013). Rajmil, Herdman og Raven-Sieberer (2013) henviser til en studie som viste at begrenset tilgang på materielle ressurser var en potensiell faktor for ulikhet i helse. På bakgrunn av dette ser man at SØS har en påvirkning hos barn og unge, hvor tilgang på ressurser er en viktig faktor. Dette vil jeg komme nærmere inn på senere. I forhold til sosioøkonomisk status ser de fleste av artiklene på familien og foreldre, i sammenheng med psykisk helse hos barn og unge. Dermed vil jeg gå videre inn på dette.

Hvordan barn påvirkes av foreldrenes sosioøkonomiske status ved inntekt og utdanning

Også i følge Rajmil et al. (2013) så er sosioøkonomisk status og familiemiljø assosiert med psykisk helse i barndommen, og samtlige studier viser at barn av foreldre med lav SØS har en større tendens til psykiske problemer (Sosial- og helsedirektoratet, 2005a, s.12-13). Som tidligere nevnt har de fleste artiklene sett på sosioøkonomisk status ved inntekt og utdanning, og brukt dette som en indikator på SØS hos barn og unge. Flere av forskningsartiklene bruker husholdningsinntekt og foreldres utdanning som faktor for å forutsi psykiske problemer hos barn og unge (Reiss, 2013; Rajmil et al. 2013). Derfor vil jeg gå nærmere inn på disse faktorene.

I forhold til utdanning var det ikke mange av artiklene som hadde hovedfokus på hvordan utdanning hos foreldre påvirket barna, men flere ser på hva utdanning har å si for sosial ulikhet generelt på en befolkning. I forhold til helse generelt fant Victorino og Gauthier (2009) at barn fra familier som hadde høyere utdanning enn videregående hadde mindre sannsynlighet for infeksjon i løpet av en 12 måneders periode. Reiss (2013) skriver at barn fra familier med lav SØS, spesielt familier med lav utdanning, hadde begrenset tilgang til ressurser. Studien viser at utdanning hos foreldre er en god indikator på måling av psykisk helse hos barn og unge (Reiss, 2013). En ser at bedre utdanning hos foreldrene gjør at barna har større tilgang på ressurser som kan bidra til en positiv utvikling (Reiss, 2013; Bøe, 2015, s.10). En kan trekke inn Bourdieus begrep kulturell kapital som er de ressursene en knytter til oppvekstmiljø. Kulturell kapital har spesielt betydning for mulighetene man har til å lykkes i utdanningssystemet. Dermed vil ressursene barna får gjennom oppveksten være en forutsetning for deres utdanning og videre oppvekst. Dette kan sees i sammenheng med inntekt hvor høyere eller bedre utdanning vil det kunne gi økonomiske goder (Schifloe, 2015, s.93). Dahl og Malmberg-Heimonen (2010) påstår at i forhold til sosioøkonomisk

posisjon så har ikke sosial kapital noe å si for helsen. På en annen side så analyserte de bare to helseutfall, som var selvoppfattet helse og langvarig sykdom. Dermed er det kanskje ikke nok grunnlag til å trekke denne konklusjonen. På en annen side forteller Victorino og Gauthier (2009) at fremtidig forskning burde inkludere sosial kapital ved forskning av barns helse, for å identifisere rollen sosiale egenskaper har for helseutfall hos barn.

Inntekt hos foreldre er en av de mest brukte sosiale helsedeterminantene i resultatene fra litteratursøket. Victorino og Gauthier (2009) skriver at dette er en viktig påvirkningsfaktor hos barn. Flere tverrsnittundersøkelser og longitudinelle undersøkelser viser at barn som kommer fra familier med lav husholdningsinntekt har større sannsynlighet for å få uheldige helseutfall, slik som psykiske plager og lidelser (Melchior et al. 2010; Victorino & Gauthier, 2009; Reiss, 2013). Melchior et al. (2010) forbinder dette med sykdommer som depresjon og angst. I følge Victorino og Gauthier, (2009) kan årsaker til dette kan være at ved høyere inntekt hos foreldre har barna mer tilgang til varer og tjenester som mat, bolig i et godt nabolag, stimulerende aktiviteter og medisinske tjenester. Og ikke minst får foreldrene mer tid til barna sine (Bøe, 2015, s.9-10), som en kan tenke seg vil dette styrke familierelasjonen og dermed bidra til en positiv utvikling. Rajmil et al. (2013) hevder at ved høyere inntekt får barna mer tilgang på materielle og sosiale ressurser, som vil kunne ha en positiv effekt tilstander som er påvirket av stress. Dette utdyper Victorino og Gauthier (2009) at ved disse ressursene vil det kunne forhindre at barna opplever negative konsekvenser i helse i voksen alder.

