



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Meld. St. 34 (2012–2013) Samandrag – nynorsk

Folkehelsemeldinga

God helse – felles ansvar



Innhald

	Innkalling til dugnad	5
1	Ein folkehelsepolitikk for vår tid	9
1.1	Helsa heng saman med korleis vi innrettar samfunnet	10
1.2	Eit felles lyft for folkehelsa	12
1.3	Nasjonale mål	14
1.4	Nasjonale verkemiddel og tiltak	16
1.5	Verdiar og prinsipp	18
2	Helseutfordringar i det 21. hundreåret	27
2.1	Helsetilstanden	27
2.2	Forhold som verkar inn på helse og levealder	29
3	Eit meir helsefremjande samfunn	33
4	Helse gjennom heile livsløpet	39
5	Meir forebygging i helse- og omsorgstenesta	45
6	Kunnskapsbasert folkehelsearbeid	49
7	Sterkare verkemiddel i folkehelsepolitikken	53
8	Nasjonalt system for å følgje opp folkehelsepolitikken	57
9	Økonomiske og administrative konsekvensar ...	61
10	Vidare lesing	62

Folkehelsemeldinga

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 syklistene. Våre aller viktigste arenaer i

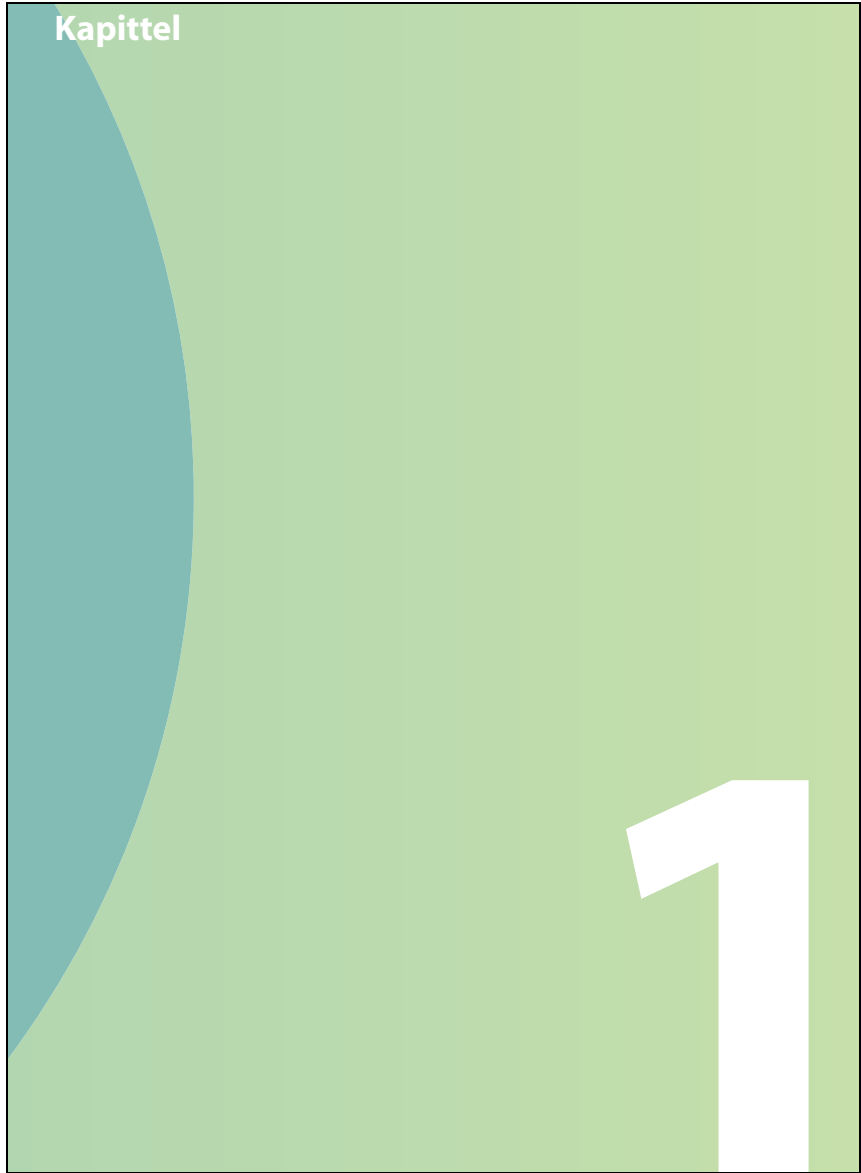
folkehelsearbeidet er ikke operasjonsstuer og poliklinikker. Det er barnehager og skoler der alle barn blir sett og får muligheter.

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 Ein folkehelsepolitikk for vår tid

Det norske folket har god helse. Gjennom dei siste hundre åra har vi sett ei stor betring i helse og levealder i heile befolkninga. Arbeidet for å betre helsa til folket går som ein raud tråd gjennom utviklinga av den norske velferdsstaten. Utvikling av lover og reglar, hygiene, kunnskap og folkeopplysning har vore viktig. Skritt for skritt har tiltak og reformer i mange samfunnssektorar bidrege til denne utviklinga. Det har skjedd gjennom at vi har bygd ut universelle velferdsordningar, ein fellesskule som er tilgjengeleg for alle barn og unge, betre bustader, vass- og sanitærforhold, vaksiner og ei offentleg helseteneste av god kvalitet, og ved at vi har utvikla eit arbeidsliv som sikrar rettane til arbeidstakarane samt helse-, miljø og tryggleik.

