



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Meld. St. 34 (2012–2013) Sammendrag – bokmål

# Folkehelsemeldingen

## God helse – felles ansvar





## Innhold

	<b>Innkalling til dugnad .....</b>	<b>5</b>
<b>1</b>	<b>En folkehelsepolitikk for vår tid .....</b>	<b>9</b>
1.1	Helsen henger sammen med hvordan vi innretter samfunnet .....	10
1.2	Et felles løft for folkehelsen .....	12
1.3	Nasjonale mål .....	14
1.4	Nasjonale virkemidler og tiltak .....	16
1.5	Verdier og prinsipper .....	18
<b>2</b>	<b>Helseutfordringer i det 21. århundret .....</b>	<b>27</b>
2.1	Helsetilstanden .....	27
2.2	Forhold som påvirker helse og levealder .....	29
<b>3</b>	<b>Et mer helsefremmende samfunn .....</b>	<b>33</b>
<b>4</b>	<b>Helse gjennom hele livsløpet .....</b>	<b>39</b>
<b>5</b>	<b>Mer forebygging i helse- og omsorgstjenesten ...</b>	<b>45</b>
<b>6</b>	<b>Kunnskapsbasert folkehelsearbeid .....</b>	<b>49</b>
<b>7</b>	<b>Sterkere virkemidler i folkehelsepolitikken .....</b>	<b>53</b>
<b>8</b>	<b>Nasjonalt system for å følge opp folkehelsepolitikken .....</b>	<b>57</b>
<b>9</b>	<b>Økonomiske og administrative konsekvenser ...</b>	<b>61</b>
<b>10</b>	<b>Videre lesning .....</b>	<b>62</b>



# Folkehelsemeldingen

God helse – felles ansvar

Meld. St. 34 (2012–2013)

## Innkalling til dugnad

**Folkehelsedugnaden for hundre år siden stagget de smittsomme sykdommene. En ny dugnad må til for å stagge livsstilssykdommene.**

I Norge har vi opplevd store forbedringer i helse og levealder. For hundre år siden engasjerte de frivillige organisasjonene seg i arbeidet for smittevern, folkebad og helsestasjoner for mødre og barn. Arbeiderbevegelsen hadde rent vann og bedre boliger blant sine viktigste krav. Folkehelsearbeidet i forrige århundre var avgjørende i kampen mot de smittsomme sykdommene. Dagens folkehelsearbeid er avgjørende i kampen mot de ikke-smittsomme livsstilssykdommene.

I dag blir mange av oss syke som følge av usunt kosthold, inaktivitet, tobakk og alkohol. Flere blir sykmeldt som følge av psykiske lidelser. Flere får diabetes, hjerte- og karsykdommer, kreft og kols. Dette er ikke utfordringer vi kan møte på sykehus eller legekontorer. Dette er utfordringer vi må møte i alle sektorer av samfunnet.

Ikke bare helsesjefen i kommunen tenker nå helse. Det er alles ansvar, helt i tråd med god folkehelsetenking. Plansjefen i kommunen må tenke folkehelse når kommunens areal skal disponeres. Hvis hundremeterskogen ved det barnerike boligfeltet blir regulert til næringsformål sier det seg selv at det blir færre trær å klatre i og færre huler å gjemme seg i for barna i nærmiljøet. Samferdselssjefen har ikke bare ansvar for bilister – men også sykklister. Våre aller viktigste arenaer i

folkehelsearbeidet er ikke operasjonsstuer og poliklinikker. Det er barnehager og skoler der alle barn blir sett og får muligheter.

Jobben må gjøres i alle sektorer i samfunnet. Både i privat og frivillig sektor finner vi aktører som er svært viktige i folkehelsearbeidet. Partene i arbeidslivet tjener både virksomhetene og de ansatte om de legger til rette for fysisk aktivitet og sunn mat i tilknytning til jobben. Fotballaget kan sørge for at sultne små fotballspillere får smoothie og smørbrød i stedet for brus og brownies på cupen. Dagligvarebransjen kan tilby sunne alternativer og gjøre veien fram til kassa til noe annet enn en trang korridor av chips og sjokolade.

For hundre år siden var det fattige mennesker som bar den største sykdomsbyrden. Det er fortsatt slik. Derfor er folkehelsearbeidet ikke bare et arbeid for bedre helse i hele befolkningen – men også et arbeid for å utjevne ulikhet. Det er ingen liten jobb. Men vi greier den hvis vi gjør den sammen.

Vel møtt til dugnad!

Jonas Gahr Støre  
Helse- og omsorgsminister



Figur 1.1





## 1 En folkehelsepolitikk for vår tid

Den norske befolkningen har god helse. Gjennom de siste hundre årene har vi opplevd en betydelig forbedring i helse og levealder i hele befolkningen. Arbeidet for å bedre befolkningens helse går som en rød tråd gjennom utviklingen av den norske velferdsstaten. Utvikling av lover og regler, hygiene, kunnskapsutvikling og folkeopplysning har hatt stor betydning. Skritt for skritt har tiltak og reformer i mange samfunnssektorer bidratt til denne utviklingen. Det har skjedd gjennom utbygging av universelle velferdsordninger, en fellesskole som er tilgjengelig for alle barn og unge, bedre boliger, vann- og sanitærforhold, vaksiner, en offentlig helsetjeneste av god kvalitet, og utvikling av et arbeidsliv som ivaretar arbeidstakernes rettigheter og helse, miljø og sikkerhet.

Helsetjenester av høy kvalitet er viktig for å oppnå god helse i befolkningen. Men i et historisk perspektiv har utviklingen i andre sektorer og bedring i velferden hatt større betydning. Velstandsøkningen har vært nødvendig for å bedre befolkningens helse samtidig som en frisk og arbeidsfør befolkning har vært en forutsetning for økonomisk utvikling.

Den positive utviklingen viser at vi har løst mange helseproblemer. Nå må vi ruste oss for å møte nye utfordringer. Norge og resten av verden står overfor en global trend med sykdommer som i mange tilfeller er knyttet til livsstil, til hva vi spiser og drikker og til for lite fysisk aktivitet.

Økt levealder og flere eldre i befolkningen, sammen med bedre behandling og livsstilsendringer, fører til at flere lever med kroniske lidelser. Medisinsk og teknologisk utvikling gir økende forventninger til spesialisthelsetjenesten og gjør at vi blir stilt overfor stadig mer krevende prioriteringer. Samtidig er det fortsatt store sosiale forskjeller i helse. For å møte utfordringene, vil regjeringen utvikle en folkehelsepolitikk for vår tid. Denne politikken trekker på historiske lær-

dommer, bygger på ny kunnskap og er forankret i verdier om likeverd og rettferdig fordeling.

### **1.1 Helsen henger sammen med hvordan vi innretter samfunnet**

Befolkningens helse og sosiale forskjeller i helse påvirkes av velferdsutvikling og forskjeller i levekår. Utvikling i helse er nært knyttet til oppvekstvilkår og de forholdene vi lever under. Det handler om å legge til rette for en samfunnsutvikling som gir gode betingelser for helse. Vi har et spesielt ansvar for barn og unge. Regjeringen mener at hovedinnsatsen må rettes inn her. Lykkes vi med å utvikle et mer helsefremmende samfunn, vil vi også skape et grunnlag for et inkluderende arbeidsliv, kreativitet, innovasjon og bidra til samfunnsbygging på en rekke andre områder. God helse og bedre levekår i befolkningen er derfor et mål for all offentlig politikk.

God helse innebærer å ha overskudd til å mestre hverdagens krav. Overskudd gir frihet til å velge og mulighet til å leve et selvstendig liv. Hver enkelt har et betydelig ansvar for egen helse og myndighet og innflytelse over eget liv. Men dette ansvaret kan ikke avgrenses til et individuelt anliggende alene. Forutsetningene for å ta frie valg begrenses av samfunnsskapt forskjeller i ressurser og overskudd. Vi gjør nesten aldri valg uten at det skjer i en bestemt sammenheng eller situasjon som påvirker valget, og som vi som enkeltindivider ofte har begrenset kontroll over. Forhold i samfunnet påvirker valgene og vi må være bevisst muligheten for å legge til rette for sunne valg. Samfunnet har ansvar for å legge til rette for livsutfoldelse og skape like muligheter. Det handler om å utvikle et samfunn som fordeler ressursene på en rettferdig måte, og om å legge til rette for at enkeltmennesker får mulighet til å utnytte egne ressurser og har reelle muligheter til frie valg. Formålet med folkehelsearbeid er ikke å begrense handlefrihet – men å skape muligheter.

Regjeringen har et bredt perspektiv på utviklingen av et mer helsefremmende samfunn. Det handler om alt fra barnehagene og skolen, nærmiljø og fritid som for eksempel idrett og kultur, til arbeidsplassen og trafikken, til byplanlegging og møte med næringsinteresser. Dette

går til kjernen av politikken, til betydningen av rettferdig fordeling og vilje til omfordeling. Siden vi også i Norge har klare sosiale forskjeller i helse, trenger vi en politikk for rettferdig fordeling, tilgang til barnehager og fritidstilbud som ikke koster mer enn familier kan bære, en skattepolitikk som fordeler byrdene rettferdig, skoler og universiteter uten skolepenger, og en helse- og omsorgstjeneste som er tilgjengelig for alle. Folkehelsepolitikken skal også ivareta urfolk, nasjonale minoriteter og innvandreres behov, for eksempel når det gjelder kulturell forståelse og språk. Det skal legges vekt på den betydningen kunnskap og holdninger om etniske grupper har for helsen og for utforming av folkehelseiltak. Alt dette er god folkehelsepolitikk.

Norge har oppnådd gode resultater i det tobakksforebyggende arbeidet takket være reklameforbud, røykeforbud i arbeidslokaler, offentlige lokaler og på serveringssteder, avgifter og andre tiltak. Vi har en visjon om et samfunn uten tobakk. Vi har hatt mot til å utfordre tobakksindustrien. Det tobakksforebyggende arbeidet internasjonalt har hatt stor betydning for utvikling av den norske politikken. Internasjonalt samarbeid om gode folkehelseiltak blir ikke mindre viktig framover. Nye internasjonale trender i forbruksmønstre som påvirker helsen i den norske befolkningen, skaper behov for nasjonal innsats og globale strategier.

Vi må ha mot og vilje til å utfordre også andre deler av næringslivet. Nye utfordringer kan være en mulighet og en spore til å utvikle nye former for ansvarsdeling og samarbeid. Vi kan utnytte denne muligheten til å utvikle en tydeligere kultur for samfunnsansvar og medvirkning.

