

Velferdsstat og folkehelse: politikk for å utjevne sosiale helseforskjeller i de nordiske land

Elisabeth Fosse

Elisabeth Fosse, professor emerita, universitetet i Bergen, Norge.

E-post: Elisabeth.Fosse@uib.no. ORCID: 0000-0002-6038-5059

På tross av en lang tradisjon i de nordiske land med å utjevne sosiale helseforskjeller, har disse forskjellene økt over tid. I denne artikkelen presenterer jeg funn fra nordiske prosjekter som har undersøkt noen av mekanismene bak denne utviklingen. Målsetningen med ett av prosjektene var å analysere nasjonal politikk i de nordiske land. Hovedkonklusjonen var at alle land har en politisk målsetning om å utjevne sosiale helseforskjeller. Likevel er det ofte individuelle og målrettede tiltak som prioriteres. En forklaring er at politikk rettet mot de sosiale determinantene er et innfløkt tema. Å redefinere problemet til individuelle tiltak gjør det mer håndterbart og mindre politisk kontroversielt. Utviklingen kan også forklares ved at kommunene i de nordiske land har ansvar for mange velferdstjenester, som de skal fordele og prioritere innenfor begrensede budsjetter.

Despite a long tradition of reducing social inequalities, social inequalities have increased the Nordic countries. In this paper, I present findings from Nordic projects that have explored some of the mechanisms behind this development. The purpose of one project was to analyse national policies to increase health equity, the main conclusions was that policies to reduce social inequalities in health is included in all the countries. Still, individual and targeted measures are often preferred in practice. One explanation was that addressing the wider social determinants of health is a complex issue. Redefining the problem may make it more manageable and less politically controversial. The development may also be explained by decentralisation, where municipalities have a main responsibility for delivering many health and welfare services within limited budgets.

Innledning

Tema for denne artikkelen er hvordan politikken for å utjevne sosiale helseforskjeller har blitt utviklet de senere år i de nordiske land, med følgende hovedtema:

- Nasjonal politikk i de nordiske land
- Økning i ulikhet: barnefattigdom
- Desentralisering: hva betyr det?
- Sosial ulikhet – en innfløkt («wicked») problem

Artikkelen bygger på funn fra nordiske prosjekter, som er utført av forfatteren og medarbeidere i perioden 2016-2022. Flere av prosjektene er utført som et samarbeid innen det nordiske nettverket for forskning innen helsefremmende arbeid (Nordic Health Promotion Research Network: <https://nhprn.com/>) Prosjektene er kvalitative studier, som bruker dokumentanalyse og intervjuer som metode. Men først vil jeg gi et tilbakeblikk på folkehelsepolitikken og vise hvordan den har vært en integrert del av i utviklingen av de nordiske velferdsstatene.

Folkehelse som del av velferdsstaten

Forbedring av folkehelsen var et sentralt tema både innen medisin og i samfunnsdebatten, allerede på 1920- og 1930-tallet, og i de nordiske land ble folkehelse et viktig kampområde for arbeiderbevegelsen (Nordby 1989). I folkehelsearbeidet var det fokus på samfunnsforhold som skaper god og dårlig helse, det vi dag kaller helsens determinanter. Helse ble forstått som et resultat av levekår, og ved å bedre folks levekår, ville også folkehelsen bli forbedret. Tema var lønnspolitikk, boligpolitikk og velferdspolitikk, og ved å gi arbeidere en lønn å leve av, sunne boliger og velferdsordninger som arbeidsledighetsstønad og pensjon, ville levekår og dermed folkehelsen bli bedre (Slagstad, 2015). Denne forståelsen ble også grunnleggende for oppbyggingen av de nordiske velferdsstatene etter krigen, og utjevning av sosiale forskjeller og utvikling av et sosialt sikkerhetsnett var de overordnede målene. Dermed kan vi si at folkehelse og utjevning av sosiale helseforskjeller var et viktig grunnlag for oppbyggingen av velferdsstatene.