I forhold til ungdom viser Melchior et al. (2010) at det var flere faktorer som spilte inn på symptomene for sykdommer som angst og depresjon, men at disse ikke var sterkt assosiert med familiens inntekt. Likevel kommer det senere fram i forskningen at sannsynligheten for symptomer øker når ungdommene kommer fra familier med lav inntekt. I motsetning til ungdom fra familier med høy eller middels inntekt (Melchior et al, 2010). Forskningen til

Rajmil et al. (2013) fant en sterk assosiasjon mellom inntekt og internaliserende problemer hos ungdom. Forskningen definerer ikke internaliserende problemer, men det kan muligens sees i sammenheng med adferd, som vil si psykiske problemer som angst og depresjon (Nøvik, 2000). Flere av studiene som blir belyst i denne oppgaven understøtter dette, men da generelt psykiske problemer. Dermed kan en spørre seg om en blir mer påvirket av foreldrenes inntekt som barn, enn som ungdom. Hvis for eksempel foreldrenes SØS ved inntekt blir dårligere når en er ungdom, men fram til da har hatt gode forutsetninger, vil dette da ha noe å si for utviklingen videre?

Studien til Melchior et al. (2010) viser at det var forhøyede nivåer av depresjon og angst hos ungdommer som hadde opplevd lav inntekt fra barndom av. Dette så en også hos ungdom som var i slutten av tenårene eller starten av tjuårene. En kan tenke seg at i barneårene har foreldrene en større påvirkning enn i tenårene. I ungdomstiden er det større sannsynlighet for at miljøet rundt påvirker i større grad. Dette er fordi barnets nettverk endrer seg fra familie og søsken i barneårene, til venner og andre jevnaldrende i ungdomsalder (Schiefløe, 2015, s.171-173). Dahl, Bergsli og Van der Wel (2014) viser at familiens klasse i forholdt til det sosiale hierarkiet avtar i betydning fra barndom til ungdom. I ungdomsårene får man mer innflytelse fra jevnaldrende og blir mer påvirket av miljøet rundt, som for eksempel skole, fritidsaktivitet og ungdomskultur (s.112-114). Mæland (2010) skriver at senere i livet er oppvekstmiljø og skole blir viktige arenaer for å motvirke sosial forskjeller. Nielsen et al. (2015) tar for seg hvordan sosial kapital kan bidra til sammenhengen mellom sosioøkonomisk ulikhet og mental helse. Studien undersøker om sosial kapital har en effekt på sosioøkonomiske ulikheter og psykisk helse i skolesammenheng. Den ser på sosial kapital i form av tillit. Resultatene viser at i klasser hvor det er lave nivåer av tillit er forekomsten av emosjonelle symptomer høyere blant studenter som hadde lavere sosioøkonomisk posisjon (Nielsen et al. (2015). Studier i artikkelen til Nilsen et al. (2015) viser at tillit i skoleklassen

kan beskytte ungdom mot effekten av ugunstige sosioøkonomiske i forbindelse med følelsesmessige symptomer. Dermed kan bygging av tillit i en klasse vær med å forbygge psykiske problemer, men også utjevne de sosiale ulikhetene. Nielsen et al. (2015) skriver at uavhengig av sosioøkonomisk bakgrunn kan barn og unge få tilgang til sosial kapital gjennom skolen, som vil direkte effekt på helsen ved at det styrker barnas følelse av velvære. På bakgrunn av dette kan en tenke seg at ved å skape nettverk og relasjoner til andre som barn, vil det være med på å utjevne og motvirke sosial ulikhet i senere alder.

Påvirkes de yngste barna eller ungdommene mest?