Matvarebransjen kan utfordres til å produsere mat som inneholder mindre salt, sukker og usunt fett. Vi kan utfordre de som produserer og selger alkohol til å ta et større samfunnsansvar. Dette er en mer sammensatt og krevende dagsorden. Motkreftene er sterke. Det er behov for mer kunnskap og bedre tilrettelegging. Når det ligger til rette for det, kan staten og næringslivet samarbeide om å dreie utviklingen over på et sunnere spor. I andre tilfeller har vi ansvar for å benytte den demokratiske retten til å vedta reguleringer. Det gjelder spesielt ansvaret for å ivareta helsen til barn og unge. Når vi har kunn-

skap som viser at noe utgjør en fare for helsen, har befolkningen krav på å bli beskyttet.

## 1.2 Et felles løft for folkehelsen

Regjeringen vil gi folkehelsepolitikken fornyet kraft. Vi kan forbedre folkehelsen, men da er det nødvendig å gi det helsefremmende og forebyggende arbeidet et løft. I Norge har vi en enestående mulighet til å ta tak i de nye helseutfordringene. Vi har et samfunn som er preget av sosial trygghet og tillit, økonomisk bærekraft og en velferdsstat som gjør oss godt rustet til å møte nye helseutfordringer. Skal vi få til et felles løft for folkehelsen, må alle aktører i samfunnet bidra. Dette er en positiv dagsorden som er motivert av muligheter.

Vi trenger en ny tilnærming som i sterkere grad kan forankre og skape eierskap til målene for folkehelsepolitikken i brede lag av befolkningen. Vi skal videreføre eksisterende politikk. Men i møte med livsstilssykdommer kreves en tilnærming som i sterkere grad motiverer og inspirerer hver enkelt av oss. Det er ikke nok at politiske myndigheter eier målene. Målene må forankres i hele det sivile samfunnet. Det gjelder frivillige organisasjoner, fagbevegelsen, næringslivet og arbeidsgivere både i offentlige og private virksomheter. Befolkningens helse er et felles ansvar. Alle har et ansvar for å utvikle et samfunn som fremmer helse og hver enkelt har et ansvar for egen helse.

Næringslivet kan for eksempel ta ansvar for befolkningens helse gjennom å produsere sunnere varer, bidra i prosjekter som har folkehelse som innfallsvinkel, og gjøre det lettere for forbrukerne å ta sunne valg. På kostholdsområdet er det flere gode eksempler på samarbeid mellom helsemyndigheter og matvarebransjen. Dette samarbeidet kan vi videreutvikle og gjøre mer forpliktende. Næringslivet kan og bør ta større ansvar som arbeidsgiver, for eksempel når det gjelder holdninger til og bruk av alkohol i sosiale sammenhenger, tilrettelegging for fysisk aktivitet, sunn mat og tiltak for å skape mer inkluderende og helsefremmende arbeidsplasser.

Organisasjonene i arbeidslivet, både arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonene, utfordres og inviteres til å ta sin del av ansvaret. Det er godt folkehelsearbeid å forebygge at store grupper faller utenfor

utdanning og arbeidsliv. På samme måte handler folkehelsearbeidet om å skape trygge og sikre arbeidsmiljø. Det er også lønnsomt for bedriften. Ikke minst kan dette bidra til å utjevne sosiale forskjeller i helse. Arbeidsplassen er også godt egnet for helsefremmende og forebyggende arbeid.

Det er lang tradisjon for samarbeid mellom offentlige myndigheter og frivillige organisasjoner i folkehelsearbeidet. Det gjelder organisasjoner som har folkehelse som uttalt arbeidsområde, idretts- og friluftslivsorganisasjoner, humanitære og ideelle organisasjoner, organisasjoner på kulturområdet, pasient- og brukerorganisasjoner og en rekke andre organisasjoner. Det handler både om organisasjonenes egenverdi som sosial møteplass, aktiviteter og tilbud som organisasjonene driver, og om å utvikle helsefremmende arenaer, for eksempel ved å skape alkohol- og røykfrie arenaer, tur- og treningstilbud og om å tilby sunnere mat på arrangementer. Dette samarbeidet bør videreutvikles. Ikke minst i lokal- og nærmiljøet, der kommunene skal legge til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner. Regjeringen vil invitere til dialog om hvordan frivillige organisasjoner kan bli en enda viktigere samarbeidspartner i folkehelsearbeidet, om innrettingen på de statlige virkemidlene og behovet for bedre samordning på tvers av sektorer.

Kommunene har en viktig rolle. Ett av målene i samhandlingsreformen er å bidra til at vi fremmer helse og forebygger bedre, at vi tar ansvar tidlig, tett på der vi bor, lever og jobber. Fastlegen som er ryggraden i helsetjenesten i kommunen, kan bidra ved å engasjere seg sterkere i forebyggende og helsefremmende arbeid. Kommunene har gjennom ny folkehelselov fått et større ansvar for forebyggende arbeid i helsetjenesten og folkehelsearbeidet på tvers av sektorer. Kommunene har ansvar for å ha oversikt over utfordringer og muligheter, men velger selv mål og tiltak for å fremme innbyggernes helse. I de fleste kommuner er det et språklig og kulturelt mangfold og det er derfor viktig med språk- og kulturkompetanse. Etter plan- og bygningsloven skal kommunene ivareta samisk samfunnsliv i planarbeidet. Kommunenes engasjement gir muligheter for en folkehelsesatsing der alle sektorer er med. Dette krever god ledelse, politisk engasjement, forankrede planer og gjennomføringskraft. Mange kommu-

ner har allerede tatt utfordringen med stort engasjement, og folkehelsearbeid er satt høyere på den lokale planleggingsagendaen.

### 1.3 Nasjonale mål

Regjeringens mål for folkehelsearbeidet er at:

- Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder
- befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller
- vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen

Målene bygger på regjeringens strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller slik den er nedfelt i St.meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller og i Nasjonal helse- og omsorgsplan som ble lagt fram i Meld. St. 16 (2010–2011). I formålsbestemmelsen i folkehelseloven er det blant annet slått fast at loven skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevning av sosiale helseforskjeller, og fremme trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold.

Utgangspunktet for folkehelsepolitikken er at helse ikke bare innebærer fravær av sykdom, men også inkluderer overskudd, trivsel og velvære. Helse er noe vi kan ha mer eller mindre av, det er ikke slik at vi enten er friske eller syke.

#### 1.3.1 *Blant de tre landene med høyest levealder*

Regjeringen har som mål at Norge skal være blant de tre landene i verden med høyest levealder. Målet skal nås gjennom å redusere tidlig død og utjevne sosiale forskjeller i dødelighet. Norge har sluttet seg til Verdens helseorganisasjons mål om 25 prosent reduksjon i tidlig død som følge av livsstilssykdommer innen 2025.

Målet om at Norge skal være blant de tre landene med høyest levealder er nytt i folkehelsepolitikken samtidig som det bygger på eksisterende mål om å bedre helse og levealder. Plassering på en internasjonal rangering er ikke et mål i seg selv, men levealder er et godt mål

på helsesituasjonen i befolkningen. Vi har gode forutsetninger for å nå dette målet. Vi har høy levestandard, relativt små sosiale forskjeller, gode velferdsordninger og en helse- og omsorgstjeneste av høy kvalitet. Den nordiske velferdsmodellen gir et samfunn preget av trygghet og høy sosial tillit, og økonomisk og demografisk bærekraft. På 1950-tallet var levealderen i Norge den høyeste i verden og på 1960- og 1970-tallet var vi blant de tre landene med høyest levealder. Selv om vi har hatt en kraftig økning i levealder, ligger vi i dag blant de ti til elleve land i verden med høyest levealder. Det er ingen grunn til at vi ikke skal kunne være blant de landene med aller høyest levealder i årene framover. Målet må ses i sammenheng med de andre målene, og innsatsen for å øke forventet levealder må rettes inn mot å styrke forutsetningene for et langt liv med god helse.

### *1.3.2 Flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller*

Det er et mål at folkehelsepolitikken skal bidra til flere leveår med god helse og trivsel og reduserte helseforskjeller.

Det er en klar sammenheng mellom sosiale og økonomiske ressurser og helse. Dersom vi grupperer befolkningen etter inntekt eller utdanningsnivå, ser vi at jo høyere inntektsnivå eller utdanningsnivå desto bedre helse. Sammenhengen mellom sosial posisjon og helse er gradvis og kontinuerlig og berører derfor alle lag i samfunnet. Vi finner mange av de samme sosiale forskjellene innad i urbefolkningen, nasjonale minoriteter og innvandregrupper. Samtidig er det slik at utdanning og inntekt ikke nødvendigvis gjenspeiler sosiale forskjeller i urbefolkningen på tilsvarende måte som i den norske befolkningen for øvrig.

Resultatene fra det globale sykdomsbyrdeprosjektet tyder på at når levealderen øker vil en større del av leveårene være med nedsatt helse. Det skal utvikles gode data, både for å følge med på om målet nås og for å bedre kunne vurdere framtidige behov. Uførhet og hjelpebehov henger sammen med andre forhold enn de rent medisinske. For eksempel ser det ut til at selv om forekomsten av sykdommer øker så er andelen eldre med hjelpebehov og nedsatt funksjonsevne redusert i den norske befolkningen de siste årene.

### 1.3.3 *Skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen*

Regjeringen vil skape et samfunn som fremmer helse og reduserer sosiale helseforskjeller uten at noen grupper skal få dårligere helse. Målet tar utgangspunkt i at det er en rekke forhold i samfunnet som påvirker helse og fordeling av helse i befolkningen. Det gjelder for eksempel frafall fra videregående skole, miljøbelastninger, inntektsulikhet og sosiale forskjeller i levevaner. Gjennom å sette mål på forhold som påvirker helsen blir det også mulig å se resultatene i form av redusert risiko lenge før det slår ut i sykdom og død. I tillegg bidrar det til å synliggjøre ansvaret til sektorer og aktører som har hånd om virkemidlene.

Sosiale forskjeller i helse skyldes i hovedsak forskjeller i materielle, psykososiale og atferdsrelaterte risikofaktorer. Det betyr at arbeidet for å redusere sosiale forskjeller i helse også handler om sosial utjevning gjennom å redusere forskjeller i inntekt og utdanning. Etnisk diskriminering er en annen faktor som kan føre til helseproblemer. Et samfunn som skal fremme helse og redusere sosiale helseforskjeller må ta hensyn til sosiale, økonomiske, kulturelle og miljømessige betingelser.

For at de nasjonale målene skal fungere som et effektivt virkemiddel i arbeidet med å følge opp og videreutvikle folkehelsepolitikken, er det nødvendig å konkretisere målene gjennom resultatmål og indikatorer.

## 1.4 **Nasjonale virkemidler og tiltak**

I denne stortingsmeldingen presenterer regjeringen en samlet strategi for å utvikle en folkehelsepolitikk for vår tid og styrke det forebyggende arbeidet i helse- og omsorgstjenesten. Stortingsmeldingen representerer nasjonale myndigheters oppfølging av føringene i folkehelseloven.