I Esping-Andersen (1990) sin beskrivelse av ulike velferdsstater, har han gruppert de skandinaviske/nordiske som sosialdemokratiske velferdsstater, karakterisert ved at oppbyggingen av dem er basert på solidaritet, universalisme og omfordeling mellom sosiale grupper, først og fremst gjennom et progressivt skattesystem. Et annet særtrekk er familiepolitikken, der familien ikke bare er at privat ansvar, men et ansvar for samfunnet. Målsetningen er at samfunnet legger til rette for at også kvinner kan ha lønnet arbeid. Ordninger som foreldrepermisjon, helsetjenester og også offentlige barnehager er ordninger som

gjenspeiler den sosialdemokratiske velferdsstatsideologien.

Etter hvert som velstanden i befolkningen økte utover 1950- og 60-tallet, ble koplingen mellom levkår og helse mindre tydelig i folkehelsepolitikken. Hovedvekten ble lagt på å bygge ut helsetjenestene, og stadig flere medisinske spesialiteter kom til. På 1960-tallet tok de individuelle strategiene over som hovedfokus for folkehelsepolitikken, med hovedvekt på levevaner (Fosse& Torp 2022).

Temaet sosial ulikhet kom igjen på den på globale agendaen på 1980 tallet, særlig initiert av Verdens helseorganisasjon (WHO) gjennom globale bevegelser som Helse for alle 2000 og Ottawa-charteret for helsefremmede arbeid. På 2000-tallet var det en økende revitalisering av temaet, særlig manifestert gjennom den globale “WHO Commission on the Social Determinants of health” fra 2008, ledet av Michael Marmot.

Kommisjonen framhevet strukturelle, universelle tiltak om det viktigste virkemiddelet for å bekjempe fattigdom, redusere sosiale ulikheter i helse og den sosiale gradienten. (WHO 2008). Virkemidlene kan beskrives som velferdsstatspolitikk, og kommisjonen pekte på de nordiske land med sine omfattende velferdsordninger som idealet. Et særtrekk ved nordiske land er at de har relativt sett høy levestandard og små sosiale og økonomiske forskjeller.

Nasjonal politikk for å utjevne sosiale helseforskjeller i de nordiske land

På 2000 tallet har vi sett en revitalisering av determinant perspektivet globalt, dette gjenspeiles også i de nordiske land (WHO 2008). Også i de nordiske land har vi sett en økning i sosiale forskjeller og helseforskjeller de siste ti-årene. Det er ulike forhold som forklarer denne utviklingen, men en av dem er et skifte i politikk i retning av økt ny-liberalisme, som har bidratt til deregulering og privatisering av offentlige tjenester (Goldblatt et al 2023, Karlsson et al 2022, Mackenbach 2012, Raphael 2014). Globalisering og økt innvandring har også bidratt til økt press på helse- og velferdssystemene.

I det følgende skal jeg presentere og drøfte resultater fra to prosjekter der vi har studert politikk for å utjevne sosiale helseforskjeller og redusere fattigdom i de nordiske land. Framstillingen bygger også på andre prosjekter som er gjennomført i denne perioden.

Målsetningen med prosjektet “Equal Health - Prerequisites at the National Level” (Fosse, 2019; Fosse & Helgesen 2019) var å analysere den nasjonale politikken for å utjevne sosiale helseforskjeller i Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige for å skaffe innsikt om hvordan dette temaet ble forstått og håndtert. Prosjektet var en kvalitativ studie, der data besto av dokumentanalyse og intervjuer. Dokumentene var for det meste nasjonale, sentrale policydokumenter. Intervjuer med sentrale aktører i forvaltningen ble gjennomført i Danmark,

Finland, Norge og Sverige. De viktigste funnene fra prosjektet var at utjevning av sosiale helseforskjeller var en del av den offentlige politikken i alle landene. Men når det kommer til den praktiske politikken og tiltak, var det mest individuelle tiltak som ble gjennomført, og oftest relatert til endring i levevaner. Det var også vanligvis helsesektoren som hadde ledelsen, både på nasjonalt nivå og i kommunene, der mange av tiltakene foregikk. Ingen av landene hadde institusjonelle arrangementer som sikret en tverrsektoriell og helhetlig satsing. De bakenforliggende determinantene, som bolig-, arbeidsmarked- eller skattepolitikk ble i liten grad adressert.

