



Trygd og samfunn

FORSIDEBILDET





Begge foto Øivind Larsen 2002

Spor av trygdeordninger – innbetalinger til kasser som kunne understøtte ved sykdom eller skade – finnes langt tilbake i historien, f.eks. ved gamle bergverk. Urbaniseringen og industrialiseringen i Europa på 1800-tallet aksentuerte og synliggjorde imidlertid klasseforskjellene i samfunnet og de sosiale ulikhetene. Disse kom også til uttrykk som store forskjeller i livsbetingelser og helse. Samtidig vokste en ny oppfatning gradvis frem: At ulikhetene også var en urettferdighet som det måtte gjøres noe med. Trygdesystemene representerer i stor grad samfunnets svar på kravet om rettferdig fordeling og utjevning av den sosiale ulikhet som skyldes funksjonssvikt og helseproblemer.

Sosialhistorien, medisinhistorien og den politiske historie har mange eksempler på hvordan fattigdommen og medfølgende helseproblemer ble tatt opp etter hvert som den sosiale samvittigheten våknet i de forskjellige kretser – fra gryende arbeiderbevegelse i det 19. århundre til religiøse og veldedige organisasjoner, men også fra paternalistiske bedriftsledere – med ett hovedmål i sikte: Nemlig å gjøre anstendige levekår og betingelser for helse til et kollektivt anliggende. At utviklingen av sosialt ansvar kunne ha blandede motiver, er en annen sak: Merkantilismen så helse som en økonomisk ressurs. Og sosial trygghet fremmet politisk ro.

En av mange pionerer som kunne nevnes fra samfunnets øvre sjikt, var den engelske sosiologen, industrilederen og filantropen Benjamin Seebohm Rowntree (1871 – 1954), for øvrig en nær rådgiver for statsminister David Lloyd George (1863 – 1945). Han var blant annet opptatt av hvordan nøden var fordelt i samfunnet (1). Ikke bare fant han en sosial og geografisk fordeling, men han la vekt på at det også var en fordeling over individers livsløp, der enkelte perioder var vanskeligere enn andre, en faktor som kan være en nøkkel til forståelse i komparative studier over velferdspolitikkenes fremvekst i ulike land (2).

Velferdspolitikken vil si at det tas overordnet ansvar for individers problemer og overføres ressurser i situasjoner der det ansees nødvendig ut fra nærmere definerte kriterier. Rowntree satte selv dette ut i praksis og drev progressiv velferdspolitikken i den sjokoladefabrikken han satt i ledelsen for. En pensjonsordning ble etablert i 1906 og et system for å gi ansatte del i utbyttet i 1923 – foruten fem dagers arbeidsuke i 1919. Paternalistiske bedriftsledere med sosialt engasjement fantes i alle land, i Norge er Johan Throne Holst (1868 – 1946) et eksempel – også han fra sjokoladebransjen (3).

Men i Storbritannia var det fra lenger til venstre i politikken enn bedriftsledere vanligvis hørte hjemme at den heldekkende National Health Service (NHS), systemet for ivaretagelse av helse, kom i 1948. Det var økonomen og den liberale politikeren sir William Beveridge (1879 – 1963) som var den britiske velferdsstatens grunnlegger (4). Og parallell utvikling kunne sees i andre land, også i Norge.

I juni 2002 samles trygdemedisinere til en internasjonal konferanse i Oslo om helsesvikt og helseøkonomi. De vil spørre seg: Hvordan fungerer velferdsideologiene i dag?

Velferdspolitikken er omfordeling. Hvordan slik omfordeling på sosialt grunnlag skjer rundt omkring i verden er og har vært forskjellig, men i vårt samfunn er trygdesystemet en tung aktør. Rikstrygdeverkets milliarder utjevner ulikheter og dekker behov. Det snakkes mye om den statlige omfordelingen av midler til kommunene, men mindre om den meget omfattende omfordelingen til enkeltindivider som foregår rundt om i kommunene via trygdesystemet.

En stor del av trygdens omfordeling skjer på grunnlag av premisser som har med helse å gjøre, hvilket vil si at rollen til medisinsk personell og spesielt legene som aktører er viktigere enn mange kanskje er klar over. Ved nærmere ettertanke: Norsk legepraksis har forskrivning av trygdeytelser som et av sine aller viktigste hjelpemidler. Faktisk medfører de fleste diagnostiske og behandlingsmessige tiltak som skjer på en leges kontor en trygdeytelse, oftest liten, men mange ganger stor.

Reglene for når trygderettigheter foreligger, er etter hvert blitt meget kompliserte (5) og medfører også bruk av medisinsk skjønn. Således påhviler det især leger et stort ansvar både vis-à-vis pasienten og overfor samfunnet for at den omfordelingen som foregår på

medisinsk grunnlag, skal skje på rett måte.