Staten er gjennom folkehelseloven tillagt ansvar for folkehelsearbeidet nasjonalt. Det betyr for det første et nasjonalt ansvar for å identifisere folkehelseutfordringer gjennom å følge utvikling i helsetilstand og faktorer som påvirker helsen. For det andre innebærer det at



beskrivelsen av folkehelseutfordringene skal danne grunnlag for planlegging og utforming av nasjonale tiltak. For det tredje har nasjonale myndigheter ansvar for å bistå kommunesektoren og legge til rette for et systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

En samlet vurdering av folkehelseutfordringene er lagt til grunn for virkemidler og tiltak som er beskrevet i denne stortingsmeldingen. Stortingsmeldingen bygger på erkjennelsen av at folkehelseutfordringene ikke kan løses i helsesektoren alene, men er en felles oppgave for hele samfunnet. Det viktigste vi kan gjøre for å styrke folkehelsearbeidet er å legge til rette for at hensynet til befolkningens helse ivaretas på tvers av sektorer. Folkehelsesloven har lagt de juridiske rammene og med denne stortingsmeldingen legger regjeringen overordnede føringer for hvordan vi skal sikre at loven gjennomføres.

Det er ikke en ny erkjennelse at folkehelsearbeidet er et ansvar på tvers av sektorer og samfunnsområder. Men med denne stortingsmeldingen vil regjeringen gå et skritt videre og etablere et bedre system for å sikre en mer effektiv oppfølging av folkehelsepolitikken. Stortingsmeldingen skal også bidra til å synliggjøre hvordan politikk på alle samfunnsområder påvirker befolkningens helse – prinsippet om «helse i alt vi gjør».

Folkehelsearbeid er ikke et ansvar for det offentlige alene – hele samfunnet må bidra. Regjeringen inviterer derfor til samarbeid og ansvarliggjør aktører også utenfor offentlig sektor. Det gjelder næringslivet, partene i arbeidslivet, frivillige organisasjoner og andre aktører som kan bidra til å bedre helsen i befolkningen.

Stortingsmeldingen er også en oppfølging av føringer i samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen forutsetter at det skal skje en dreining av ressursene i retning av forebyggende arbeid og tidlig oppfølging og behandling i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Regjeringen har gjennom innføring av kommunal medfinansiering og betaling for utskrivingsklare pasienter gitt kommunene insentiver til å overta mer av pasientbehandlingen og til å satse på forebygging og tidlig intervensjon. Kommunene har i tillegg fått tilført midler gjennom rammetilskuddet for å bygge opp nødvendig kompetanse.

## 1.5 Verdier og prinsipper

Folkehelsearbeidet skal bidra til god helse og bedre levekår i befolkningen. Det handler ikke bare om helse- og omsorgssektoren, men er et mål for all offentlig politikk. God helse er en verdi i seg selv og øker mulighetene for den enkeltes livsutfoldelse. God helse er en ressurs og forutsetning for andre mål, som for eksempel et produktivt arbeidsliv, effektiv læring og overskudd til å bidra i frivillig arbeid. Høy sykkelighet og lav funksjonsevne medfører påkjenninger og kostnader både for den enkelte og for samfunnet i form av helse- og omsorgstjenester, sykefravær og trygd.

### 1.5.1 Samfunnets og enkeltindividets ansvar

Befolkningens helse er påvirket av politiske valg og private aktørers valg som er utenfor enkeltindividets rekkevidde. Siden helsen påvirkes av samfunnsutviklingen og de kårerne vi lever under, handler folkehelsepolitikken om å legge til rette for at den enkelte og lokalsamfunn skal være i stand til å ta kontroll over forhold som påvirker helsen. Det handler for eksempel om økonomisk trygghet, deltakelse og mestring, opplevelse av mening og inkludering i utdanning og arbeidsliv.

Det må være en balanse mellom fellesskapets ansvar for befolkningens helse og den enkeltes ansvar for egen helse. Hver enkelt har et betydelig ansvar for egen helse og myndighet og innflytelse over eget liv. Samtidig er enkeltmenneskets handlingsrom på mange områder begrenset av forhold som er utenfor individets kontroll. Selv røyking, fysisk aktivitet og kosthold påvirkes av økonomiske og sosiale bakgrunnsfaktorer som den enkelte ikke har valgt. Bruk av tobakk og rusmidler berører ikke bare brukeren, men også pårørende, omgivelser og andre på grunn av passiv røyking, passiv drikking og atferd som følge av ruspåvirkning. Så lenge de systematiske forskjellene i helse henger sammen med ulikheter i samfunnets ressursfordeling, er det fellesskapets ansvar å påvirke denne fordelingen i en mer rettferdig retning.

Det er et samfunnsansvar å påvirke valg som har betydning for helsen gjennom å informere, tilføre kunnskap og påvirke holdninger. Det kan handle om å gjøre de sunne valgene lettere og mer attraktive og usunne valg vanskeligere. Det er forbundet med etiske utfordringer å påvirke andre mennesker. Grunnlaget for slik påvirkning fra samfunnets side må være basert på et solid kunnskapsgrunnlag og være godt forankret og drøftet. Virkemidlene bør derfor ta utgangspunkt i respekt for forskjeller i verdivalg og ha en grunnleggende aksept i samfunnet. Folkehelsepolitikken bør være gjenstand for en offentlig samtale og diskusjon som omfatter så store deler av befolkningen som mulig. Dette er ikke minst viktig fordi innvandring har ført til at vi har fått en befolkning som både språklig, kulturelt og religiøst er mer mangfoldig.

### *1.5.2 Prioriteringsdilemmaet og forebyggingsparadokset*

Det er et mål at helse- og omsorgspolitikken skal gi mest mulig helse til hele befolkningen. Både folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven har som norm at tjenester og aktiviteter skal organiseres slik at en unngår tap av leveår med god helse. Det innebærer at tilgjengelige ressurser skal brukes på en slik måte at de bidrar til sosial utjevning og mest mulig helse og livskvalitet.

I praksis vil det ofte være vanskelig å prioritere forebygging framfor behandling selv om dette på sikt vil gi mer helse igjen for ressursene. Det vil alltid være uløste behandlings- og omsorgsbehov. I tillegg trekker sterke økonomiske interesser, media og profesjonsinteresser oppmerksomhet og ressurser i retning av spesialisert behandling. Siden det ikke finnes bilder og historier å fortelle om framtidig syke mennesker, vil det alltid være en politisk utfordring å sikre prioritering av forebyggende arbeid.

Dersom vi forutsetter at de ressursene som går til helse er en gitt størrelse, kan forebygging teoretisk sett ses på som å ta ressurser fra dem som i dag har problemer og overføre ressursene til friske personer. En slik tilnærming kan lede til den konklusjonen at det bare er forsvarlig å drive forebyggende arbeid når alle presserende problemer er løst. Med et slikt utgangspunkt vil det aldri være plass til fore-

byggende arbeid. Selv om vi utnytter ressursene effektivt, må vi alltid regne med at etterspørselen etter behandling vil være større enn tilbudet. Det paradoksale med dette utgangspunktet er at det over tid vil kunne føre til større tap av leveår med god helse. Videre er det problematisk at tilnærmingen ikke tar hensyn til interessene til dem som blir syke i framtiden, fordi det ikke satses på forebyggende arbeid i dag. Problemstillingen har en klar parallell til miljøutfordringene, for eksempel til spørsmålet om hvilket klima eller hvilke naturressurser vi overlater til framtidige generasjoner. Som samfunn må vi også ta ansvar for å planlegge for framtidige behov. Både samhandlingsreformen og folkehelseloven bygger på prinsippet om bærekraft. Derfor må det i større grad legges vekt på å dokumentere forholdet mellom helseeffekt og ressursbruk av forebyggende tiltak slik at det blir mulig med mer direkte sammenlikning med medisinsk behandling.

Vi står overfor en tilsvarende prioriteringsutfordring når det gjelder prioritering mellom målrettede forebyggende tiltak for risikogrupper og brede forebyggende tiltak rettet mot hele befolkningen. Avveiningen mellom målrettede tiltak og befolkningsbaserte tiltak blir gjerne omtalt som forebyggingsparadokset. Paradokset innebærer at tiltak rettet mot grupper med lav risiko kan være vel så effektive som tiltak rettet mot grupper med høy risiko. Forklaringen er at målgruppen er stor og at tiltakene derfor vil få virkning for mange. Det sentrale i paradokset er at tiltak som tilsynelatende har beskjeden effekt, men er rettet mot mange, kan ha langt større effekt enn tiltak som har stor og målbar effekt på individnivå, men som treffer få.

Generelle velferdsordninger er også effektive overfor utsatte grupper. Velferdsordninger som er universelle og tilgjengelige for alle gir bedre helse i befolkningen, er ikke stigmatiserende og bidrar til å forebygge at mennesker havner i sårbare situasjoner. Verdens helseorganisasjon og Verdensbanken anbefaler universelle ordninger som en viktig tilnærming i sammenheng med oppfølgingen av utviklingsagendaen etter 2015. Rett til barnehageplass er et godt eksempel. I dag går så og si alle norske barn i barnehage og de fleste begynner når de er mellom ett og to år gamle. Gjennom den daglige kontakten med barn og foreldre har de ansatte mulighet til å fange opp og gi hjelp til utsatte barn tidlig. Det gjelder alt fra barn som har behov for

ekstra språkstimulering eller oppfølging av mindre utviklingsavvik, til barn som utsettes for vold, misbruk og omsorgssvikt.

### *1.5.3 Fem prinsipper for folkehelsearbeid*

Folkehelseloven bygger på fem prinsipper for folkehelsearbeidet: utjevning, helse i alt vi gjør, bærekraftig utvikling, føre-var og medvirkning.

#### *Utjevning*

Helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper i befolkningen og det er mange faktorer som bidrar til å skape og opprettholde slike forskjeller. Sammenhengene er komplekse, men vi kan slå fast at det i hovedsak er sosiale betingelser som påvirker helse og ikke omvendt. Selv om alvorlige helseproblemer i mange tilfeller fører til tap av inntekt og arbeid og problemer med å fullføre utdanning, vil likevel sosial posisjon påvirke helsen i større grad enn helsen påvirker sosial posisjon.

Det er en gradvis og kontinuerlig sammenheng mellom utdanning, inntekt og helse som løper gjennom alle sosiale grupper. Med unntak for noen spesielt utsatte grupper, er det slik at det ikke finnes en utdannings- og inntektsterskel der helsetilstanden blir betydelig forbedret. Dette betyr at sosiale forskjeller i helse er en utfordring som berører hele samfunnet, selv om problemet er størst for de gruppene som har lavest utdanning og inntekt. Så lenge de systematiske forskjellene i helse henger sammen med ulikheter i samfunnets ressursfordeling, er det fellesskapets ansvar å påvirke denne fordelingen i en mer rettferdig retning.