Helsetenester av høg kvalitet er viktig for å oppnå god helse blant folket. Men i eit historisk perspektiv har utviklinga i andre sektorar og betring av velferda hatt meir å seie. Velstandsauken har vore nødvendig for å betre helsa til befolkninga, samtidig som ei frisk og arbeidsfør befolkning har vore ein føresetnad for økonomisk utvikling.

Den positive utviklinga viser at vi har løyst mange helseproblem. No må vi ruste oss for å møte nye utfordringar. Noreg og resten av verda står overfor ein global trend med sjukdomar som i mange tilfelle er knytte til livsstil, til kva vi et og drikk, og for lite fysisk aktivitet.

Høgare levealder og fleire eldre i befolkninga, saman med betre behandling og livsstilsendringar, fører til at fleire lever med kroniske lidingar. Medisinsk og teknologisk utvikling gir aukande forventningar til spesialisthelsetenesta og gjer at vi blir stilt overfor stadig meir krevjande prioriteringar. Samtidig er det framleis store sosiale forskjellar i helse. For å møte desse utfordringane vil regjeringa utvikle ein folkehelsepolitikk for vår tid. Denne politikken trekk på historiske lærdomar, byggjer på ny kunnskap og er forankra i verdiar for likeverd og rettferdig fordeling.

1.1 Helsa heng saman med korleis vi innrettar samfunnet

Helsa til folket og sosiale forskjellar i helse blir påverka av velferdsutvikling og forskjellar i levekår. Utviklinga når det gjeld helsa vår, er nært knytt til oppvekstvilkår og dei forholda vi lever under. Det handlar om å leggje til rette for ei samfunnsutvikling som gir gode vilkår for helse. Vi har eit spesielt ansvar for barn og unge. Regjeringa meiner at hovudinnsatsen må setjast inn her. Dersom vi klarer å utvikle eit meir helsefremjande samfunn, skaper vi òg eit grunnlag for eit inkluderande arbeidsliv, kreativitet og innovasjon, og vi bidreg til å byggje opp samfunnet på ei rekkje andre område. God helse og betre levekår blant folket er derfor eit mål for all offentleg politikk.

God helse inneber å ha overskot til å meistre krav i kvardagen. Overskot gir fridom til å velje og moglegheit til å leve eit sjølvstendig liv. Kvar enkelt har eit stort ansvar for eiga helse og makt over og innverknad på eige liv. Men dette ansvaret kan ikkje avgrensast til eit individuelt ansvar åleine. Føresetnadene for å ta frie val blir avgrensa av samfunnsskapte forskjellar i ressursar og overskot. Vi gjer nesten aldri val utan at det skjer i ein bestemd samanheng eller situasjon som verkar inn på valet, og som vi som enkeltindivid ofte har liten kontroll over. Forhold i samfunnet verkar inn på vala, og vi må vere bevisst på moglegheita for å leggje til rette for sunne val. Samfunnet har ansvar for å leggje til rette for livsutfolding og skape like moglegheiter. Det handlar om å utvikle eit samfunn som fordeler ressursane på ein rettferdig måte, og om å leggje til rette for at enkeltmenneske får moglegheit til å utnytte eigne ressursar og har reelle moglegheiter til å ta frie val. Føremålet med folkehelsearbeid er ikkje å innskrenke handlefriheten – men å skape moglegheiter.

Regjeringa har eit breitt perspektiv på utviklinga av eit meir helsefremjande samfunn. Det handlar om alt frå barnehagane og skulen, nærmiljø og fritid – for eksempel idrett og kultur – til arbeidsplassen og trafikken, til byplanlegging og møte med næringsinteresser. Dette går til kjernen av politikken, til verdien av rettferdig fordeling og vilje til omfordeling. Sidan vi også i Noreg har klare sosiale forskjellar i helse, treng vi ein politikk for rettferdig fordeling, tilgang til barnehagar og fritidstilbod som ikkje kostar meir enn familiar kan bere, ein

skattepolitikk som fordeler byrdene rettferdig, skular og universitet utan skulepengar og ei helse- og omsorgsteneste som er tilgjengeleg for alle. Folkehelsepolitikken skal òg sikre behova til urfolk, nasjonale minoritetar og innvandrarar, for eksempel når det gjeld kulturell forståing og språk. Det skal leggjast vekt på det kunnskap om og haldningar til etniske grupper har å seie for helse og for utforming av folkehelseiltak. Alt dette er god folkehelsepolitikk.

Noreg har oppnådd gode resultat i det tobakksførebyggjande arbeidet takka vere reklameforbod, røykjeforbod i arbeidslokale, offentlege lokale og på serveringsstader, avgifter og andre tiltak. Vi har ein visjon om eit samfunn utan tobakk. Vi har hatt mot til å utfordre tobakksindustrien. Det tobakksførebyggjande arbeidet internasjonalt har hatt mykje å seie for utvikling av den norske politikken. Internasjonalt samarbeid om gode folkehelseiltak blir ikkje mindre viktig framover. Nye internasjonale trendar i forbruksmønster som verkar inn på helse i den norske befolkninga, skapar behov for nasjonal innsats og globale strategiar.