Økning i ulikhet: barnefattigdom

I et annet prosjekt studerte vi politikk for å redusere barnefattigdom i de nordiske land, Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige var inkludert i studien. Datagrunnlaget var nasjonale policy dokumenter, rapporter o.l. som gjorde rede for den nasjonale situasjonen og politikken. Hver av forskerne hadde bakgrunn fra ett av landene, slik at alle dokumenter kunne leses på originalspråket (Povlsen et al, 2018; Karlsson et al 2022).

Reduksjon av fattigdom, ikke minst barnefattigdom, har vært sentralt i de sosialdemokratiske velferdsstatene. Bekjempelse av fattigdom er implisitt i ideologien bak den sosialdemokratiske velferdsstaten. Historiske har de nordiske land hatt lavere ulikheter i befolkningens inntekter enn andre vestlige land. På tross at an lang tradisjon av omfordelende velferdspolitikk, lever likevel mellom 10% og 20% av av nordiske barn i økonomisk fattigdom. Særlig i Norge og Sverige har andelen økt på 2000-tallet (Nygård et al., 2019; UNICEF, 2020, Epland & Hattrem, 2023). De karakteristiske trekkene på familier der barn lever i fattigdom er de samme: foreldes utdanningsnivå og arbeid, samt barn av enslige forsørgere. I Danmark, Norge og Sverige er også barn av innvadrerforeldre særlig utsatt (Povlsen et al., 2018). Målsetningen med prosjektet var å få økt forståelse for hvorfor barnefattigdom er så utbredt også i de nordiske land, og vi ønsket å utforske likheter og forskjeller mellom landene.

Generelt fant vi flere likheter enn forskjeller mellom de ulike landene. Vi fant at i alle landene var universell politikk og tiltak på plass. I alle land var også et stort omfang av tjenester tilgjengelige. For det meste var det universelle tiltak, der alle innbyggerne i målgruppen har rett til tjenesten. Blant disse er tjenester til gravide, betalt foreldrepermisjon, rett til lønn under barns sykdom, universelt barnebidrag, subsidierte barnehager, gratis heletjenester for barn og støtte til barn med funksjonsnedsettelse. Oppsummert kan vi si at velferdsstatens universelle sikkerhetsnett er på plass for alla barn i de nordiske land. Vi kan dermed konkludere med at velferdsordningene i den sosialdemokratiske velferdsstaten fortsatt er på plass.

Men hvorfor har vi høy og økende barnefattigdom, selv om det finnes omfattende universelle ordninger som skal bidra til å gi lik mulighet til alle? En av forklaringene mener vi er at de universelle ordningene ikke er utviklet til å kompensere familier som har det vanskelig, økonomisk og på andre måter. WHO rapporten fra 2008 anbefaler universelle velferdsordninger for å utjevne sosiale helseforskjeller, slik vi ser at finnes i de nordiske land. Men dette er ikke tilstrekkelig. Marmot bruker derfor begrepet proporsjonell universalisme for å forstå dette paradokset bedre (Marmot 2010). I tillegg til universelle ordninger, er det også behov for mer målrettede ordninger for dem som trenger ekstra velferdstjenester. Vi mener at dette begrepet gir oss et inntak til å forstå utvikling av barnefattigdom i de nordiske land.

De universelle ordningene vi fant er alle statlige ordninger. Desentralisering som administrativt prinsipp har sterke røtter i de nordiske land, og kommunene et svært viktig administrativt nivå, og kommunene administrerer en stor del av velferdsordningene. Kommunene er både et ledd for å iverksette statlig politikk og et selvstendig politisk administrativt nivå (Baldersheim & Ståhlberg, 2002). Kommunene finansieres delvis av staten, men også av egne, kommunale skatter.