Formålet med folkehelseloven er å fremme folkehelse og utjevne sosiale helseforskjeller. Prinsippet om utjevning har konsekvenser for politikktutforming på alle nivåer. Det innebærer at innsats bør rettes inn mot bakenforliggende faktorer som påvirker helse og sosiale forskjeller i helse, og mot å legge til rette for at alle skal ha mulighet til å gjøre gode valg. Det er nødvendig med en kombinasjon av universelle ordninger og målrettede tiltak mot spesielt utsatte grupper.

### *Helse i alt vi gjør*

Erkjennelsen av «helse i alt vi gjør» er kjernen i folkehelsearbeidet. Prinsippet skal bidra til at befolkningens helse blir ivaretatt på tvers av sektorer. Det innebærer for eksempel at utdanningssektoren, samferdselssektoren og kultursektoren har ansvar for å vurdere og ta hensyn til hvilke konsekvenser endringer i politikken kan ha for helsen i befolkningen.

Prinsippet om «helse i alt vi gjør» (health in all policies) er også etablert som prinsipp i internasjonale prosesser. Det er basert på en økende forståelse av hvordan forhold på de fleste områder i samfunnet påvirker folkehelsen.

I folkehelseloven kommer prinsippet om «helse i alt vi gjør» til uttrykk gjennom at ansvaret for befolkningens helse ikke er lagt til helsetjenesten, men til kommunen som sådan. Loven legger også til grunn at kommunene, fylkeskommunene og statlige myndigheter skal fremme befolkningens helse og vurdere konsekvensene av egen virksomhet for befolkningens helse. Forebyggende tiltak skal iverksettes i den sektoren og med de virkemidlene som er mest effektive.

### *Bærekraftig utvikling*

En bærekraftig utvikling innebærer å tilfredsstillе dagens behov uten at det går på bekostning av framtidige generasjoners behov. Brundtlandkommisjonen fra 1987 definerte bærekraftig utvikling som «... en utvikling som imøtekommer behovene til dagens generasjon uten å redusere mulighetene for kommende generasjoner til å dekke sine behov.» Bærekraftig utvikling handler om å tilrettelegge for en samfunnsutvikling som sikrer grunnleggende behov over tid.

En helsesektor som forbruker for mye av samfunnets totale ressurser, inkludert arbeidskraft, er ikke bærekraftig og vil kunne true velferdsstatens eksistens. I samhandlingsreformen er målet å utvikle en bærekraftig helsetjeneste blant annet gjennom å styrke det forebyggende arbeidet.

En befolkning med god helse er et mål i seg selv og en av samfunnets viktigste ressurser. Satsing på folkehelsearbeid er en grunnleg-

gende investering for et bedre liv og et bærekraftig samfunn. Forebyggende arbeid er bærekraftig fordi det bidrar til å legge større vekt på kommende generasjoners behov – til større likhet mellom generasjoner. God helse er av stor betydning både for livskvaliteten til den enkelte og for å sikre samfunnet en frisk og produktiv befolkning som kan bidra til økonomisk vekst og velstandsutvikling.

### *Føre-var-prinsippet*

Føre-var-prinsippet skal legges til grunn når det fastsettes normer og standarder for godt folkehelsearbeid. Det gjelder både tiltak for å redusere risiko og tiltak for å fremme helse. I mange tilfeller vil det være usikkerhet knyttet til forholdet mellom eksponering og helseeffekt, eller til forholdet mellom tiltak og helseeffekt. Ved fastsetting av normer er det tilstrekkelig at det er sannsynlig at en eksponering eller et tiltak kan medføre fare for helseskade. Det er ikke krav om vitenskapelig sikkerhet.

Føre-var-prinsippet innebærer at bevisbyrden legges på den som er ansvarlig for tiltaket eller eksponeringen. Føre-var-prinsippet må ses i sammenheng med prinsippet om «helse i alt vi gjør». Hensynet til befolkningens helse er ikke bare et ansvar for helsetjenesten, men for alle sektorer og virksomheter som driver aktivitet som kan ha betydning for helsen.

Føre-var-prinsippet forutsetter ikke at risikoen skal være lik null, men at den skal være akseptabel. Prinsippet gir føringer for håndtering av usikkerhet. Vurdering av hva som er akseptabel risiko kan også inkludere forholdsmessighetsvurderinger. I et bærekraftperspektiv innebærer føre-var-prinsippet ikke bare å vurdere hva som skal til for å forhindre helseskade og forebygge akutte situasjoner, men også hva som skal til for å fremme og vedlikeholde befolkningens helse. Føre-var-prinsippet er også lovfestet gjennom folkehelselovens kapittel om miljørettet helsevern som gir hjemmel for å gripe inn før det oppstår helseskade.

### *Medvirkning*

Gjennom retten til ytringsfrihet er retten til medvirkning nedfelt i menneskerettighetserklæringen artikkel 19 og i Grunnloven § 100. Barns rett til å bli hørt er hjemlet i barnekonvensjonen artikkel 12. Videre er medvirkning i planlegging regulert ved plan- og bygningsloven § 5-1. Sametinget har innsigelsesrett i kommunale planprosesser som er av vesentlig betydning for samisk kultur- og næringsutøvelse etter plan- og bygningsloven § 5.4. Plan- og bygningsloven skal være med å sikre naturgrunnlaget for samisk kultur, næringsutøvelse og samfunnsliv, se § 3-1 punkt c. Etter § 3 i forskrift om oversikt over folkehelsen skal kommuner, der det er grunn til å anta at det er spesielle folkehelseutfordringer i den samiske befolkningen, vurdere disse. Det kan i denne sammenheng være aktuelt å innhente erfaringer og kunnskap om den samiske befolkningen både som grunnlag for å avklare dette og for å vurdere utfordringene.

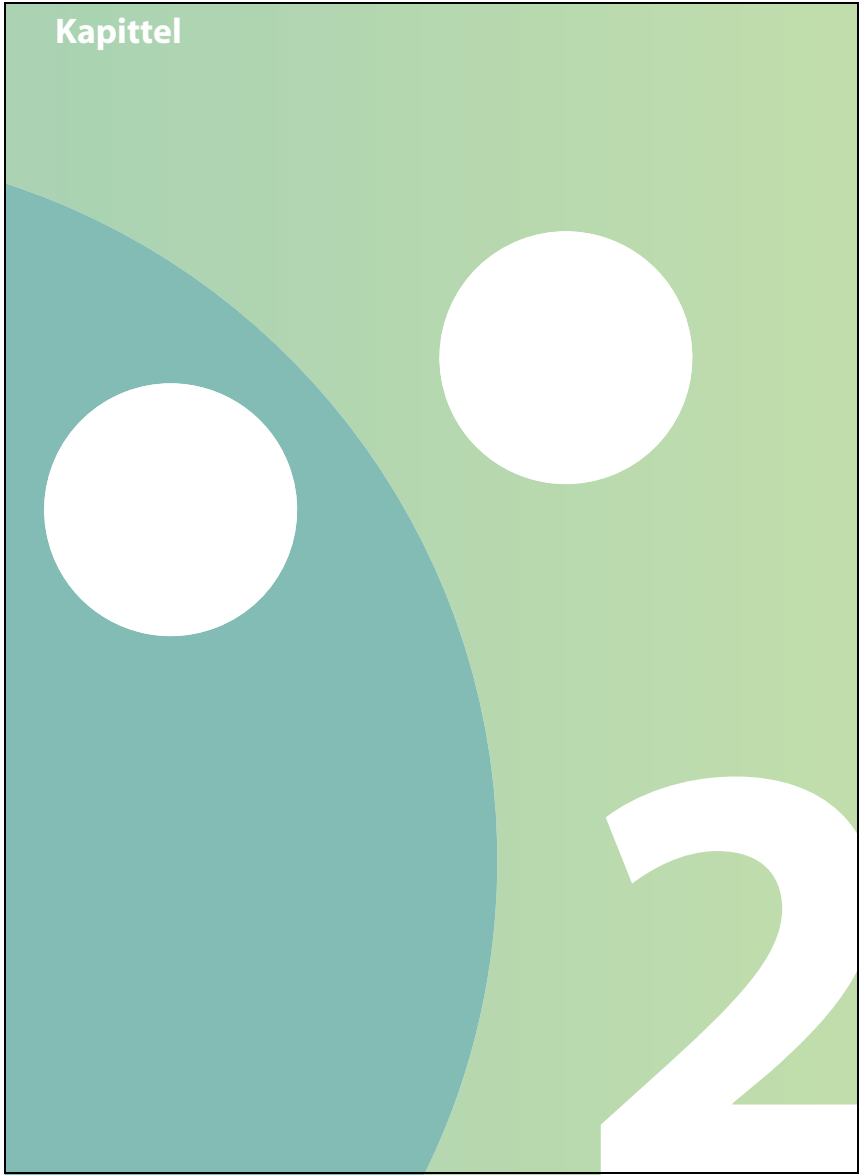
I helsefremmende arbeid brukes ofte begrepet «empowerment» om individers og lokalmiljøers makt til å påvirke beslutninger. Begrepet kan oversettes med bemyndigelse, myndiggjøring, styrking eller mobilisering av egne krefter. Kjernen i begrepet er det motsatte av maktesløshet eller undertrykking. Det handler om hvordan mennesker og lokalsamfunn kan ta kontroll gjennom å mobilisere og styrke egne krefter. Muligheten til å mobilisere ressurser henger sammen med de livsbetingelsene menneskene lever under. Det betyr at medvirkning kan stimuleres gjennom å styrke sosiale ressurser og bedre materielle levekår.

Folkehelseloven knytter kommunenes folkehelsearbeid til bestemmelsene om medvirkning i plan- og bygningsloven. På denne måten bidrar folkehelseloven til å rettsliggjøre kravet om medvirkning. Involvering av frivillige organisasjoner er sentralt for å sikre medvirkning i folkehelsearbeidet og kommunene er gjennom folkehelseloven pålagt å legge til rette for samarbeid med frivillig sektor.

Se også Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester der regjeringen legger vekt på å utvikle en mer pasient- og brukerorientert helse- og omsorgstjeneste.



Kapittel



Figur 2.1



## 2 Helseutfordringer i det 21. århundret

### 2.1 Helsetilstanden

På 1950-tallet var Norge det landet som hadde den høyeste forventede levealderen i verden, mens det i dag er flere land som kommer bedre ut. I Japan, Australia, Sveits, Italia, Island, Sverige, Singapore og Israel har både menn og kvinner høyere levealder enn i Norge. I tillegg lever franske og spanske kvinner lenger enn norske.

