

Barn och hälsa i Norden

En betraktelse över barns hälsa i de nordiska välfärdsstaterna

Lennart Köhler

Leeni Berntsson

Vid Nordiska Hälsovårdshögskolan har flera omfattande studier av *Barns hälsa och välfärd i Norden* genomförts. De som beskrivs här utgör underlag för en longitudinell jämförelse av hälsoutvecklingen från 1984 till 1996. De undersökta grupperna har varit slumpmässiga urval från befolkningsregistren av barn i åldrarna två till 18 år. Från vardera av de nordiska länderna har 3000 barn ingått i båda undersökningarna.

De huvudsakliga förändringarna i barnens hälsotillstånd mellan 1984 och 1996 har varit en kraftig ökning av kroniska åkommor och psykosomatiska besvär, medan livskvaliteten ökat något. Familjer med hög formell utbildning och solid ekonomi samt familjer, som är allmänt nöjda med sin livssituation, erbjuder sina barn trygga och stimulerande uppväxtförhållanden. Och omvänt, de mest sårbara barnen finns bland dem som har de svagaste socioekonomiska förutsättningarna, såsom låg inkomst och utbildning samt ensamstående föräldrar.

Professor Lennart Köhler var tidigare rektor vid Nordiska Hälsovårdshögskolan. Leeni Berntsson är lektor och disputerade vid Nordiska Hälsovårdshögskolan år 2000 på en avhandling om barns hälsa i Norden.

Inledning

Vi har nu lämnat det århundrade, som Ellen Key sade skulle vara barnens, och tagit steget in i, ja vad blir det? Den nya ekonomins århundrade? Informationsårhundradet? De gamlas århundrade? Vad det kan betyda för barnen och deras familjer kan vi bara spekulera om. Under 1900-talet har det i alla händelser skett dramatiska förändringar i barnens villkor i Norden. Deras tillgång till omsorg, hälso- och sjukvård, utbildning och stimulans har ökat, liksom deras skydd och rättigheter. I större omfattning än någonsin tidigare har barnen fått del av välfärdsstatens välsignelser och inkluderats i det demokratiska samhället.

Allt fler yrkesgrupper har differentierats

och blivit specialiserade på barns förhållanden. Läkare, lärare, terapeuter, psykologer, fritidsledare är några exempel. Kunskap om barns fysiska, kognitiva, emotionella och sociala utveckling är välutvecklad, och barns förmåga att vara delaktiga, att ta beslut och göra val i olika situationer erkänns allt mer samtidigt som barnens villkor är bättre än någonsin förr.

Men det betyder inte att allting är så bra det kan bli. Det finns utrymme för förbättringar.

Den samlade barnkunskapen i samhället har ökat och därmed respekten för barns behov och integritet

Nittioalets ekonomiska recession visade tydligt att vuxna och äldre prioriterades högre än barn och barnfamiljer: det var dessa de redan svagaste grupperna som drabbades hårdast av nedskärningarna, de som själva minst kunde påverka sin situation. Andelen fattiga bland barnfamiljerna är fortfarande större än bland andra grupper i samhället.

Målsättning och perspektiv

I denna artikel tar vi som utgångspunkt situationen bland nordiska barn under 1900-talets sista år och ska försöka tolka deras hälsa och välbefinnande i ljuset av de omvälvningar som skett i våra välfärdsstater och fundera över vad det kan betyda för den omedelbara framtiden. Perspektivet är barnhälsovetenskapligt, och baserar sig på WHO:s hälsobegrepp, på folkhälsovetenskapens synsätt och metoder och på barnens speciella situation och behov. Barnhälsovetenskapen skall inte ses som ytterligare ett försök att skapa en ny specialitet för särskilt utbildade yrkesmänniskor, utan är ett synsätt som systematiskt placerar barns hälsa och välfärd i ett socialt, ekonomiskt och politiskt sammanhang. Dess aktiviteter - både i utbildning, forskning och praxis - skall vara praktiska och relevanta och inkludera insikter och erfarenheter från flera yrken och vetenskaper.

Barnens hälsa - de nordiska studierna

Med dessa förutsättningar har vi på Nordiska Hälsovårdshögskolan genomfört flera omfattande studier av *Barns hälsa och välfärd i Norden*. Den ursprungliga idén var att samla in data om barn med vissa funktionshinder, göra interna jämförelser och matcha mot de överväldigade massor av

kunskaper som man hade om hur vanliga barn mårde och levde. Trodde vi. Men inte fanns det lättillgängliga, jämförbara och representativa data om barns hälsa i de nordiska länderna! Och inte i andra länder heller, vad det beträffar. Därför var vi tvungna att skapa en representativ kontrollgrupp, och studien av den kom sedan att växa ut till en självständig del av projektet.