Kommunene har ansvar for mange tjenester som er relevante for folkehelsen, utjevne sosiale helseforskjeller og redusere fattigdom; planlegging, barnehager, skoler og boliger. Selv om det foreligger statlig politikk og retningslinjer, har kommunene stor frihet til å prioritere hva de vil bruke penger på. Kommunene har også begrensede budsjetter. Velferdsstaten er med andre ord til en stor grad organisert slik at de universelle velferdsordningene, som foreldrepermisjon og barnehager er et statlig ansvar der rammene til en stor utstrekning er satt. Men de proporsjonelle ordningene er i stor grad kommunenes ansvar. Kommunene vil selvsagt måtte prioritere sine lovpålagte oppgaver først, dermed vil prioriteringene som blir gjort ofte ramme de mest utsatte hardest. Vi mener dermed at desentralisering til kommunene er en av forklaringene til at mange barnefamilier lever i vedvarende fattigdom. Dette bekreftes også i annen forskning fra Sverige og Norge. I Sverige undersøkte Brauer (2024) blant annet ordningen, som på norsk kalles Personlig brukerstyrt assistent (BPA). Dette var en ordning som tidligere ble finansiert av statlige midler, men der ordningen nå er en del av de kommunale budsjettene, som gjør at kommunene må gjøre prioriteringer. Forfatteren mener at dette er en del av bevisste innsparingstiltak, som dermed rammer svake grupper hardest. Mehara (2022) har undersøkt hvordan den norske svangerskapsomsorgen møter innvandrerkvinner. Dette er en universell kommunal tjeneste. Mehara argumenterer at selv om tjenesten er universell, er den ikke likeverdig. Hun finner at tjenesten ikke er tilpasset kvinner fra ulike kulturer, men møter alle på samme måte. Dette skaper problemer for en del kvinner med annen kulturell bakgrunn enn den nordiske.

Et mer grunnleggende spørsmål er selvfølgelig: hva innebærer det å utjevne sosiale helseforskjeller? I en artikkel brukte vi data fra prosjektet der vi sammenlignet den nasjonale politikken i de nordiske land og så nærmere på hva som kreves av en politikk for å utjevne sosiale ulikheter (Fosse & Helgesen 2020). Å ha fokus på strukturelle faktorer som påvirker helsen, er krevende på flere måter. Å utjevne de sosiale forskjellene- og utjevne den sosiale gradienten - krever politisk handling i mange samfunnssektorer og er vanskelig å løse. Det er et såkalt innfløkt, på engelsk «wicked», problem. Rittel og Webber (1973:55) beskriver et innfløkt problem på følgende måte:

“The search for scientific bases for confronting problems of social policy is bound to fail, because of the nature of these problems..... They are “wicked” problems, whereas science has developed to deal with “tame” problems. Policy problems cannot be definitively described.”

Å løse et innfløkt problem krever tverrsektoriell innsats på mange nivåer. Dette er problematisk å oppnå, blant annet fordi myndighetene er organisert i departement og avdelinger, såkalte siloer. Innfløkte problemer er dessuten ofte politisk kontroversielle. Uenigheten kan gjelde både definisjonen av problemet og de løsningene som foreslås. Ofte blir resultatet uklare kompromisser (Christensen et al., 2019).

Sosiale ulikheter i helse er et typisk innfløkt problem fordi det er politisk uenighet både om definisjonen og løsningene på problemet (Feyarts et al., 2017). Feyarts et al viser at politikk for å utjevne sosiale ulikheter har en tendens til drive nedstrøms (“drift downstream”). Dette innebærer at det inngås kompromisser som i innebærer at i stedet for å fokusere på strukturelle faktorer som påvirker helsen, blir individuelle tiltak, ofte med fokus på levevaner, prioritert. Det innfløkte problemet blir dermed omdefinert til et tamt problem, der det ikke er konflikt om forståelsen av problemet.

Dette var også en av konklusjonene I vår studie. “The wickedness” i problemet sosial ulikhet i helse ble underkommunisert i alle de nordiske land. (Fosse & Helgesen 2020, Fosse 2022). Disse funnene illustrerer at selv om politikk for å utjevne sosiale (helse-) forskjeller er formulert på nasjonalt nivå, følges de ikke opp med implementering på det lokale nivået, som har ansvar for mange av de tjenestene som er relevante for å oppnå målsetningen.