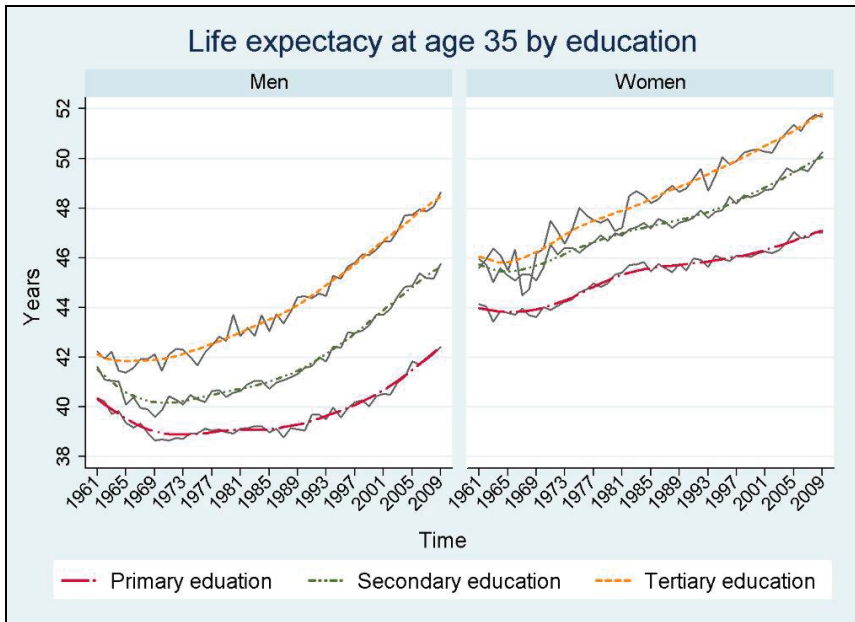
Et hovedtrekk i den globale utviklingen er færre dødsfall blant yngre, flere dødsfall i eldre aldersgrupper, færre dødsfall på grunn av smittsomme sykdommer og flere dødsfall på grunn av hjerte- og kar-sykdommer, kreft og andre sykdommer som ikke skyldes smitte. I 1990 var smittsomme sykdommer årsaken til litt over halvparten av alle dødsfall. Tjue år senere døde to av tre av andre sykdommer enn smittsomme sykdommer. De fem viktigste dødsårsakene på verdensbasis var i 2010 iskemisk hjertesykdom, hjerneslag, kols, nedre luftveisinfeksjoner og lungekreft. Disse sykdommene er også blant de seks viktigste dødsårsakene i Vest-Europa.

Utviklingen i Norge er i tråd med den globale utviklingen. Et hovedtrekk er færre dødsfall blant yngre og flere dødsfall i eldre aldersgrupper. Et annet hovedtrekk er færre dødsfall på grunn av smittsomme sykdommer og flere dødsfall på grunn av hjerte- og kar-sykdommer, kreft og andre sykdommer som ikke skyldes smitte. Et tredje hovedtrekk er at risikofaktorene er de samme for de fleste land. Det gjelder blant annet røyking, høyt alkoholinntak, ugunstig kosthold og fysisk inaktivitet. Selv om de nye globale trendene ikke har snudd den gunstige utviklingen med økende levealder de siste tiårene, tyder mye på at trendene med usunt kosthold, fysisk inaktivitet og overvekt vil bremse den positive utviklingen. Økende levealder og flere eldre i befolkningen fører til at det er flere som lever med kro-

niske sykdommer. Selv om forekomsten av sykdommer øker, har andel eldre med hjelpebehov gått ned de siste 20 til 30 årene.

Selv om alle grupper i befolkningen har fått bedre helse, er sosiale helseforskjeller fremdeles en utfordring. Grupper med lang utdanning og høy inntekt har hatt den største økningen i levealder. Det er hjerte- og karsykdommer som skaper de største sosiale forskjellene i tidlig død.

Nesten en fjerdedel av den voksne norske befolkningen har en psykisk lidelse, og mellom en tredjedel og halvparten vil bli rammet en eller flere ganger i løpet av livet. Rundt 10 prosent av den voksne befolkningen oppgir å ha søkt behandling for psykiske problemer i løpet av livet. Det faktiske behovet er antakelig noe høyere. De vanligste lidelsene er angst, depresjon og rusrelaterte lidelser.



Figur 2.2 Utdanningsforskjeller i forventet levealder ved 35 års alder

Kilde: Steingrimsdóttir og medarbeidere (Eur J Epidemiol 2012; 27: 163–71). Publisert med godkjennelse fra Springer Science & Business Media B.

## 2.2 Forhold som påvirker helse og levealder

Fysisk og psykisk helse er resultat av et samspill mellom individuelle egenskaper og forhold som kan være beskyttende eller innebære risiko. Eksempler på beskyttende faktorer er sosial støtte, positive livshendelser og fysisk aktivitet, mens arbeidsledighet, rusmidler, manglende sosial støtte, usunt kosthold og overvekt er eksempler på risikofaktorer. Faktorene henger sammen og er en del av et større bilde. For eksempel skjer endringer i kosthold og fysisk aktivitet som regel ikke isolert, men som en del av endringer i familie, arbeidsmiljø, nærmiljø eller i samfunnet generelt.

Forhold ved storsamfunnet, lokalsamfunnet og den enkeltes sosiale nettverk kan ha betydning for helsen. Samfunn preget av gjensidig tillit, sosial støtte og samhold virker helsefremmende, mens lokalsamfunn med liten grad av fellesskap og lite sosial samhandling gir økt risiko for helseproblemer. Sviktende næringsgrunnlag, stor grad av inn- og utflytting og/eller rask sosial endring kan påvirke helsen negativt. Sosial støtte som empati, følelsesmessig støtte, praktisk hjelp og sosial kontroll har en direkte positiv effekt på helsen, og kan fungere som en buffer når individet er utsatt for påkjenninger eller negative livshendelser.

Helse og sykdom påvirkes av faktorer nært i tid og helt tilbake til fosterlivet. Gjennom livsløpet finnes en rekke sårbare perioder. Mange kroniske sykdommer påvirkes av biologiske, psykiske og sosiale faktorer som summerer seg opp og bidrar til økt risiko gjennom livsløpet. I mange tilfeller tar det flere år før en påvirkningsfaktor fører til sykdom. Det gjelder for eksempel røyking som årsak til lungekreft og kols, der sykdom og symptomer først blir synlig etter 20 til 50 år med røyking. Når det gjelder akutt hjerteinfarkt reduseres derimot risikoen betydelig allerede første året etter røykeslutt.





Figur 3.1





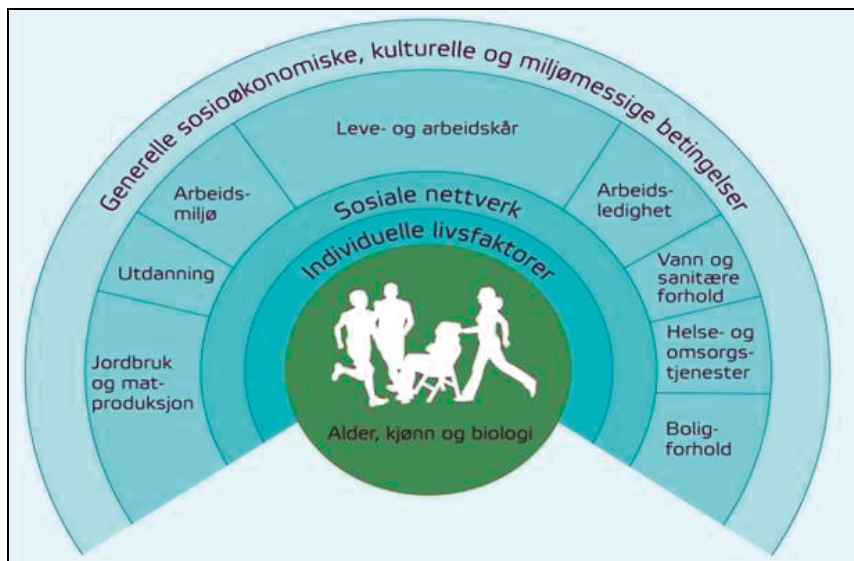
### 3 Et mer helsefremmende samfunn

Regjeringen vil bygge den nye folkehelsepolitikken på forutsetningen om å ivareta hensyn til befolkningens helse i all politikk og skape gode betingelser for å fremme helse og trivsel. Prinsippet om helse i alt vi gjør innebærer mer enn helsepolitikk, det dreier seg om å utvikle en helsevennlig politikk i alle sektorer.

Påvirkningsfaktorene for helse kan framstilles i en årsakskjede som strekker seg fra generelle samfunnsforhold til egenskaper ved enkeltmennesker. Dette er illustrert i figur 3.2. Bakerst i årsakskjeden finner vi generelle samfunnsforhold, slik som økonomisk utvikling, miljøbetingelser og politisk styresett. Dernest finner vi levekår og arbeidsforhold og sosiale forhold som sosial kapital, som nettverk og relasjoner. Nærmest finner vi individuelle levevaner og helseatferd som har en mer umiddelbar betydning for helsen, men som også er formet av forhold i samfunn og miljø.

Det er ikke slik at den samlede folkehelsesituasjonen i en kommune, et fylke eller i landet kun er summen av individuelle valg og genetiske forutsetninger. Det er store geografiske forskjeller i helse og betydelige sosiale helseforskjeller. Samfunnsmessige forhold skaper disse forskjellene, som vi kan påvirke gjennom planlegging, forvaltning og tiltak. Befolkningens helse og sosiale forskjeller i helse henger nært sammen med velferdsutviklingen og forskjeller i levekår og inntekt. Norge har et godt fungerende sivilsamfunn med høy aktivitet i frivillig arbeid, mangfoldig kulturliv og en befolkning som trives. Samfunnet er preget av tillit mellom innbyggere, myndigheter og demokratiske institusjoner.

Regjeringens politikk for å videreutvikle de universelle velferdsordningene er et av hovedsporene for å styrke sosiale fellesskap og inkludering. Dette er også anbefalingen i en rapport Verdens helseorganisasjon har utgitt om sosial eksklusjon. Den norske velferdsmodellen bidrar sterkt til at vi har et samfunn med høy yrkesdeltakelse. Det



Figur 3.2 Påvirkningsfaktorer for helse<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute of Futures Studies

er god tilgang på gratis utdanning, det er lav arbeidsledighet, den sosiale sikkerheten er god og kulturopplevelser er tilgjengelig for de fleste. Likestillings- og antidiskrimineringspolitikken bidrar til å fremme inkludering. Folkehelsepolitikken skal bygge videre på den norske velferdsmodellen med universelle ordninger for barnehager, utdanning og helsetjenester, på arbeidslinjen, en tilgjengelig kulturpolitikk og aktivt samarbeid med og støtte til frivillig sektor. Videre skal hensynet til befolkningens helse få større plass i kommunal- og regional utvikling, i næringspolitikken, steds- og nærmiljøarbeidet og i samferdselspolitikken. Helsetilstanden og hvordan helsen er fordelt i befolkningen bør få økt oppmerksomhet i planleggingen av et mer helsevennlig samfunn. For å forebygge livsstilssykdommer vil det være strategisk viktig å legge til rette for at sunne valg skal bli lettere tilgjengelig og begrense tilgjengeligheten til usunne produkter. Det skal spesielt legges til rette for tiltak overfor barn og unge.