Rajmil et al. (2013) påstår at sosiale helseforskjeller forsvinner eller dempes i tidlig ungdomsalder, men forskningen til Melchior et al., (2010) viser noe annet. Resultatene fra forskningen viser at ungdom som kom fra familier med lav inntekt eller som hadde nedgang i inntekt i løpet av studieperioden, hadde økt risiko for symptomer på depresjon og angst ved oppfølging. Dette i forhold til ungdommene som kom fra familier med middels eller høy inntekt (Melchior et al., 2010). Studien til Reiss (2013) viser de samme resultatene hvor sammenheng mellom sosioøkonomiske indikatorer og psykiske helseproblemer ble funnet i alle aldersgrupper. Likevel ble det her funnet en sterkere relasjon hos barn yngre enn 12 år (Reiss, 2013). På bakgrunn av dette ser man at både i barndom og ungdomsår er usatt for sosiale helseforskjeller. Melchior et al. (2010) mener at tiden når unge er spesielt utsatt for psykiske symptomer i forhold til sosioøkonomiske problemer, enten langvarige eller nyere, utgjør en risiko.

Som far, så sønn?

Boken til Wilkinson og Pickett (2012) tar for seg sosial mobilitet, som vil si muligheten et individ har til å bevege seg fra sin sosiale klasse, og muligheten han eller hun har til å oppnå bedre sosioøkonomisk status for seg selv og familien. På bakgrunn av dette kan en spørre

seg hvilke muligheter en som folkehelsearbeider har til å fremme likhet i helse? Er det som ordtaket sier, som far som sønn? Tidligere, og i enkelte samfunn, har sosial mobilitet nesten vært umulig (Wilkinson, Pickett, 2012, s.184). Wilkinson & Pickett (2012) skriver at det er mindre mulighet for sosial mobilitet der hvor ulikhetene er størst. I tillegg er det også større sannsynlighet for psykiske lidelser. Rajmil et al. (2013) og Wilkinson og Pickett (2012) sier at ressurser i form av ytelse vil være en viktig faktor for utjevning. Siden en ser at foreldrenes leveste ofte følger barna (Mæland, 2010, s.182), vil et viktig satsningsområde være å gi like muligheter til alle. Hvis samfunnet hadde arbeidet mot å gi ressurser i form av rettferdig fordeling av inntekt og like muligheter til utdanning og jobb, ville en kunne fremme likhet i helse. I Norge betaler en skatt for at alle skal ha like rettigheter til velferdsgoder, slik som skolegang. Sosial- og helsedirektoratet (2005a) skriver at omlegging av skatte- og avgiftspolitikken vil være tiltak som bidrar til sosial utjevning (s.20).

Sosial ulikhet har en sammensatt årsaksbakgrunn (Mæland, 2010, s.158), hvor ulike sosioøkonomiske faktorer «reproduseres». Har foreldrene dårlig inntekt og utdanning, følger dette ofte barna. I studien til Victorino og Gauthier (2009) ser man en større sannsynlighet for dårlig helseutfall hos barn av foreldre som oppgir dårlig psykisk helse. I tillegg er barn særlig utsatt for psykiske plager hvis foreldrene har psykiske lidelser selv (Næss et al., 2007, s.8). Som folkehelsearbeider kan en sørge for et sosialt nettverk og bedre levekår hos foreldrene, for å kunne gi barna bedre levekår (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, s.34). Det er flere sammensatte årsaksforhold som er med på å påvirke sosial ulikhet og psykisk helse, og som tidligere nevnt er dette noe som kan endres og som er mulig å forebygge. Likevel er det langt igjen før man kan etablere et klart bilde av årsaksforhold (Sosial- og helsedirektoratet, 2005a, s.9).

6. Konklusjon

Det er vanskelig å trekke en konklusjon siden alle artiklene ser på sosial ulikhet og psykisk helse på forskjellige måter. Likevel kan en se sammenheng mellom sosial ulikhet og psykisk helse ved ulike årsakssammenhenger. Hva som forårsaker sosiale ulikheter hos voksne er varierende, men på bakgrunnen av diskusjonen ser en at psykiske plager og lidelser ofte er forbundet med sosioøkonomisk status. Ofte i form av utdanning og inntekt. Ikke minst har foreldrenes SØS påvirkning for barn og unges oppvekst. En ser at barne- og ungdomstiden er en sårbar periode for utvikling av psykisk helseproblemer, hvor barn og unge som støter på sosioøkonomiske utfordringer har en økt risiko for psykiske helseproblemer. På bakgrunn av dette og forskningsartiklene ser en at for eksempel ved å gi alle ressurser til utdanning vil dette kunne bidra til å utjevne ulikhetene. Videre vil dette gi større muligheter til økning i inntekt som også vil være en viktig faktor. I tillegg kan man gi barn og unge bedre muligheter for å bevege seg bort fra sin familiens sosiale klasse, for eksempel ved å jobbe med å etablere et godt nettverk utenom familien.