Vi må ha mot og vilje til å utfordre også andre delar av næringslivet. Nye utfordringar kan vere ei moglegheit og ein spore til å utvikle nye former for ansvarsdeling og samarbeid. Vi kan utnytte denne moglegheita til å utvikle ein tydelegare kultur for samfunnsansvar og medverknad.

Matvarebransjen kan utfordrast til å produsere mat som inneheld mindre salt, sukker og usunt fett. Vi kan utfordre dei som produserer og sel alkohol, til å ta eit større samfunnsansvar. Dette er ein meir samansett og krevjande dagsorden. Motkreftene er sterke. Det er behov for meir kunnskap og betre tilrettelegging. Når det ligg til rette for det, kan staten og næringslivet samarbeide om å dreie utviklinga over på eit sunnare spor. I andre tilfelle har vi ansvar for å bruke den demokratiske retten til å vedta reguleringar. Det gjeld spesielt ansvaret for å ta vare på helse til barn og unge. Når vi har kunnskap som viser at noko er farleg for helse, har folket krav på å bli verna.

1.2 Eit felles lyft for folkehelsa

Regjeringa vil gi folkehelsepolitikken fornya kraft. Vi kan betre folkehelsa, men då er det nødvendig å gi det helsefremjande og førebyggjande arbeidet eit lyft. I Noreg har vi ei eineståande moglegheit til å ta tak i dei nye helseutfordringane. Vi har eit samfunn som er prega av sosial tryggleik og tillit, økonomisk berekraft og ein velferdsstat som gjer oss godt rusta til å møte nye helseutfordringar. Skal vi få til eit felles lyft for folkehelsa må alle aktørar i samfunnet bidra. Dette er ein positiv dagsorden som er motivert av moglegheiter.

Vi treng ei ny tilnærming som i sterkare grad kan forankre og skape eigarskap til måla for folkehelsepolitikken i breie lag av befolkninga. Vi skal føre den eksisterande politikken vidare. Men i møte med livsstilssjukdomar treng vi ei tilnærming som i sterkare grad motiverer og inspirerer kvar enkelt av oss. Det er ikkje nok at politiske styresmakter eig måla. Måla må forankrast i heile det sivile samfunnet. Det gjeld frivillige organisasjonar, fagrørsla, næringslivet og arbeidsgivarar både i offentlege og private verksemder. Helsa til folket er eit felles ansvar. Alle har eit ansvar for å utvikle eit samfunn som fremjar helse, og kvar enkelt har eit ansvar for eiga helse.

Næringslivet kan for eksempel ta ansvar for helsa til folket gjennom å produsere sunnare varer, bidra i prosjekt som har folkehelse som innfallsvinkel, og gjere det lettare for forbrukarane å ta sunne val. På kosthaldsområdet er det fleire gode eksempel på samarbeid mellom helsestyresmakter og matvarebransjen. Dette samarbeidet kan vi ta vidare og gjere meir forpliktande. Næringslivet kan og bør ta større ansvar som arbeidsgivar, for eksempel når det gjeld haldningar til og bruk av alkohol i sosiale samanhengar, tilrettelegging for fysisk aktivitet, sunn mat og tiltak for å skape meir inkluderande og helsefremjande arbeidsplassar.

Organisasjonane i arbeidslivet, både arbeidstakar- og arbeidsgivarorganisasjonane, blir utfordra og inviterte til å ta sin del av ansvaret. Det er godt folkehelsearbeid å førebyggje at store grupper fell utanfor utdanning og arbeidsliv. På same måte handlar folkehelsearbeidet om å skape trygge og sikre arbeidsmiljø. Det er òg lønsamt for bedrifta. Ikkje minst kan dette bidra til å jamne ut sosiale forskjellar i helse.

Arbeidsplassen er òg godt eigna for helsefremjande og førebyggjande arbeid.

Det er lang tradisjon for samarbeid mellom offentlege styresmakter og frivillige organisasjonar i folkehelsearbeidet. Det gjeld organisasjonar som har folkehelse som klart arbeidsområde, idretts- og friluftslivsorganisasjonar, humanitære og ideelle organisasjonar, organisasjonar innan kulturområdet, pasient- og brukarorganisasjonar og ei rekkje andre organisasjonar. Det handlar både om eigenverdien av organisasjonane som sosial møteplass, aktivitetar og tilbod som organisasjonane driv, og om å utvikle helsefremjande arenaer, for eksempel ved å skape alkohol- og røykfrie arenaer, tur- og treningstilbod. Dessutan handlar det om å tilby sunnare mat på arrangement. Dette samarbeidet bør utviklast vidare. Ikkje minst i lokal- og nærmiljøet, der kommunane skal leggje til rette for samarbeid med frivillige organisasjonar. Regjeringa vil invitere til dialog om korleis frivillige organisasjonar kan bli ein endå viktigare samarbeidspartnar i folkehelsearbeidet, om korleis dei statlege verkemidla bør innrettast, og behovet for betre samordning på tvers av sektorar.