Diskusjon/konklusjon

Utviklingen av de nordiske velferdsstatene bygger på en ideologi der likhet og solidaritet er sentrale verdier. Folkehelsepolitikken har også vært preget av disse verdiene, og folkehelse var en sentral del av de sosialdemokratiske verdiene velferdsstatene våre hviler på. Fokus var på helsens determinanter, og arbeidsmar-

kedspolitik, boligpolitikk, skattepolitikk og pensjonsrettigheter var sentrale virkemidler for å skape trygghet for befolkningen, utrydde fattigdom og utjevne sosiale helseforskjeller. Disse verdiene har hatt ulik vekt i etterkrigstiden, særlig etter at velstandsutviklingen skjøt fart, men har fått økt fokus de siste årene. Velferdsstaten har blitt utfordret på flere områder, ikke minst gjennom økt markedsstyring og privatisering. Presset på velferdsstatene har også økt, både ved at innbyggerne har høye forventninger, men også gjennom at de sosiale forskjellene har økt, blant annet som følge av innvandring fra fattige land.

Likevel finner vi at basisen for de nordiske velferdsstatene fortsatt er på plass. Vi har fortsatt et ganske finmasket sikkerhetsnett, og som vår undersøkelse viser, er det en sosial trygghet gjennom universelle ordninger for innbyggerne gjennom ulike livsfaser og livshendelser.

På tross av de universelle ordningene, er det en økning i sosiale ulikheter i befolkningen. Som vi skrev over, er sosiale ulikheter et innfløkt problem. Det krever politisk handling på ulike nivåer, men også politisk vilje til å adressere de sosiale determinantene. Det kan synes som en uoverkommelig oppgave å løse disse problemene, både på det globale, nasjonale – og lokale - nivået.

Innenfor ramme av den nordiske velferdsstats modellen, finnes det muligheter til å ta tak i disse problemene. Velferdsstaten har fortsatt høy legitimitet i befolkningen, det samme har solidaritetstankegangen bak tjenestene. De fleste mener fortsatt at det er rettferdig fordeling av skattemidler å subsidiere barnehager, selv om man selv ikke har barn, eller at vi alle er med på å betale for gode helsetjenester. (Ervasti et al 2012, Sandvin et al 2020).

Som vi har sett, har kommunene ansvaret for mange av velferdsstatens tjenester, og kommunene har begrensede budsjetter og må derfor prioritere mellom oppgavene. Det fører ofte til at de mest utsatte rammes hardest, og dermed bli en av driverne for økt sosial ulikhet og fattigdom. Et viktig politisk virkemiddel vil være at statlige myndigheter i økende grad erkjenner betydningen av proporsjonell universalisme, ved å sette kommunene bedre i stand til å støtte ulike utsatte grupper, og dermed bidra til å redusere sosial ulikhet og fattigdom.

Dette vil selvsagt kreve politisk vilje til økt omfordeling innenfor mange politikkområder – med andre ord en økt revitalisering av den nordiske velferdsstatsmodellen.

Referanser

- Baldersheim, H. & Ståhlberg K. (2002). Guided Democracy or Multi-Level Governance? New Trends in Regulatory Regimes in Central-Local Relations in the Nordic Countries. *Local Government Studies* 28, 74-90.
- Brauer, J. (2024). Austerity through rescaling and layering in the Swedish welfare state, *Geografiska Annaler: Series B, Human Geography*, DOI: 10.1080/04353684.2024.2336045 To link to this article: <https://doi.org/10.1080/04353684.2024.2336045>.
- Christensen T, Lægreid O.M. & Lægreid P. (2019). Administrative coordination capacity; does the wickedness of policy areas matter? *Policy and Society*. Published online 06 Mar 2019; doi:10.1080/14494035.2019.1584147.