Målgruppen avgränsades till åldrarna 2 - 18 år, och från vart och ett av de fem länderna drogs ett stickprov från de centrala befolkningsregistren, c:a 3000 i varje land. Utskicken skedde under 1984 från universitetsbarnkliniker, som blev centra för de nationella projektgrupperna. Svarefrekvensen var 67 %. I studien ingick också grupper på tillsammans c:a 2 000 funktionshindrade barn. Resultaten från projektet har publicerats i ett hundratal skrifter, både på skandinaviska och engelska. I en sammanfattande volym presenterade vi de viktigaste resultaten i mitten av 80-talet (Köhler 1990). Kortfattat kan tillståndet sammanfattas i följande mening:

”Nordiska barn är generellt friska och välmående, mer än nånsin tidigare och mer än i de flesta andra länder i världen”.

Den nordiska välfärdsmodellen

Det finns tre grundläggande försörjningssystem för ett lands befolkning: *marknaden, staten och familjen*. Marknaden förser medborgarna med arbete och egen inkomst. Staten kompletterar med försäkringar vid särskilda behov och med subventionerade

Nordiska barn är generellt friska och välmående, mer än nånsin tidigare och mer än i de flesta andra länder i världen

offentliga tjänster. Familjen svarar för barnens uppväxt samt för ekonomiskt, socialt och emotionellt stöd mellan familjemedlemmarna. Systemen kompletterar varandra och deras relativa roll kan växla över tid och rum. Systemets fördelning är mycket olika i olika delar av Europa och den har också förändrats i Norden.

I ett internationellt perspektiv finns det flera länder som i enskilda delar erbjuder stöd som är både högre och mer omfattande, men det finns knappast någon modell som är så heltäckande som den nordiska. Målet är att vara *generell, universell, solidarisk* och *offentlig*.

I ett makroekonomiskt perspektiv ser man att den nordiska modellen inte har försämrats när det gäller vård, omsorg och utbildning. Tillgängligheten är lika stor och barnomsorgen har till och med förbättrats. Där emot har kraven på egenfinansiering, framför allt i Sverige och Finland, ökat medan budgetramarna krympts.

Mycket få studier har speciellt ägnat sig åt barnens situation. Det som finns är indirekta uppskattningar, som utgår från att barnens levnadsvillkor hänger tätt samman med föräldrarnas. Där finner man att det är de yngsta medborgarna, framförallt de med småbarn och allra mest de ensamstående med småbarn, som drabbats hårdast av krisen. Denna grupp är i högre grad fattiga. Skillnaderna mellan de nordiska länderna är inte stora, och man kan tydligt se att de bildar en egen nordisk grupp, som avviker från mönstret i övriga Europa (Vogel & Häll 1997, UNICEF 2000).

Ny nordisk barnstudie

Dessa förhållanden har varit incitamentet till en ny nordisk studie, genomförd på

Moderns hälsa var den bästa prediktorn för psykosomatiska besvär hos barnen i alla nordiska länderna

samma målgrupp (barn 2-18 år i alla nordiska länder), samma metodik (frågeformulär till ett representativt urval av c:a 3000 barn i varje land), och t.o.m. i stort sett samma frågor. En första översiktlig rapport (Köhler 2000) och en doktorsavhandling (Berntsson 2000) har nyligen publicerats. Av särskilt intresse i detta sammanhang är de resultat vi funnit om psykosomatiska besvär och långtidssjukdomar, som båda har i det närmaste fördubblats under dessa 12 år (Berntsson 2000).

På den *distala* nivån, alltså i de yttre omständigheterna, fann man de mest sårbara barnen bland dem som hade de svagaste socioekonomiska förutsättningarna, låg inkomst och utbildning, invandrare etc.

På den *intermediära* nivån var familjernas välbefinnande den viktigaste faktorn för barnens hälsa. Moderns hälsa var den bästa prediktorn för psykosomatiska besvär hos barnen i alla nordiska länderna, starkast i Norge och Island. Föräldrar som hade låg känsla av sammanhang (sense of coherence), hade också mindre aktiviteter tillsammans med sina barn och dessutom sämre hälsa, och de hade också klart ängsligare och mer nedstämda barn. Familjerutiner som t.ex. att läsa böcker tillsammans, utöva musikaktiviteter, promenera, leka, överhuvudtaget tillbringa fritid tillsammans, ledde till barn som trivdes i skolan och klarade skolarbetet bra.