Kommunane har ei viktig rolle. Eitt av måla i samhandlingsreformen er å bidra til at vi fremjar helse og førebyggj betre, at vi tek ansvar tidleg, tett på der vi bur, lever og arbeider. Fastlegen, som er ryggraden i helsetenesta i kommunen, kan bidra ved å engasjere seg meir i førebyggjande og helsefremjande arbeid. Kommunane har gjennom ny folkehelselov fått eit større ansvar for førebyggjande arbeid i helsetenesta og folkehelsearbeidet på tvers av sektorar. Kommunane har ansvar for å ha oversikt over utfordringar og moglegheiter, men vel sjølv mål og tiltak for å fremje helsa til folket som bur der. I de fleste kommunar er det eit språkleg og kulturelt mangfald, og det er derfor viktig med språk- og kulturkompetanse. Etter plan- og bygningslova skal kommunane ta vare på samisk samfunnsliv i planarbeidet. Engasjementet til kommunane gir moglegheiter for ei folkehelsesatsing der alle sektorar er med. Dette krev god leiing, politisk engasjement, forankra planar og gjennomføringskraft. Mange kommunar har alleie teke utfordringa med stort engasjement, og folkehelsearbeid har blitt sett høgare på den lokale planleggingsagendaen.

1.3 Nasjonale mål

Regjeringa sine mål for folkehelsearbeidet er at

- Noreg skal vere blant dei tre landa i verda som har høgast levealder
- folket skal oppleve fleire leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjellar
- vi skal skape eit samfunn som fremjar helse i heile befolkninga

Måla byggjer på regjeringa sin strategi for å jamne ut sosiale helseforskjellar, slik han er nedfelt i St.meld. nr. 20 (2006–2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjellar* og i *Nasjonal helse- og omsorgsplan* som blei lagd fram i Meld. St. 16 (2010–2011). I føremålsføresegna i folkehelseleva er det mellom anna slege fast at leva skal bidra til ei samfunnsutvikling som fremjar folkehelse og utjamning av sosiale helseforskjellar, og fremje trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold.

Utgangspunktet for folkehelsepolitikken er at helse ikkje berre inneber frávær av sjukdom, men òg inkluderer overskot, trivsel og velvære. Helse er noko vi kan ha meir eller mindre av, det er ikkje slik at vi anten er friske eller sjuke.

1.3.1 *Blant dei tre landa i verda som har høgast levealder*

Regjeringa har som mål at Noreg skal vere blant dei tre landa i verda med høgast levealder. Målet skal nåast gjennom å redusere tidleg død og jamne ut sosiale forskjellar i dødelegheit. Noreg har slutta seg til Verda helseorganisasjon sitt mål om 25 prosent reduksjon i tidleg død som følgje av livsstilssjukdomar innan 2025.

Målet om at Noreg skal vere blant dei tre landa med høgast levealder er nytt i folkehelsepolitikken, samtidig som det byggjer på eksisterande mål om å betre helse og levealder. Plassering på ei internasjonal rangering er ikkje eit mål i seg sjølv, men levealder er eit godt mål på helsesituasjonen i befolkninga. Vi har gode føresetnader for å nå dette målet. Vi har høg levestandard, relativt små sosiale forskjellar, gode velferdsordningar og ei helse- og omsorgsteneste av høg kvalitet. Den nordiske velferdsmodellen gir eit samfunn prega av tryggleik, høg

sosial tillit og økonomisk og demografisk berekraft. På 1950-talet var levealderen i Noreg den høgaste i verda, og på 1960- og 1970-talet var vi blant dei tre landa med høgast levealder. Sjølv om vi har hatt ein kraftig auke i levealder, ligg vi i dag blant dei ti til elleve landa i verda med høgast levealder. Det er ingen grunn til at vi ikkje skal kunne vere blant dei landa med aller høgast levealder i åra framover. Målet må sjåast i samanheng med dei andre måla, og innsatsen for å auke den forventa levealderen må rettast inn mot å styrkje føresetnadene for å få eit langt liv med god helse.

1.3.2 Fleire leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjellar

Det er eit mål at folkehelsepolitikken skal bidra til fleire leveår med god helse og trivsel og reduserte helseforskjellar.

Det er ein klar samanheng mellom sosiale og økonomiske ressurser og helse. Dersom vi grupperer befolkninga etter inntekt eller utdanningsnivå, ser vi at dess høgare inntektsnivå eller utdanningsnivå, dess betre helse. Samanhengen mellom sosial posisjon og helse gjeld derfor for alle lag i samfunnet. Vi finn mange av de same sosiale forskjellane i urbefolkninga, nasjonale minoritetar og innvandrargrupper. Samtidig er det slik at utdanning og inntekt ikkje nødvendigvis speglar sosiale forskjellar i urbefolkninga på tilsvarende måte som i den norske befolkninga elles.

Resultata frå det globale sjukdomsbyrdeprosjektet tyder på at når levealderen aukar, vil ein større del av leveåra vere med nedsett helse. Det skal utviklast gode data, både for å følgje med på om målet blir nådd, og for å betre kunne vurdere framtidige behov. Uførleik og hjelpebehov heng saman med andre forhold enn dei reint medisinske. For eksempel ser det ut til at sjølv om førekomsten av sjukdomar aukar, så har talet på eldre med hjelpebehov og nedsett funksjonsevne blitt redusert i den norske befolkninga dei siste åra.

1.3.3 Skape eit samfunn som fremjar helse i heile befolkninga

Regjeringa vil skape eit samfunn som fremjar helse, og redusere sosiale helseforskjellar utan at nokon grupper skal få dårlegare helse. Målet tek utgangspunkt i at det er ei rekkje forhold i samfunnet som verkar inn på helse og fordelinga av helse i befolkninga. Det gjeld for eksempel fråfall frå vidaregåande skule, miljøbelastningar, inntektsforskjellar og sosiale forskjellar i levevanar. Gjennom å setje mål på forhold som verkar inn på helsa, blir det òg mogleg å sjå resultata i form av redusert risiko lenge før det slår ut i sjukdom og død. I tillegg bidreg det til at sektorar og aktørar som har verkemidla, tar ansvar.