Det er heller ikke et enkelt skille mellom kausalitet og seleksjon. Ved sosial seleksjon vil de som har god psykisk helse kunne ha bedre utgangspunkt til å kunne stige i gardene, som oftest fordi de har ressurser til det. Mens de som har dårlig psykisk helse ofte vil ha dårlige ressurser, og dermed ende eller forbli lavt i den sosiale rangstigen. Som tidligere nevnt, har personer med psykisk lidelser en predisposisjon for nedgang i sosioøkonomisk status. Som vist i diskusjonen kan sosial kausalitet sees i sammenheng med påvirkningen foreldres sosioøkonomiske status har på barn. En ser at hvis foreldrene opplever nedgang i SØS kan det påvirke barnas psykiske helse. Dermed ser en at voksne som foreldre er viktige påvirkningsfaktorer for den neste generasjonen. En ser også at psykisk helse både påvirkes av og påvirker sosial ulikhet, hvor sosioøkonomisk status spiller en stor rolle.

Som sagt innledningsvis så har sosiale betingelser større påvirkning på helse, enn helse på sosiale betingelser. Ut ifra dette kan en tenke seg at ved å forebygge og behandle sosiale ulikheter vil det kunne gi en bedring i helsen generelt. Flere av artiklene fra søkelitteraturen konkluderer med at det burde forskes mer på sosial ulikhet, hvor det også må sees i sammenheng med andre årsaksforhold. Resultatene burde undersøkes nærmere i framtidige studier, for å få grundigere analyser av årsakene til ulikhet. Dette vil kunne gi bedre grunnlag til tiltak som kan forhindre negative følger, som psykiske helseproblemer.

Litteraturliste

Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Bøe, T. (2015). *Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling: Familiestressmodellen og familieinvesteringsperspektivet*. (IS-2412). Oslo: Helsedirektoratet.

Dahl, E. & Malmberg-Heimonen, I. (2010). Social inequality and health: the role of social capital. *Sociology of Health & Illness*, 32(7), 1102-1119. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9566.2010.01270.x>.

Dahl, E., Bergsli, H. & Van der Wel, K. A. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Hentet fra <http://www.hioa.no/content/download/58225/913759/file/Sosial%20ulikhet%20i%20helse%20En%20norsk%20kunnskapsoversikt.%20Hovedrapport.pdf>.

Dalgard, O. S. & Sørensen, T. (2009). Sosialt nettverk, sosial støtte og nærmiljø – viktige faktorer for helsen. I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss, & S. Westin (Red.), *Sosial epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s.96-114). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Folkehelseinstituttet. (2015). *Risiko- og beskyttelsesfaktorer for psykiske lidelser*. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/risiko--og-beskyttelsesfaktorer-for/>.

Haugsgjerd, S., Jensen, P. & Karlsson, B. (1998). *Perspektiver på psykisk lidelse: en innføring for helse- og sosialfagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsenorge.no. (2015a). *Psykisk helse hos barn og unge*. Lokalisert på <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>.

Helsenorge.no. (2015b). *Psykiske plager og lidelser hos voksne – hvordan forstå tallene for forekomst*. Lokalisert på <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/psykiske-plager-og-lidelser-hos-vok/>.

Helsenorge.no. (2016). *Depresjon hos voksne*. Hentet fra <https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/depresjon/depresjon-voksne>.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. (St.meld. nr. 20, 2006-2007). Oslo: Departementet.

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (5.utg.). Oslo: Abstrakt Forlag AS.

Kim, J.-H. & Park, E.-C. (2015). Impact of socioeconomic status and subjective social class on overall and health-related quality of life. *BMC Public Health*, 15:783, 1-15. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-2014-9>.