På den *proximala* nivån (barnet självt) hade barnets mentala stabilitet det största direkta sambandet med psykosomatiska

besvär. Den mentala stabiliteten i sin tur (trygg, glad, lugn) var indirekt relaterade till kamrater, skola, fritidsaktiviteter och barn med långvarig sjukdom/handikapp hade mera psykosomatiska besvär.

Också andelen barn med långvariga sjukdomar och funktionshinder har ökat, nästan fördubblats, i alla nordiska länderna. Återigen visade sig en tydlig socioekonomisk gradient, så att barn i familjer med lägre inkomst, utbildning och ensamstående förälder var signifikant överrepresenterade bland de långtidssjuka.

Vidare har barnens livskvalitet studerats, också det en upprepning av studien 12 år tidigare. Begreppet livskvalitet definieras i undersökningen som barnets resurser för ett gott liv inom tre sfärer: den yttre sfären, den mellanmännsliga sfären och den personliga sfären (Lindström 1994). De tre sfärerna innehåller såväl subjektiva (upplevda) som objektiva eller faktiska mått. Den totala livskvaliteten är ett sammanlagt mått för alla de tre sfärerna. Barnen i Norden har en hög levnadsstandard och bra förutsättningar för god livskvalitet. Den objektiva livskvaliteten, mätt med faktiska mått som disponibel inkomst och tid med familjen, har ökat i samtliga länder. Däremot har den subjektiva, det vill säga upplevda, livskvaliteten försämrats för barn i Norge, Finland och Sverige. Livskvaliteten i den personliga sfären, mätt med nyckelvariabler som psykosomatiska besvär, dålig självkänsla och mobbning, har försämrats i alla nordiska länder, utom i Island. Den totala livskvaliteten ökade sammantaget för nordiska barn, även om det på nationell nivå finns skillnader i utvecklingen. Danmark låg 1996 främst, följt av Norge och Sverige. Island och Finland låg på samma nivå. Island och Danmark

Resultaten betonar att relationer i familjer och kamratgrupper är det mest viktiga för barnens hälsa

svarade för den största ökningen av barnens livskvalitet. I Sverige, Norge och Finland har den subjektiva (upplevda) livskvaliteten minskat.

Den objektiva (faktiska) livskvaliteten har ökat i alla länderna. Främst i Norge och i mindre omfattning i Sverige och minst i Island. Norge ligger här främst, följt av Danmark och Sverige.

Vidare har utveckling av barns hälsa och välbefinnande från 1984 till 1996 i de fem nordiska länderna relaterats till dessa länders ekonomiska utveckling och socialt kapital (Berntsson 2000). Socialt kapital skapas i sociala relationer och gruppmedlemskap. Det kännetecknas av tillit och närhet i sociala strukturer (Coleman 1988). Högt socialt kapital (föräldrars och barns organiserade gruppaktiviteter, lek tillsammans och frånvaro av mobbning) hade samband med bättre hälsa (frånvaro av psykosomatiska besvär) medan ekonomisk index (socialklass, boende och disponibel inkomst) inte var relaterade till något av de två måtten. Förändring av hälsa hade ett positivt samband med förändring av socialt kapital. Resultaten betonar att relationer i familjer och kamratgrupper är det mest viktiga för barnens hälsa.

Barnens hälsoutveckling

De huvudsakliga förändringarna i barnens hälsotillstånd mellan 1984 och 1996 har varit en kraftig ökning av kroniska åkommor och psykosomatiska besvär, medan livs-

kvaliteten ökat något. Fortfarande kan familjer med hög formell utbildning och solid ekonomi samt familjer, som är allmänt nöjda med sin livssituation, erbjuda sina barn trygga och stimulerande uppväxtförhållanden, även i tider av ekonomisk nedgång. Och omvänt, de mest sårbara barnen finns bland dem som har de svagaste socioekonomiska förutsättningarna, såsom låg inkomst och utbildning, ensamstående föräldrar.

Familjernas levnadsvillkor

Utmärkande för de nordiska familjernas levnadsvillkor 1996 jämfört med 1984 är följande:

- Utbildningsnivå och disponibel inkomst har ökat, fattigdomsindex har minskat
- Barnfamiljerna har det fortfarande sämre ställt än den allmänna befolkningen
- Tydliga skillnader mellan socialgrupper kvarstår
- Barnfamiljerna är mindre nöjda med sin ekonomi
- De subjektiva måtten på livskvalitet visar minskning i de flesta länderna
- Sämst går det för de barn vilkas mödrar och fäder inte arbetar och för barn till ensamförsörjare
- Missnöje med privatekonomin tycks vara närmare knutet till ohälsan än objektivt dåligt med pengar

Den paradoxala situationen har alltså uppstått att barnen har fått det materiellt bättre men samtidigt blivit sjukare. Barnen mår sämre än de har det, skulle man kunna säga.