### **Boks 3.1 Et mer helsefremmende samfunn**

*Regjeringen vil:*

- videreføre fordelingspolitikken og forebygge at barn lever med dårlige levekår og lavinntekt
- legge fram en stortingsmelding om levekårene til mennesker med utviklingshemming
- legge fram en stortingsmelding om likestilling mellom kjønnene i et livsløps-, etnisitets- og klasseperspektiv
- bidra til å øke bevisstheten og styrke kunnskapen om sammenhengen mellom sosial støtte, sosial kapital og helse
- bidra til at helsehensyn skal få en større plass i utvikling av steder, nærmiljø og lokalsamfunn
- legge fram en strategi for et aktivt friluftsliv som skal legge til rette for friluftsliv for alle og friluftsliv i nærmiljøet. Bidra til at friluftsområdene i hele landet kartlegges og verdsettes
- videreføre og videreutvikle ordningen med statlig sikring og tilrettelegging av særlig viktige friluftsområder, der friluftsområder i nærmiljøet prioriteres
- legge mer vekt på å forhindre nedbygging av lokale 100-meter-skoger og andre viktige naturområder for ferdsel og friluftsliv i nærheten av boområder
- gjennom nasjonal transportplan og oppfølgingen av denne arbeide for mer miljø- og helsevennlig transport og transportløsninger
- følge opp høring med forslag til nasjonale mål på vannområdet for å følge opp Verdens helseorganisasjons og UNECEs protokoll om vann og helse
- arbeide for å innføre en smilefjesordning i serveringsnæringen
- gjennomføre EUs nye matinformasjonsforordning, med et innskjerpet krav til merking av næringsinnhold og opprinnelse

### Boks 3.1 forts.

- invitere serveringsbransjen til samarbeid om mulig innføring av merking av energi- og næringsinnhold for mat- og drikkevarer
- ta sikte på å opprette et nasjonalt senter for ernæring, fysisk aktivitet og helse i barnehager og skoler for å bidra til økt trivsel og økt konsentrasjon og for å styrke læringsevnen
- opprette en tverrsektoriell ekspertgruppe for å oppsummere kunnskapen om antibiotika og antibiotikaresistens
- utvikle bedre styringsdata for drift og vedlikehold av offentlige bygg
- gå igjennom miljørettet helsevernforskriftene og utvikle forvaltningen av miljørettet helsevern i lys av folkehelseloven
- ha en langsiktig ambisjon om å utvide ordningen med gratis frukt og grønt til alle elever i grunnskolen
- vurdere hvordan skoledagen kan organiseres slik at elevene sikres minst en time fysisk aktivitet hver dag
- gjennomføre en kampanje om fysisk aktivitet for å øke befolkningens kunnskap om betydningen av fysisk aktivitet og helsekonsekvenser av fysisk inaktivitet, samt øke bevissthet om hva som skal til for å oppnå helsegevinst for den enkelte
- i budsjettene framover vurdere om det er mulig å endre de helserelaterte særavgiftene på en måte som bidrar til bedre folkehelse
- videreutvikle og følge opp det tobakksforebyggende arbeidet gjennom Nasjonal strategi mot tobakksskader 2013–2016
- videreutvikle og følge opp en alkoholpolitikk blant annet basert på prisvirkemidler og reguleringer for å begrense tilgjengelighet, jf. Meld. St. 30 (2011–2012)
- samarbeide med industrien og matvarebransjen med mål om å inngå en forpliktende avtale for regulering av markedsføring av usunn mat og drikke overfor barn og unge, og om dette ikke lar seg gjøre, innføre en forskrift mot slik markedsføring

Kapittel



Figur 4.1



## 4 Helse gjennom hele livsløpet

Regjeringen har som mål å utvikle en politikk som bidrar til bedre helse gjennom hele livsløpet og til gode overganger mellom faser i livet. Det skal legges til rette for at alle barn og unge får en god start i livet, for et inkluderende arbeidsliv og trygge og helsefremmende arbeidsplasser, og for en tryggere og mer aktiv aldring. Innsatsen skal rettes mot å gjøre tjenester og arenaer i ulike faser av livet mer helsevennlige, og tilpasset den enkeltes behov, avhengig av kjønn, alder, etnisitet, funksjonsevne, seksuell orientering, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk.

Barns og unges oppvekstvilkår skal forbedres gjennom å bedre kvaliteten i barnehager og skoler, videreutvikle og styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten, videreutvikle barnevernet, støtte opp om foreldres mestring og sette i verk tiltak for å forebygge problemer i overgangen mellom ulike livsfaser. Det handler i all hovedsak om å forbedre og videreutvikle tjenestetilbudet og om bedre samordning mellom tjenestene.

I yrkesaktiv alder skal flere få mulighet til arbeid, og innsatsen for å forebygge sykefravær og utestengning og utstøting fra arbeidslivet skal forsterkes. Det skal legges vekt på å forbedre arbeidsmiljøet i bransjer med store arbeidsmiljøbelastninger. I tillegg vil regjeringen utfordre organisasjonene i arbeidslivet til å ta større ansvar for livstiltiltak på arbeidsplassen.

En aktiv og trygg aldring handler ikke bare om helsetjenester og eldreomsorg. Det handler også om deltakelse i fysiske, sosiale og kulturelle aktiviteter. Når helsen svikter, handler det om å tilrettelegge bolig og nære omgivelser, om tilpassede pleie- og omsorgstjenester og om tilbud om opplæring, opptrening og rehabilitering. Ikke minst handler det om å opprettholde selvstendighet, uavhengighet og innflytelse over eget liv uavhengig av sykdom og funksjonsnedsettelse.

Målet om at alle innbyggere skal ha lik tilgang til offentlige tjenester, er gjennomgående i regjeringens politikk. Dersom tjenestetilbudene ikke tar hensyn til at brukere er forskjellige, kan det føre til systematiske forskjeller i resultat for brukerne. For eksempel er kunnskap om samisk språk og kultur nødvendig i folkehelsearbeidet og for å gi det samiske folk en likeverdig helse- og sosialtjeneste. Samiske barns rettigheter til eget språk og kultur skal ivaretas. Opplæring i skole og barnehage i og på samisk og om samisk kultur er med på å bygge identitet og trygghet.



### **Boks 4.1 Helse gjennom hele livsløpet**

*Regjeringen vil:*

- videreutvikle kvaliteten på barnehagetilbudet gjennom oppfølging av Meld. St. 24 (2012–2013) Framtidens barnehage
- legge grunnlaget for bedre læring gjennom hele opplæringen, med hovedvekt på å forebygge frafall fra videregående opplæring, gjennom oppfølging av Meld. St. 20 (2012–2013) På rett vei. Kvalitet og mangfold i fellesskolen
- sikre høy kvalitet i barnevernet gjennom endringer i barnevernloven, kunnskaps- og kompetanseutvikling og god samhandling mellom forvaltningsnivåene og med andre tjenester
- bygge ut kapasiteten og bedre kvaliteten i helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- vurdere muligheten for å harmonisere deler av regelverket som regulerer tjenester til barn og unge
- vurdere om det er mulig å utvikle felles nasjonale mål på tvers av sektorer og tjenestetilbud til barn og unge
- utfordre partene i arbeidslivet til å ta et større ansvar for folkehelsearbeid på arbeidsplassen
- understreke betydningen av gode arbeidsforhold og et godt helse-, miljø og sikkerhetsarbeid som et viktig bidrag til befolkningens helse
- videreutvikle arbeidet for å forebygge at ungdom faller utenfor utdanning og arbeidsliv
- føre en politikk som legger til rette for at eldre arbeidstakere kan stå lengre i arbeid, aktiv deltakelse på alle områder i samfunnet, og et tjenestetilbud som fremmer medvirkning og deltakelse



Kapittel



Figur 5.1



## 5 Mer forebygging i helse- og omsorgstjenesten

Regjeringen vil videreutvikle en helse- og omsorgstjeneste i tråd med målene i samhandlingsreformen og nye utfordringer knyttet til livsstilssykdommer, en økende andel eldre, flere som lever med kroniske lidelser og utfordringer knyttet til psykisk helse og rusproblemer. Det innebærer at forebyggende tjenester vil få en tydeligere rolle i helse- og omsorgstjenesten. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal videreutvikles og styrkes. Det er nødvendig å styrke hele helse- og omsorgstjenestens arbeid med livsstilsendring, læring og mestring, styrke arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, vurdere bruken av screening og styrke helse- og omsorgstjenestens veilederrolle overfor andre sektorer for å støtte det tverrsektorielle folkehelsearbeidet.