Martinsen, E. W. (2011). Psykiske lidelser som folkehelseutfordring. I N. C. Øverby, M. K. Torstveit, & R. Høigaard (Red.), *Folkehelsearbeid* (s.112-123). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Melchior, M., Chastang, J.-F., Walburg, V., Arseneault, L., Galéra, C. & Fombonne, E. (2010). Family income and youths' symptoms of depression and anxiety: a longitudinal

study of the French GAZEL Youth Cohort. *Depression and Anxiety*, 27(12), 1095-1103.
<http://dx.doi.org/10.1002/da.20761>.

Mæland, J. G., Elstad, J. I., Næss, Ø. & Westin, S. (2009). Sosial epidemiologi – et nytt fagfelt med tradisjoner. I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss, & S. Westin (Red.), *Sosial epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s.15-31). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis*. (3.utg). Oslo: Universitetsforlaget AS.

Nielsen, L., Koushede, V., Vinther-Larsen, M., Bendtsen, P., Ersbøll, A. K., Due, P. & Holstein, B. E. (2015). Does school social capital modify socioeconomic inequality in mental health? A multi-level analysis in Danish schools. *Social Science & Medicine* 140, 35-43. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.07.002>.

Næss, Ø., Rognerud, M. & Strand, B. H. (Red.). (2007). *Sosial ulikhet i helse: en faktarapport*. (Nasjonalt folkehelseinstitutt, Rapport 2007:1). Nydalen: Nasjonalt folkehelseinstitutt. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/sosial_ulikhet_i_helse_fhirapport_2007_1.pdf.

Nøvik, T. S. (2000). *Måling av psykiske vansker hos barn*. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/2000/03/doktoravhandlinger/maling-av-psykiske-vansker-hos-barn>.

Rajmil, L., Herdman, M., Ravens-Sieberer, U., Erhart, M. & Alonso, J. (2013). Socioeconomic inequalities in mental health and health-related quality of life (HRQOL) in children and adolescents from 11 European countries. *Swiss School of Public Health*, 59, 95-105. <http://dx.doi.org/10.1007/s00038-013-0479-9>.

Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 90, 24-31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.026>.

Sareen, J., Afifi, T. O., McMillian, K. A. & Asmundson, G. J. G. (2011). Relationship Between Household Income and Mental Disorders. *American Medical Association- Arch Gen Psychiatry*, 68(4), 419-427. <http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.15>.

Schiefloe, P. M. (2015). *Sosiale landskap og sosial kapital: Nettverk og nettverksforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Sletteland, N. & Donovan, R. M. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sosial- og helsedirektoratet. (2005a). *Gradientutfordringen*. (IS-1229 05/2005). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Sosial- og helsedirektoratet. (2005b). *Sosioøkonomiske ulikheter i helse: teorier og forklaringer*. (IS-1282 07/2005). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/318/Sosiookonomiske-ulikheter-i-helse-teorier-og-forklaringer-IS-1282.pdf>.

Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Sosial ulikhet i helse som tema i helsekonsekvensutredninger: verktøy og erfaringer i noen europeiske land*. (Rundskriv IS-1305 05/2006). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/808/Sosial-ulikhet-i-helse-som-tema-i-helsekonsekvensutredninger-IS-1305.pdf>.

Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Sosiale ulikheter i helse i Norge: en kunnskapsoversikt*. (Rundskriv IS-1304 1/2007). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Statistisk sentralbyrå. (s.a.). *Demografisk bilde av norske barn*. Hentet fra <https://www.ssb.no/a/barnogunge/2016/bef/>.

Stoltenberg, C. (Red.). (2014). *Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge*. (Folkehelseinstituttet Rapport 2014:4). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

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

Sund, E. R. & Eikemo, T. A. (2011). Sosiale ulikheter i helse. I N. C. Øverby, M. K. Torstveit, & R. Høigaard (Red.), *Folkehelsearbeid* (s.124-144). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Victorino, C. C. & Gauthier, A. H. (2009). The social determinants of child health: variations across health outcomes – a population-based cross-sectional analysis. *BMC Pediatrics* 9:53. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2431-9-53>.

Wilkinson, R. & Pickett, K. (2012). *Ulikhetens pris: Hvorfor likere fordeling er bedre for alle*. Oslo: Res Publica.

World Health Organization. (2016). *Mental health: strengthening our response*. Hentet fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>.

World Health Organization. (s.a.). *About WHO. Constitution of WHO: principles*. Hentet fra <http://www.who.int/about/mission/en/>.