Den paradoxala situationen har alltså uppstått att barnen har fått det materiellt bättre men samtidigt blivit sjukare

Detta är på intet sätt unikt för de nordiska länderna, det är ett vanligt fenomen i industrialiserade länder. Folkhälsan i den rika delen av världen följer inte längre strikt utvecklingen av bruttonationalprodukten, och en ökning av den materiella standarden är i dag inte längre någon garanti för god hälsa (Wilkinson 1996).

Förklaringen till att det, åtminstone över en viss nivå, inte finns ett klart samband mellan materiell standard och hälsa har man sökt i begrepp som "relativ fattigdom" och "socialt kapital" (Wilkinson 1996, Coleman 1988). Relativt sett, i förhållande till andra grupper i samhället har barnfamiljernas materiella villkor försämrats, dvs generationsklyftorna har ökat, liksom klyftorna mellan rik och fattig och mellan invandrare och andra. Detta leder till ökade spänningar i samhället, mindre sammanhållning, ökat missnöje, minskad eller lägre ökning av "det sociala kapitalet", och därmed också till sämre hälsa. Hos de nordiska familjerna i vår studie finner vi inte heller något samband mellan ökningarna i det "ekonomiska kapitalet" och i det "sociala kapitalet" mellan 1984 och 1996, men däremot ett relativt starkt samband mellan ökningarna i det "sociala kapitalet" och det "humana kapitalet" (Berntsson 2000).

Framåt

Vilka slutsatser kan man då dra av de senaste decenniernas utveckling i Norden när det gäller barnens situation, och vad kan man tro om kommande årtionde?

Allmänt positiva drag

- Barn är generellt friska och mår bra i Norden.
- Välfärdssamhället har i stort sett fungerat

bra i sina ambitioner att förse befolkningen med goda förutsättningar för ett gott liv, även barnen.

Potentiella hot

- Alla barn mår inte bra, och värst drabbade av långtidssjukdomar och psykosomatiska besvär är barn i utsatta familjer, de med låg inkomst, låg utbildning, arbetslöshet och ensamma föräldrar.

- Den ekonomiska, sociala och hälsomässiga ojämlikheten har ökat i samhället

- Barnfamiljer tillhör dem som drabbas först och hårdast av ekonomiska kriser.

Om utvecklingen från 1900-talet får fortsätta och barn tillerkänns större betydelse och ökade rättigheter i det demokratiska samhället kan 2000-talet bli ett verkligt Barnens århundrade. Om man däremot tillåter en tilltagande segregering av samhället är risken överhängande för ökade hälsoproblem, och då framför att hos dem som redan är svagast. Då kommer barnen i högsta grad i farozonen.

REFERENSER

- Berntsson L *Health and wellbeing of children in the five Nordic countries in 1984 and 1996*. (Akademisk avhandling). NHV-Report 2000:8. Nordiska Hälsovårdshögskolan, Göteborg 2000
- Coleman J Social capital in the creation of human capital. *Am J Soc Sci* 1988; 94:95-120.
- Den nordiska fattigdomens utveckling och struktur*. Tema Nord 1996:583. Nordisk Ministerråd, Köpenhamn 1996
- Kautto, M. Heikkilä, M., Hvinden, B., Marklund, S. & Ploug, N. (eds) *Nordic Social Policy – Changing welfare states*. Routledge, London 1999
- Köhler, L.(red) *Barn och barnfamiljer i de nordiska länderna. En studie av välfärd, hälsa och livskvalitet*. NHV-Rapport 1990:1. Studentlitteratur, Lund 1990
- Köhler, L.(red) *Det är bra men kan bli ännu bättre. En studie av barns hälsa och välfärd i de fem nordiska länderna från 1984 till 1996*. NHV-Rapport 2000:6. Nordiska Hälsovårdshögskolan, Göteborg 2000
- Lindström, B. *The essence of existence. On the quality of life of children in the Nordic countries*. NHV-Report 1994:3. (Akademisk avhandling) Nordiska Hälsovårdshögskolan, Göteborg 1994
- UNICEF. *Child poverty in rich countries*. UNICEF, New York 2000
- Wilkinson, R.G. *Unhealthy societies. The affliction of inequality*. Routledge London 1996
- Vogel, J, Häll, L *Välfärd och ojämlikhet i 20-års-perspektiv 1975 – 1995*. Rapport 91.: Statistiska Centralbyrån, Stockholm 1997