Helse- og omsorgstjenestens rolle i det forebyggende arbeid står sentralt i samhandlingsreformen. Målet er at innsatsen skal settes inn tidligere, enten i form av forebyggende tiltak eller tidlig behandling. Helse- og omsorgstjenestens ansvar for forebyggende arbeid er understreket i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og folkehelseloven. Tjenesten har i hovedsak tre roller i det forebyggende arbeidet:

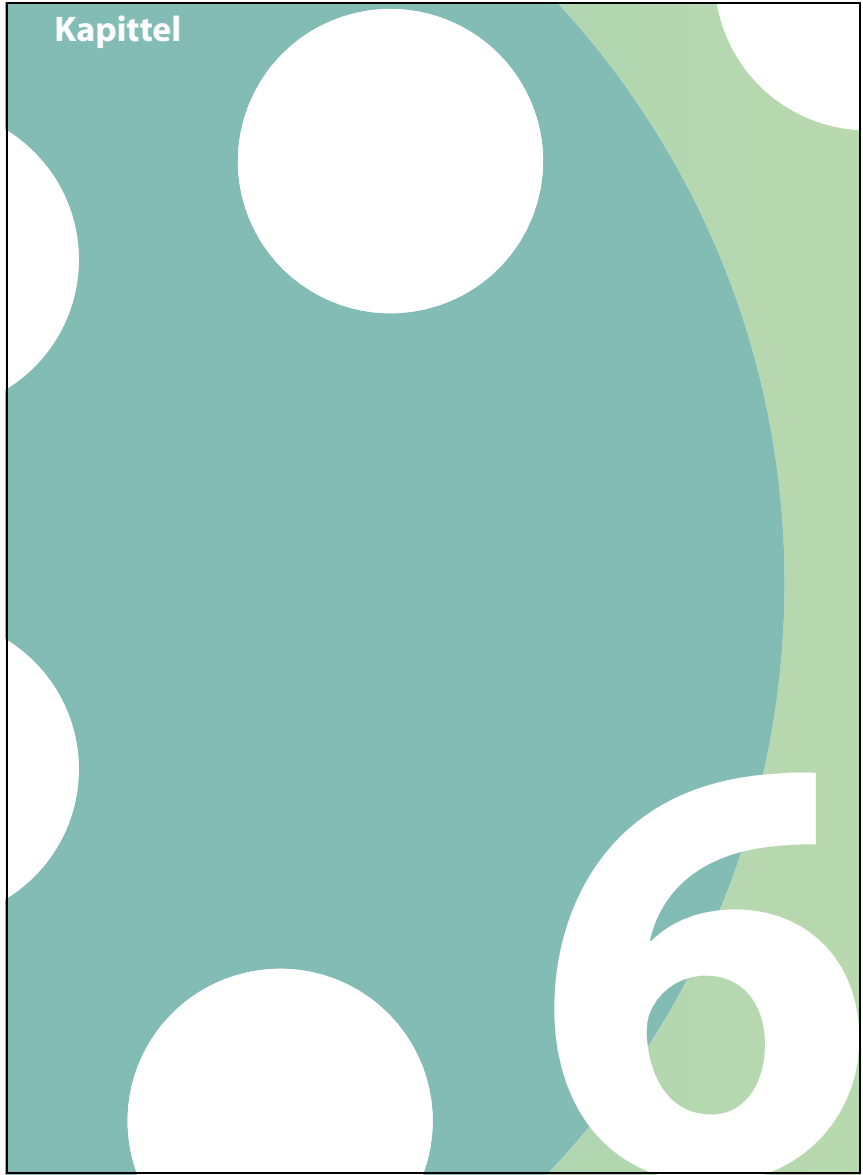
- forebygging som en integrert del av helse- og omsorgstilbudet
- helsekontroller, helseopplysning og livsstilsendring, opplysning, råd og veiledning for å forebygge sosiale problemer
- støtte til det tverrsektorielle arbeidet gjennom oversikt og kunnskap om helseutfordringer, årsakssammenhenger og tiltak

Spesialisthelsetjenesten har i tillegg et ansvar for kunnskaps- og kompetanseutvikling i samarbeid med kommuner og andre samarbeidspartnere.

### **Boks 5.1 Mer forebygging i helse- og omsorgstjenesten**

*Regjeringen vil:*

- videreutvikle helse- og omsorgstjenesten i kommunene til en mer tverrfaglig og integrert tjeneste i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen
- videreutvikle og styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- fortsette å satse på frisklivstilbud og lærings- og mestringstilbud i kommunene
- opprette flere lavterskeltiltak for gravide, mødre og foreldre som sliter med rusavhengighet og psykiske lidelser
- vurdere tydeligere krav til kvalitetssikring og evaluering av nasjonale screeningprogrammer
- sørge for at helseforetakene har oppmerksomhet på det forebyggende arbeidet i spesialisthelsetjenesten
- samarbeide med KS og kommunesektoren om hvordan det forebyggende arbeidet kan styrkes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- utarbeide en handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading



Figur 6.1





## 6 Kunnskapsbasert folkehelsearbeid

Et bærekraftig folkehelsearbeid må bygge på et vitenskapelig fundament. Regjeringen har som mål å gjøre folkehelsearbeidet mer kunnskapsbasert. En sterkere faglig forankring av folkehelsearbeidet skal bidra til bedre resultater og mer effektiv ressursbruk.

Det er et mål å få bedre oversikt over helse og påvirkningsfaktorer. Kunnskapen om effektive folkehelse tiltak skal blant annet styrkes gjennom forskningsbaserte evalueringer. Videre vil regjeringen styrke folkehelseperspektivet i aktuelle utdanninger, bidra til å bygge opp kompetanse i kommuner og fylkeskommuner om folkehelse og utvikle bedre verktøy for å ivareta folkehelse på tvers av sektorer.

Etableringene av folkehelseprofilene til kommuner og fylkeskommuner fra 2012 er et stort skritt for å styrke kunnskapsgrunnlaget for det kommunale og fylkeskommunale folkehelsearbeidet. Disse skal utvikles videre. Det er fortsatt et stort potensial for å utnytte eksisterende data gjennom bedre samordning og formidling.

### **Boks 6.1 Kunnskapsbasert folkehelsearbeid**

*Regjeringen vil:*

- videreutvikle helseregistrene i tråd med Strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre
- vurdere støtte til en ny befolkningsundersøkelse i Nord-Trøndelag, Hunt 4
- utvikle nasjonalt sykdomsbyrdeprosjekt ved Nasjonalt folkehelseinstitutt
- overføre enkelte helseovervåkingsoppgaver innen ernæring og fysisk aktivitet fra Helsedirektoratet til Nasjonalt folkehelseinstitutt
- gjennomgå regelverket for tilgang til opplysninger for å sikre at Nasjonalt folkehelseinstitutt kan utforme anonyme kvalitetssikrede folkehelseprofiler for eksempel på bydelsnivå
- utvikle et kompetansemiljø ved Nasjonalt folkehelseinstitutt for å evaluere tiltak med utgangspunkt i helseregistrene og andre folkehelseanalyser
- legge til rette for at folkehelse skal få en større plass i arbeidet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- i samarbeid med kommunesektoren vurdere tiltak for å bygge opp kompetanse på folkehelse i kommunene
- gi Helsedirektoratet i oppdrag å utvikle verktøy og veiledning til folkehelsevurderinger
- vurdere hvordan det kan legges til rette for samfunnsøkonomiske evalueringer av folkehelseiltak
- bistå kommunene med veiledning i å utvikle lokale data



Figur 7.1



## 7 Sterkere virkemidler i folkehelsepolitikken

Gjennom et bedre juridisk rammeverk med folkehelseloven og bedre bruk av de økonomiske virkemidlene, vil vi bidra til et mer målrettet, systematisk og langsiktig arbeid med å fremme befolkningens helse. De nye folkehelseutfordringene tilsier at vi mobiliserer et bredere sett av samfunnets ressurser. Vi skal bygge videre på mulighetene som ligger i de ulike sektorene, som skolen og arbeidslivet, for å fremme folkehelse.

Regjeringen vil invitere frivillig sektor, arbeidslivets organisasjoner, næringslivet og andre deler av det sivile samfunnet til å engasjere seg og ta større ansvar.

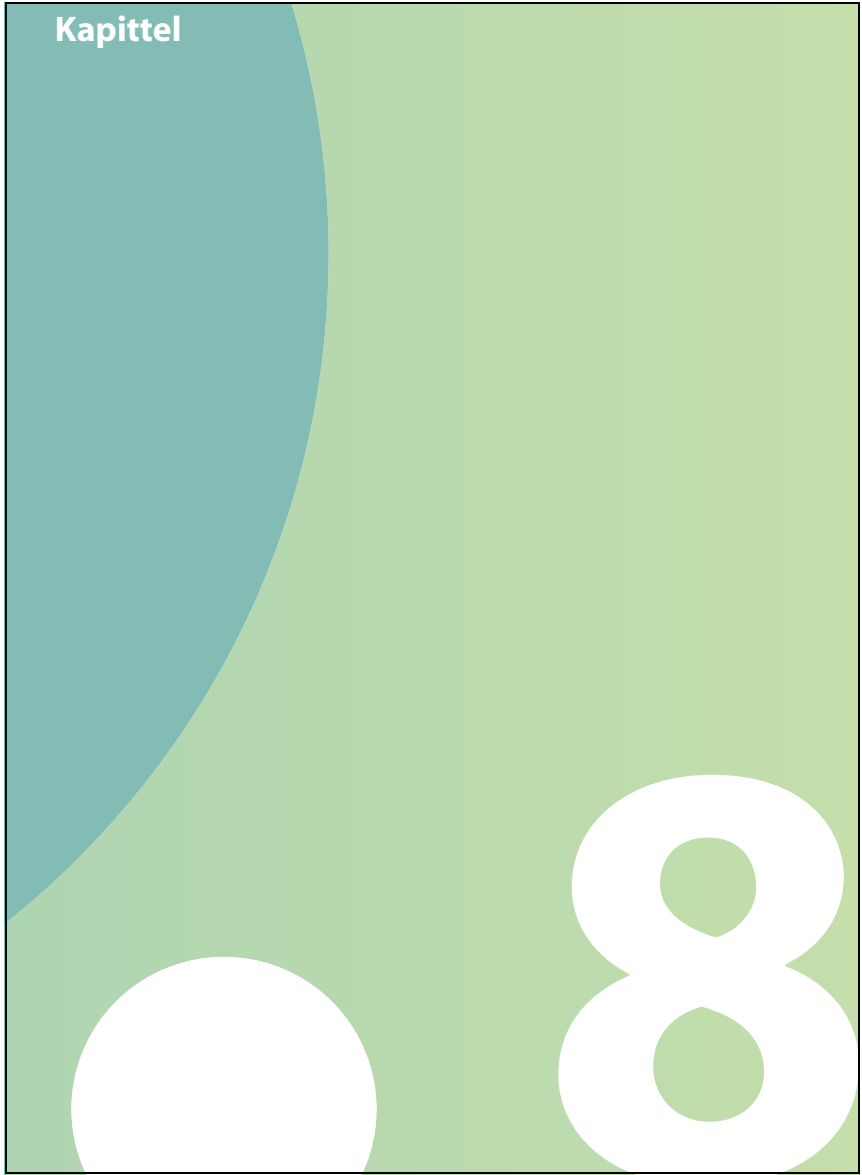
Det er ikke bare nasjonale forhold som påvirker helsen i den norske befolkningen. Vi lever i en stadig mer globalisert verden som i økende grad påvirker utviklingen i det norske samfunnet. Regjeringen vil derfor legge større vekt på det internasjonale samarbeidet som virkemiddel i folkehelsepolitikken, blant annet gjennom arbeid i FN-systemet, Verdens helseorganisasjon og internasjonalt kunnskaps- og forskningssamarbeid.