Sosiale forskjellar i helse kjem i hovudsak av forskjellar i materielle, psykososiale og åtferdsrelaterede risikofaktorar. Det tyder at arbeidet for å redusere sosiale forskjellar i helse òg handlar om sosial utjamning gjennom å redusere forskjellar i inntekt og utdanning. Etnisk diskriminering er ein annan faktor som kan føre til helseproblem. Eit samfunn som skal fremje helse og redusere sosiale helseforskjellar, må ta omsyn til sosiale, økonomiske, kulturelle og miljømessige vilkår.

For at dei nasjonale måla skal fungere som eit effektivt verkemiddel i arbeidet med å følgje opp og vidareutvikle folkehelsepolitikken, er det nødvendig å konkretisere måla gjennom resultatmål og indikatorar.

1.4 Nasjonale verkemiddel og tiltak

I denne stortingsmeldinga presenterer regjeringa ein samla strategi for å utvikle ein folkehelsepolitikk for vår tid og styrkje det førebyggjande arbeidet i helse- og omsorgstenesta. Stortingsmeldinga representerer nasjonale styresmakter si oppfølging av føringane i folkehelselova.

Staten er gjennom folkehelselova tillagd ansvar for folkehelsearbeidet nasjonalt. Det vil for det første seie at staten har eit nasjonalt ansvar for å identifisere folkehelseutfordringar gjennom å følgje utviklinga i helsetilstand og faktorar som verkar inn på helsa. For det andre inneber det at skildringa av folkehelseutfordringane skal danne

grunnlag for planlegging og utforming av nasjonale tiltak. For det tredje har nasjonale styresmakter ansvar for å hjelpe kommunesektoren og leggje til rette for eit systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

Verkemidla og tiltaka som er skildra i denne stortingsmeldinga, er basert på ei samla vurdering av folkehelseutfordringane. Stortingsmeldinga byggjer på erkjenninga av at folkehelseutfordringane ikkje kan løysast i helsesektoren åleine, men er ei felles oppgåve for heile samfunnet. Det viktigaste vi kan gjere for å styrkje folkehelsearbeidet, er å leggje til rette for at omsynet til folket si helse blir sikra på tvers av sektorar. Folkehelselova har lagt dei juridiske rammene, og med denne stortingsmeldinga legg regjeringa overordna føringar for korleis vi skal sikre at lova blir etterlevd.

Det er inga ny erkjenning at folkehelsearbeidet er eit ansvar på tvers av sektorar og samfunnsområde. Men med denne stortingsmeldinga vil regjeringa gå eit skritt vidare og etablere eit betre system for å sikre ei meir effektiv oppfølging av folkehelsepolitikken. Stortingsmeldinga skal òg bidra til å synleggjere korleis politikk på alle samfunnsområde verkar inn på folket si helse – prinsippet om «helse i alt vi gjer».

Folkehelsearbeid er ikkje eit ansvar for det offentlege åleine – heile samfunnet må bidra. Regjeringa inviterer derfor til samarbeid og gjer òg aktørar utanfor offentleg sektor ansvarlege. Det gjeld næringslivet, partane i arbeidslivet, frivillige organisasjonar og andre aktørar som kan bidra til å betre helsa i befolkninga.

Stortingsmeldinga er òg ei oppfølging av føringar i samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen føreset at ein skal dreie ressursane i retning av førebyggjande arbeid og tidleg oppfølging og behandling i helse- og omsorgstenesta i kommunane. Regjeringa har gjennom å ha innført kommunal medfinansiering og betaling for utskrivingsklare pasientar gitt kommunane insentiv til å overta meir av pasientbehandlninga og til å satse på førebygging og tidleg intervensjon. Kommunane har i tillegg fått tilført midlar gjennom rammetilskotet for å byggje opp nødvendig kompetanse.

1.5 Verdjar og prinsipp

Folkehelsearbeidet skal bidra til god helse og betre levekår i befolkninga. Det handlar ikkje berre om helse- og omsorgssektoren, det er eit mål for all offentleg politikk. God helse er ein verdi i seg sjølv og aukar moglegheitene for livsutfoldinga til kvar enkelt. God helse er ein ressurs og ein føresetnad for andre mål, for eksempel for å ha eit produktivt arbeidsliv, effektiv læring og overskot til å bidra i frivillig arbeid. Høg sjukelegheit og låg funksjonsevne fører til påkjenningar og kostnader både for den enkelte og for samfunnet i form av helse- og omsorgstenester, sjukefråvær og trygd.

1.5.1 Samfunnet og enkeltindividet sitt ansvar

Helsa til folket blir påverka av politiske val og val private aktørar tek, og desse ligg utanfor rekkevidda til enkeltindividet. Sidan helsa blir påverka av samfunnsutviklinga og dei kåra vi lever under, handlar folkehelsepolitikken om å leggje til rette for at den enkelte og lokalsamfunn skal vere i stand til å ta kontroll over forhold som verkar inn på helsa. Det handlar for eksempel om økonomisk tryggleik, deltaking og meistring, oppleving av mening og inkludering i utdanning og arbeidsliv.