Derfor blir trygdemedisin et meget viktig fagområde i et moderne velferdssamfunn, blant annet for å utvikle analysekompetanse. Datamengdene som akkumuleres hver eneste dag i trygdesystemet, er etter hvert blitt meget store og gir utgangspunkt for trygdemedisinske vurderinger av hvordan den medisinsk betingede omfordelingen av midler fungerer. Og forskningsresultatene vil kunne gi korreksjoner av kursen fremover, slik at faget også har en normdannende oppgave.

Det er imidlertid betydelige utfordringer. Rowntree så de sosiale skjevhetene i det store perspektiv, og det må trygdemedisinen også gjøre. Den bruken man gjør av trygdesystemet på medisinsk grunnlag, gjør noe med hele samfunnet. Eksempel: De av oss som er gamle nok, husker hvordan innføringen av kombinasjonen berettiget uføretrygd og giktmedisin på blåresept kunne få roen til å senke seg og hverdagen til å rulle videre i Distrikts-Norges lokalsamfunn – og få gamle folk til å bli boende på sitt småbruk og klare seg selv med fisket, skogteigen, sauene og trygden. Trygdemidlene sikret både den individuelle velferden og strukturen i samfunnet.

Trygdemedisinen er egentlig en del av et stort samfunnsvitenskapelig felt der medisin, økonomi, samfunnsgeografi, sosiologi og andre fag møtes, og der temaene for nyttige analyser på makronivå burde være legio. Resultatene, sammenholdt med andre studier, vil kunne sette målene for helsearbeidet inn i sin sammenheng og gi et styringsmiddel i arbeidet frem mot det samfunn vi ønsker oss (6).

Det offentlige trygdesystemet er til enhver tid politisk styrt. Dette er viktig. Omfordeling på sosialt grunnlag, herunder medisinsk, har en del grunnleggende forutsetninger: Solidaritet, vilje til å se min nestes problem som mitt, en norm om sosial utjevning, et gjennomtenkt rettferdighetsbegrep osv. Endres slike grunnprinsipper, vil trygdesystemet svikte som omfordelingsverktøy.

Skal en velferdsstat fungere, kreves det en alminnelig forståelse av at vi har med et gjensidighetsprinsipp å gjøre: Ytelse og motytelse, plikter og rettigheter. En del av nasjonalproduktet, også av det jeg selv bidrar med, omfordeles til andre og til meg selv ved behov. Det foreligger et offentlig kollektivt ansvar som jeg deler.

Men hvis dette overordnede ansvaret desentraliseres for mye, eller på annen måte pulveriseres, skal det ikke mye til før det mister preget av å være et kollektivt ansvar, slik vi blant annet kan se det i kommuner som må slite med økonomien. Det samme gjelder for trygdesystemet, der samfunnsansvaret også kan bli utvannet, f.eks. hvis utgiftsfordelingen mellom trygdesystem og mottaker endres for dramatisk. Derfor må det være en oppgave for trygdemedisinen å påvise hva som skjer i et større perspektiv dersom politiske vinder gradvis endrer grunnforutsetningene.

Forsidebildet er ment å skulle illustrere enda en ny utfordring for de nordiske velferdssamfunnene: Trygden og tradisjonene. De to muslimske kvinnene på gaten i Oslo kommer etter all sannsynlighet fra et land uten trygdesystem i vår forstand. Men det er nok omsorg og omfordeling i deres hjemland likevel, kanskje like heldekkende og inngripende, men basert på et annet prinsipp: Nemlig familien. Vi må anta at det var nytt for dem å komme til et samfunn der helsesvikt og andre vanskeligheter kompenseres med penger, i forhold til et system der de selv og mennesker knyttet til hverandre med blodets bånd har klare plikter og rettigheter for å ta vare på hverandre – et system der ytelse og motytelse ser annerledes ut.

Her er det minst to felter som kaller på nærmere studier: Ett av dem er innvandrernes omstilling til vårt omfordelingssystem – trygden.

Et annet felt er hva trygdesystemet har gjort og gjør med familien som funksjonell enhet i våre velferdssamfunn, nå som deler av de menneskelige forpliktelser er omgjort til politisk styrte pengesummer. Fortsatt er det nok familien vi støtter oss mest på i det daglige. Men vi vet ikke hvordan dette vil utvikle seg fremover, og heller ikke hvordan trygdesystemet eventuelt kan tilrettelegges i styringsøyemed på dette området.

ØivindLarsen

LITTERATUR

1. Rowntree BS. Poverty: a study of town life. London: Nelson, 1901.
2. Grell OP, Cunningham A, Jütte R. Health care and poor relief in 18th and 19th century Northern Europe. Aldershot: Ashgate, 2002.
3. Rudeng E. Sjokoladekongen. Oslo: Universitetsforlaget, 1989.
4. Westin S. A great leap for humankind? BMJ 1998; 317: 49 – 51.
5. Hanao R. Veileder i sosialmedisin og helseadministrasjon. 15. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 1998.
6. Marinker M, red. Health targets in Europe: polity, progress and promise. London: BMJ Books, 2002.

Publisert: 10. juni 2002. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 18. juli 2026.