## **Boks 7.1 Sterkere virkemidler i folkehelsepolitikken**

*Regjeringen vil:*

- bidra til at folkehelseloven gjennomføres i kommuner, fylkeskommuner og på nasjonalt nivå
- gjennom råd, veiledning og statlige forventninger til kommunesektoren sikre at helsehensyn ivaretas i planlegging etter plan- og bygningsloven
- legge til rette for mer systematisk bruk av folkehelseøkonomiske vurderinger
- utvikle samarbeidet med frivillige organisasjoner om å sette deltakelse, medvirkning og sosial inkludering på dagsorden i det lokale folkehelsearbeidet
- videreføre satsingen på friluftaktiviteter og friluftstiltak i regi av organisasjonene
- samarbeide med kommunesektoren om å styrke frivillige organisasjoner som aktører i det lokale folkehelsearbeidet
- ta initiativ til dialog og gjensidig forpliktende samarbeid med arbeidslivsorganisasjonene om folkehelsearbeid på arbeidsplassen
- vurdere muligheten for å ivareta helsehensyn på en bedre måte i anskaffelsesprosesser der dette er relevant
- i dialog med næringslivet, vurdere hvordan globale og nasjonale folkehelseutfordringer kan ivaretas
- fremme forslag om å forby industriframstilt transfett etter mønster fra Danmark
- styrke det internasjonale samarbeidet på folkehelseområdet og arbeide for retten til å gjennomføre nasjonale tiltak for å styrke folkehelsen innenfor rammene av det internasjonale avtaleverket for handel

Kapittel



Figur 8.1





## 8 Nasjonalt system for å følge opp folkehelsepolitikken

Skal vi lykkes med folkehelsearbeidet er det nødvendig med et langsiktig perspektiv og vedvarende politisk og administrativ oppmerksomhet. Det kan være krevende å prioritere forebyggende arbeid i konkurranse med andre samfunnsoppgaver. Forventninger og krav til tjenestetilbudet, media og profesjonsinteresser trekker oppmerksomhet og ressurser i retning av spesialisthelsetjenesten. I tillegg skaper den tverrsektorielle karakteren til folkehelsearbeidet ekstra utfordringer når det gjelder samordning av politikken.

Regjeringen legger i denne stortingsmeldingen noen rammer for en langsiktig oppfølging av folkehelsearbeidet som skal bidra økt politisk oppmerksomhet og bedre nasjonal samordning. Et sentralt tiltak er en folkehelsepolitisk melding til Stortinget hvert fjerde år. En slik Stortingsmelding må også redegjøre for utfordringene i den samiske befolkning. I tillegg skal arbeidet med å samle styringssignalene for folkehelsepolitikken på nasjonalt nivå styrkes. Samarbeidet med kommunesektoren, universitets- og høgskolesektoren og næringslivet skal styrkes og det skal være kontaktmøter med frivillig sektor og andre berørte.

Folkehelsepolitikken må være i kontinuerlig utvikling. Det krever robuste og forutsigbare styringsprosesser og jevnlig politisk drøfting av utfordringene.

Folkehelseloven er bygget opp slik at den pålegger både statlige og kommunale myndigheter å sørge for systematisk og langsiktig folkehelsearbeid. Ved høringen av folkehelseloven var det stor tilslutning til at loven skal gjelde for alle forvaltningsnivåer og sektorer. Mange høringsinstanser påpekte at statlige myndigheter også måtte forpliktes til å fremme folkehelse etter prinsippet om «helse i alt vi gjør» på samme måte som kommuner og fylkeskommuner. Loven omfatter nå også statlige myndigheter generelt. Ved Stortingets behandling av folkehelseloven, jf. Innst. 423 L (2010–2011), uttalte en samlet helse- og omsorgskomiteé at:

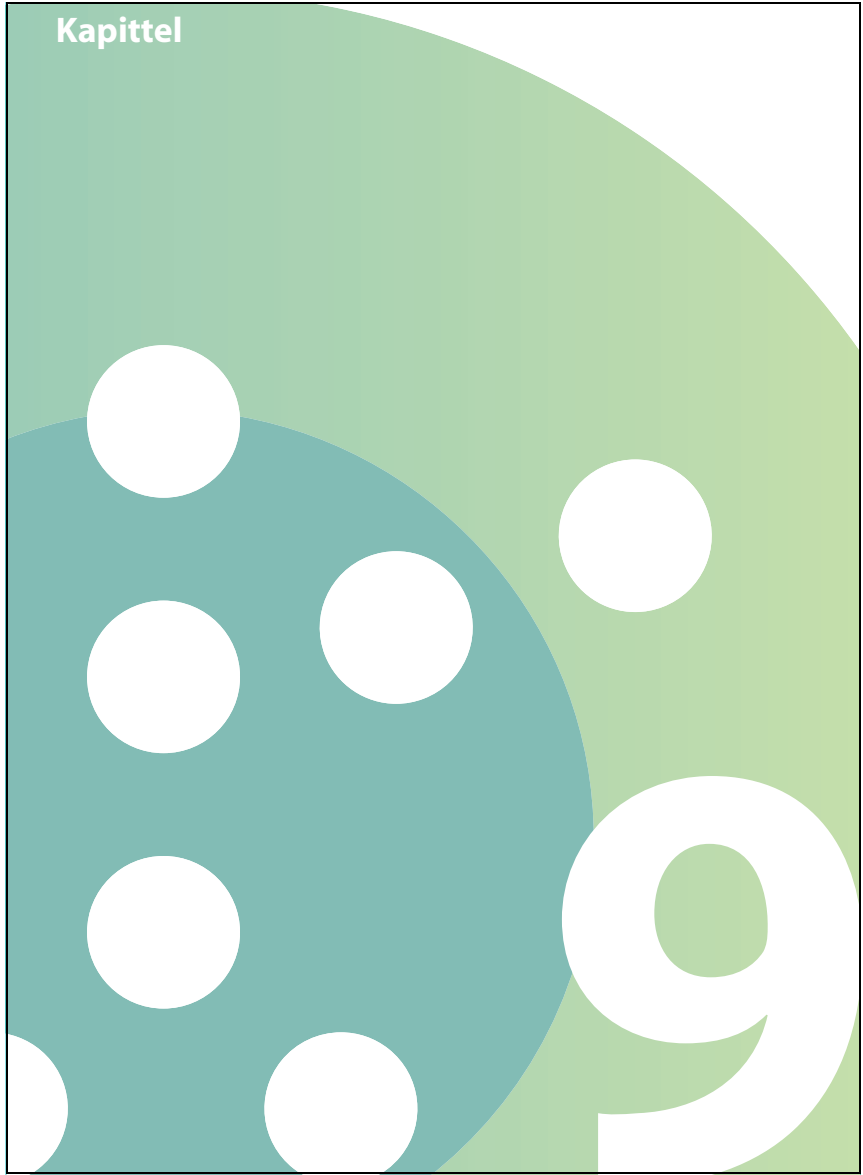
«Komiteen vil videre understreke at den forutsetter at regjeringen velger en tilsvarende arbeidsform som den som nå blir pålagt kommunene».

Loven stiller krav til et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid. Stortinget bør av tilsvarende grunner ta stilling til helheten i det nasjonale folkehelsearbeidet og ikke bare ved behandling av enkeltsaker. Det har ikke vært en fast rutine at Stortinget samlet vurderer det nasjonale folkehelsearbeidet. Det er ofte enkeltsaker, innen tobakk, smittevern og ernæring som preger politikken uten at dette har inngått som del av en større helhetlig politikk for å fremme befolkningens helse. Denne regjeringen har grepet fatt i dette. Først ved St.meld. nr. 20 (2006–2007) om sosiale helseforskjeller, som i større grad løftet folkehelsepolitikken fram som en tverrsektoriell oppgave.

### **Boks 8.1 Nasjonalt system for å følge opp folkehelsepolitikken**

*Regjeringen vil:*

- videreutvikle resultatmål og indikatorer for å følge opp målene for folkehelsepolitikken
- legge fram en folkehelsepolitisk melding for Stortinget hvert fjerde år
- vurdere å etablere et folkehelsepolitisk råd
- sette folkehelsearbeidet på dagsorden i konsultasjonsordningen og avtaler med kommunesektoren
- stimulere til etablering av folkehelsenettverk i kommunene i samarbeid med KS
- etablere et mer systematisk samarbeid om folkehelsearbeidet på tvers av departementer og direktorater
- sikre at helsemessige konsekvenser blir utredet der dette er relevant



Figur 9.1



## 9 Økonomiske og administrative konsekvenser

Det viktigste grepet for å nå folkehelsemålene er å legge til rette for politikkutvikling på tvers av sektorer. Effektiv oppfølging av folkehelse-loven i kommunene vil imidlertid kreve at folkehelsearbeidet styrkes. For øvrige endringer som ønskes gjennomført på lengre sikt og som har bevilgningsmessige konsekvenser, tas det forbehold om at gjennomføring er betinget av det økonomiske handlingsrommet. Regjeringen vil komme tilbake til eventuelle forslag i de ordinære budsjettframleggene for Stortinget. Det er også behov for å videreutvikle folkehelsearbeidet på nasjonalt nivå. På enkelte områder kan det også være behov for omdisponering av ressurser.

Det er behov for i større grad å dreie innsatsen fra behandling til forebygging. I følge OECD bruker Norge en vesentlig mindre del av helsebudsjettet til forebyggende tiltak og folkehelsearbeid enn mange andre land. I samhandlingsreformen er det forutsatt at det skal skje en dreining av ressursene i retning av forebyggende arbeid og tidlig oppfølging og behandling i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Innføring av kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter skal bidra til at mer av pasientbehandlingen skjer i kommunene og at kommunene får insentiver til å satse på forebygging og tidlig intervensjon. Kommunene har i tillegg fått tilført midler gjennom rammetilskuddet for å bygge opp nødvendig kompetanse. Finansieringssystemet gir likevel begrensede insentiver til å prioritere forebyggende arbeid. Det skal vurderes hvordan økonomiske virkemidler kan tas i bruk mer effektivt for å få til en langsiktig styrking av folkehelsearbeidet.

Regjeringen vil i budsjettene framover vurdere om det er mulig å endre de helserelevante særavgiftene på en måte som bidrar til bedre folkehelse. Det er lang tradisjon for å bruke avgiftsvirkemidler i folkehelsearbeidet, spesielt for alkohol og tobakk. I tillegg er dette virkemidlet i de senere årene tatt i bruk for å stimulere til et sunnere kosthold gjennom endringer i særavgiften for alkoholfrie drikkevarer.

## 10 Videre lesning

Mer informasjon om folkehelsepolitikken og hele Meld. St. 34 (2012–2013) *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar* er tilgjengelig på <http://www.regjeringen.no>

Andre nyttige lenker er:

<http://www.helsedirektoratet.no>

<http://www.fhi.no/>

<http://www.sirus.no/>

<http://www.mattilsynet.no>

<http://www.nrpa.no>

[http://www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/)

[http://ec.europa.eu/health/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/index_en.htm)

---

---

Utgitt av:  
Helse- og omsorgsdepartementet

Publikasjonen er også tilgjengelig på  
[www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)

Forsidebilde: Melkeveien Designkontor

Trykk: 07 Aurskog AS 08/2013