Det må vere ein balanse mellom fellesskapet sitt ansvar for helsa til befolkninga og kvar enkelt sitt ansvar for eiga helse. Kvar enkelt har eit stort ansvar for eiga helse og makt over og innverknad på eige liv. Samtidig har enkeltmennesket på mange område mindre handlingsrom på grunn av forhold som ligg utanfor individet sin kontroll. Sjølv røyking, fysisk aktivitet og kosthald blir påverka av økonomiske og sosiale bakgrunnsfaktorar som den enkelte ikkje har valt. Bruk av tobakk og rusmiddel rammar ikkje berre brukaren, men òg pårørande, omgivnader og andre på grunn av passiv røyking, passiv drikking og åtferd som følgje av ruspåverknad. Så lenge dei systematiske forskjellane i helse heng saman med forskjellar i måten ressursar er fordelte i samfunnet på, er det fellesskapet sitt ansvar å påverke denne fordelinga i ei meir rettferdig retning.

Det er eit samfunnsansvar å påverke val som har innverknad på helsa, gjennom å informere, tilføre kunnskap og påverke haldningar. Det kan handle om å gjere dei sunne vala lettare og meir attraktive, og gjere usunne val vanskelegare. Det er etiske utfordringar knytt til det å påverke andre menneske. Grunnlaget for slik påverknad frå samfunnet si side må vere basert på eit solid kunnskapsgrunnlag og vere godt forankra og drøfta. Verkemidla bør derfor ta utgangspunkt i respekt for forskjellar i verdival og ha ein grunnleggjande aksept i samfunnet. Folkehelsepolitikken bør vere gjenstand for ein offentleg samtale og diskusjon som omfattar så store delar av befolkninga som mogleg. Dette er ikkje minst viktig fordi innvandring har ført til at vi har fått ei befolkning som både språkleg, kulturelt og religiøst er meir mangfaldig.

1.5.2 Prioriteringsdilemmaet og førebyggingsparadokset

Det er eit mål at helse- og omsorgspolitikken skal gi mest mogleg helse til heile befolkninga. Både folkehelselova og helse- og omsorgstenestelova har som norm at tenester og aktivitetar skal organiserast slik at ein unngår tap av leveår med god helse. Det inneber at tilgjengelege ressursar skal brukast på ein slik måte at dei bidreg til sosial utjamning og mest mogleg helse og livskvalitet.

I praksis vil det ofte vere vanskeleg å prioritere førebygging framfor behandling, sjølv om dette på sikt vil gi meir helse att for ressursane. Det vil alltid vere uløyste behandlings- og omsorgsbehov. I tillegg trekk sterke økonomiske interesser, media og profesjonsinteresser merksemda og ressursar i retning av spesialisert behandling. Sidan det ikkje finst bilete og historier å fortelje om framtidig sjuke menneske, vil det alltid vere ei politisk utfordring å sikre at førebyggjande arbeid blir prioritert.

Dersom vi føreset at dei ressursane som går med til helse, er av ein gitt storleik, kan førebygging teoretisk sett sjåast på som å ta ressursar frå dei som i dag har problem, og overføre ressursane til friske personar. Ei slik tilnærming kan føre til den konklusjonen at det berre er forsvarleg å drive førebyggjande arbeid når alle presserande problem er løyste. Med eit slikt utgangspunkt vil det aldri vere plass til

førebyggjande arbeid. Sjølv om vi utnyttar ressursane effektivt, må vi alltid rekne med at etterspurnaden etter behandling vil vere større enn tilbodet. Det paradoksale med dette utgangspunktet er at det over tid vil kunne føre til eit større tap av leveår med god helse. Vidare er det problematisk at tilnærminga ikkje tek omsyn til interessene til dei som blir sjuke i framtida, fordi det ikkje blir satsa på førebyggjande arbeid i dag. Problemstillinga har ein klar parallell til miljøutfordringane, for eksempel til spørsmålet om kva slags klima eller kva naturressursar vi overlèt til framtidige generasjonar. Som samfunn må vi òg ta ansvar for å leggje planar for framtidige behov. Både samhandlingsreformen og folkehelselova byggjer på prinsippet om berekraft. Derfor må det i større grad leggjast vekt på å dokumentere forholdet mellom helseeffekt og ressursbruk når det gjeld førebyggjande tiltak, slik at det blir mogleg å gjere ei meir direkte samanlikning med medisinsk behandling.

Vi står overfor ei tilsvarande prioriteringsutfordring når det gjeld prioritering mellom målretta førebyggjande tiltak for risikogrupper og breie førebyggjande tiltak retta mot heile befolkninga. Avveginga mellom målretta tiltak og befolkningsbaserte tiltak blir gjerne omtalt som førebyggingsparadokset. Paradokset inneber at tiltak retta mot grupper med låg risiko, kan vere vel så effektive som tiltak retta mot grupper med høg risiko. Forklaringa er at målgruppa er stor, og at tiltak derfor vil få innverknad for mange. Det sentrale i paradokset er at tiltak som tilsynelatande har beskjeden effekt, men er retta mot mange, kan ha langt større effekt enn tiltak som har stor og målbar effekt på individnivå, men som treff få.