- Epland, J. and Hattrem, A. (2023). Barn i lavinntektsusholdninger i Norden 2005-2020 Hvorfor så ulik utvikling? Statistisk sentralbyrå, Norge, rapport 2023/38.
- Ervasti, Goul Andersen, Fridberg & Ringdal (2012). «The future of the welfare state. Social policy attitudes and social capital in Europe». Cheltenham: Edgar Elgar Publishing.
- Esping-Andersen, G. (1990). The three Worlds of Welfare Capitalism. Polity Press, London.
- Feyaerts G, Deguerrey M., Deboosere P., & De Spiegelaere M. (2017). Exploration of the functions of health impact assessment in real-world policymaking in the field of social health inequality: towards a conception of conceptual learning. *Global Health Promotion* 24(2), 16–24; doi: 10.1177/1757975916679918.
- Fosse E. (2018). Politikk for å utjevne sosiale helseforskjeller i de skandinaviske land. *Socialmedicinsk tidsskrift* nr.6, 2018.
- Fosse E. & Helgesen M.K (2019) Policies to address the social determinants of health in the Nordic countries. Report to Nordic Welfare Centre, ISBN: 978-91-88213-47-1 nordicwelfare.org/en/publication.
- Fosse E. & Helgesen M. (2020). Addressing the social determinants of health in the Nordic countries: wicked or tame problem? *Socialmedicinsk tidsskrift* 3/2020.
- Fosse, E. & Torp, S. (2022). Kan folkehelsearbeidet bidra til en styrking av velferdsstaten? I H. Vike, B. Karlsson & R. Sundet (Red.), Velferdsstatens transformasjoner (s. 102–118). Fagbokforlaget. DOI: <https://doi.org/10.55669/oa200904>.
- Goldblatt P., Castedo A., Allen J., Lionello L., Ruth Bell R. & Marmot M. (2023). Rapid review of inequalities in health and wellbeing in Norway since 2014 - executive summary. Institute of health equity, London.
- Karlsson L.E., Balkfors A., Gunnarsdottir H., Povlsen L., Regber S., Buch Mejsner S., Ikonen A.L. & Fosse E. (2022.) Are universal measures sufficient in reducing child poverty in the Nordic countries? An analysis of policies and political commitments. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1–11, DOI:10.1177/14034948221109694.
- Mackenbach J.P. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Soc Sci Med* 75(4):761-9; doi: 10.1016/.
- Marmot M. (2010). The Marmot Review. Fair Society, Healthy Lives. Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010.
- Mehrara, Lydia (2022) How Universal Is Universal Health Care? A Policy Analysis of the Provision of Maternal Health Care for Immigrant Women in Norway Ph.D. in Sociology, Nord University (Norway).
- Nygård M, Lindberg M, Nyqvist F & Härtull C. The role of cash benefit and in-kind benefit spending for child poverty in times of austerity: an analysis of 22 European countries 2006–2015. *Social Indicators Research*. 2019;146(3):533-52.
- Nordby, T. (1989). Karl Evang – en biografi. Aschehoug.
- Povlsen; L., Regber, S., Fosse, E., Eklund Karlsson, L. & Gunnarsdottir, H. (2018). Economic poverty among children and adolescents in the Nordic countries. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2018; 46(Suppl 20): 30–37.
- Raphael D. (2014). Challenges to promoting health in the modern welfare state. The case of the Nordic nations. *Scandinavian Journal of Public Health* 42:7;17; doi:10.1177/1403494813506522.
- Rittel W. J. & Webber M. M. (1973). Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy Sciences* 4 (2):155-169. URL: <http://www.jstor.org/stable/4531523>.
- Sandvin, J.T., Vike, H. & Anvik C.H. (2020). Den norske og nordiske velferdsmodellen– kjennetegn og utfordringer. I Anvik C.H., Sandvin J.T., Breimo J.P. & Henriksen Ø. (red.) Velferdstjenestenes vilkår. Nasjonal politikk og lokale erfaringer. Universitetsforlaget, Oslo. DOI: <https://doi.org/10.18261/9788215034713-2020-3>.
- Slagstad, R. (2015). De nasjonale strategier. Pax, 3. utg.
- UNICEF Innocenti. Worlds of Influence: Understanding what shapes child well-being in rich countries. Innocenti Report Card 16. Florence: UNICEF Office of Research – Innocenti; 2020.
- WHO. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organisation (WHO).