Generelle velferdsordningar er òg effektive overfor utsette grupper. Velferdsordningar som er universelle og tilgjengelege for alle, gir betre helse i befolkninga, er ikkje stigmatiserande og bidreg til å førebyggje at menneske hamnar i sårbare situasjonar. Verdas helseorganisasjon og Verdsbanken tilrår universelle ordningar som ei viktig tilnærming i oppfølginga av utviklingsagendaen etter 2015. Rett til barnehageplass er eit godt eksempel. I dag går så og seie alle norske barn i barnehage, og dei fleste byrjar når dei er mellom eitt og to år gamle. Gjennom den daglege kontakten med barn og foreldre har dei tilsette moglegheit til å fange opp og gi hjelp til utsette barn tidleg. Det

gjeld alt frå barn som har behov for ekstra språkstimulering eller oppfølging av mindre utviklingsavvik, til barn som blir utsette for vald, misbruk og omsorgssvikt.

1.5.3 Fem prinsipp for folkehelsearbeid

Folkehelselova byggjer på fem prinsipp for folkehelsearbeidet: utjamning, helse i alt vi gjer, berekraftig utvikling, føre-var-prinsippet og medverknad.

Utjamning

Helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper i befolkninga, og det er mange faktorar som bidreg til å skape og oppretthalde slike forskjellar. Samanhengane er komplekse, men vi kan slå fast at det i hovudsaka er sosiale vilkår som verkar inn på helse og ikkje omvendt. Sjølv om alvorlege helseproblem i mange tilfelle fører til tap av inntekt og arbeid og problem med å fullføre utdanning, vil likevel sosial posisjon verke inn på helsa i større grad enn helsa verkar inn på den sosiale posisjonen.

Det er ein lineær samanheng mellom utdanning, inntekt og helse. Med unnatak for enkelte spesielt utsette grupper, er det slik at det ikkje finst nokon utdannings- og inntektsterskel der helsetilstanden blir vesentleg betra. Dette tyder at sosiale forskjellar i helse er ei utfordring som gjeld for heile samfunnet, sjølv om problemet er størst for dei gruppene som har lågast utdanning og inntekt. Så lenge dei systematiske forskjellane i helse heng saman med forskjellar i måten ressursar er fordelte i samfunnet på, er det fellesskapet sitt ansvar å påverke denne fordelinga i ei meir rettferdig retning.

Føremålet med folkehelselova er å fremje folkehelse og jamne ut sosiale helseforskjellar. Prinsippet om utjamning har konsekvensar for politikkkutforming på alle nivå. Det inneber at innsatsen bør rettast inn mot faktorane som ligg bak, som verkar inn på helse og sosiale forskjellar i helse, og mot å leggje til rette for at alle skal ha moglegheit til å ta gode val. Vi må ha ein kombinasjon av universelle ordningar og målretta tiltak mot spesielt utsette grupper.

Helse i alt vi gjer

Erkjenninga av *helse i alt vi gjer* er kjernen i folkehelsearbeidet. Prinsippet skal bidra til at helsa til folket blir sikra på tvers av sektorar. Det inneber for eksempel at utdanningssektoren, samferdselssektoren og kultursektoren har ansvar for å vurdere og ta omsyn til kva konsekvensar endringar i politikken kan ha for helsa i befolkninga.

Prinsippet om *helse i alt vi gjer* (eng.: health in all policies) er òg etablert som prinsipp i internasjonalt. Det er basert på ei aukande forståing av korleis forhold på dei fleste område i samfunnet verkar inn på folkehelsa.

I folkehelselova kjem prinsippet om *helse i alt vi gjer* til uttrykk gjennom at det ikkje er helsetenesta, men kommunen som har fått ansvaret for helsa til folket. Lova legg òg til grunn at kommunane, fylkeskommunane og statlege styresmakter skal fremje helsa til folket og vurdere kva konsekvensar eiga verksemd har for helsa til folket. Førebyggjande tiltak skal setjast i verk i den sektoren og med dei verkemidla som er mest effektive.

Berekraftig utvikling

Ei berekraftig utvikling inneber å tilfredsstille dagens behov utan at det set behova til framtidige generasjonar på spel. Brundtlandkommissjonen frå 1987 definerte berekraftig utvikling som «... en utvikling som imøtekommer behovene til dagens generasjon uten å redusere mulighetene for kommende generasjoner til å dekke sine behov.» Berekraftig utvikling handlar om å leggje til rette for ei samfunnsutvikling som sikrar grunnleggjande behov over tid.

Ein helsesektor som forbrukar for mykje av dei totale ressursane i samfunnet, inkludert arbeidskraft, er ikkje berekraftig og kan vere ein trussel mot velferdsstaten. I samhandlingsreformen er målet å utvikle ei berekraftig helseteneste mellom anna gjennom å styrkje det førebyggjande arbeidet.

Ei befolkning med god helse er eit mål i seg sjølv og ein av dei viktigaste ressursane i samfunnet. Satsing på folkehelsearbeid er ei grunnleggjande investering for eit betre liv og eit berekraftig sam-

funn. Førebyggjande arbeid er berekraftig fordi det bidreg til å leggje større vekt på behova til komande generasjonar og bidreg til større likskap mellom generasjonar. God helse er svært viktig både for livskvaliteten til den enkelte og for å sikre samfunnet ei frisk og produktiv befolkning som kan bidra til økonomisk vekst og velstandsutvikling.

Føre-var-prinsippet

Føre-var-prinsippet skal leggjast til grunn når ein fastset normer og standardar for godt folkehelsearbeid. Det gjeld både tiltak for å redusere risiko og tiltak for å fremje helse. I mange tilfelle vil det vere usikkerheit knytt til forholdet mellom eksponering og helseeffekt, eller til forholdet mellom tiltak og helseeffekt. Når ein fastset normer, er det tilstrekkeleg at det er sannsynleg at ei eksponering eller eit tiltak kan gi fare for helseskade. Det er ikkje krav om vitskapleg sikkerheit.

Føre-var-prinsippet inneber at bevisbyrda blir lagd på den som er ansvarleg for tiltaket eller eksponeringa. Føre-var-prinsippet må sjåast i samanheng med prinsippet om *helse i alt vi gjer*. Omsynet til befolkninga si helse er ikkje berre eit ansvar for helsetenesta, men for alle sektorar og verksemder som driv aktivitet som kan ha noko å seie for helsa.

Føre-var-prinsippet føreset ikkje at risikoen skal vere lik null, men at han skal vere akseptabel. Prinsippet gir føringar for korleis ein skal handtere usikkerheit. Ei vurdering av kva som er akseptabel risiko, kan òg inkludere vurderingar av forholdsmessigheit. I eit berekraftperspektiv inneber føre-var-prinsippet ikkje berre å vurdere kva som skal til for å forhindre helseskade og førebyggje akutte situasjonar, men òg kva som skal til for å fremje og halde helsa til befolkninga ved like. Føre-var-prinsippet er òg lovfesta gjennom kapittelet i folkehelse-lova om miljøretta helsevern som gir heimel for å gripe inn før det oppstår helseskade.

Medverknad

Gjennom retten til yringsfridom er retten til medverknad nedfelt i Menneskerettserklæringa artikkel 19 og i Grunnlova § 100. Barn sin

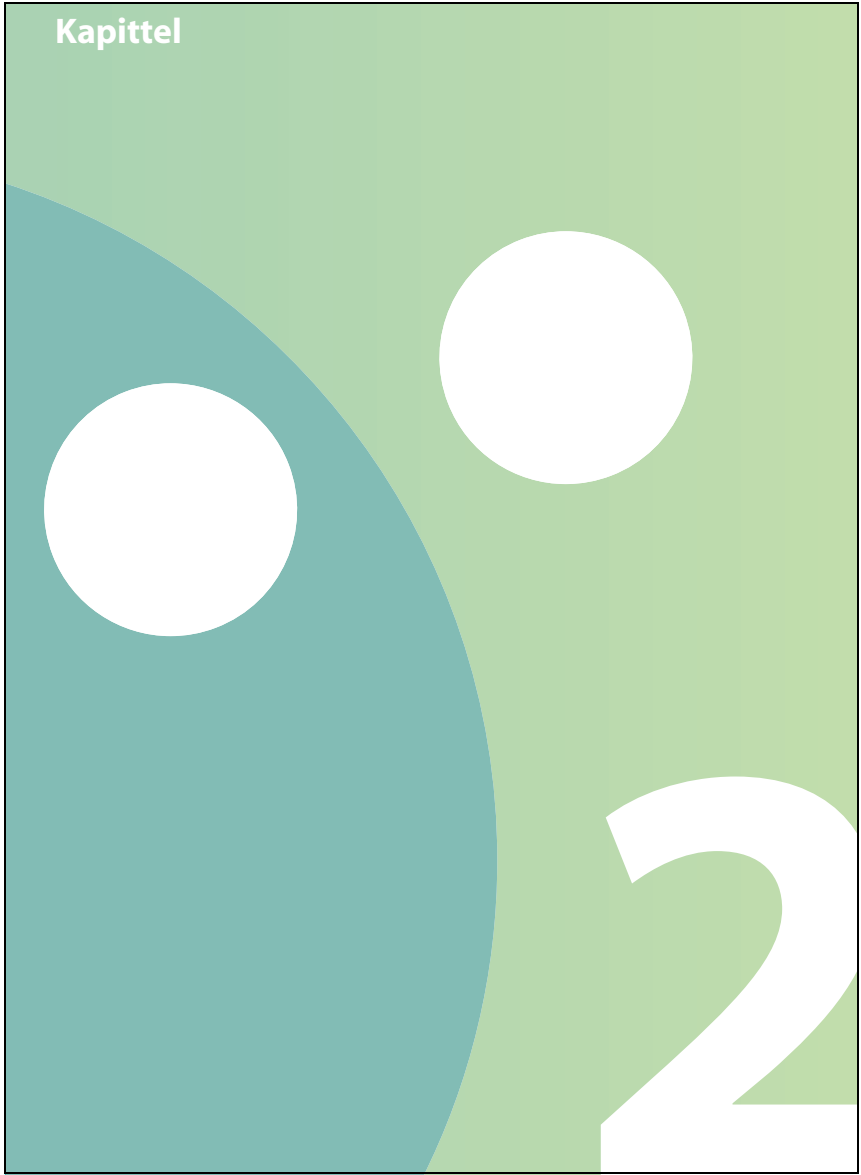
rett til å bli høyrte er heimla i Barnekonvensjonen artikkel 12. Vidare er medverknad i planlegging regulert i plan- og bygningslova § 5-1. Sametinget har motsegnrett i kommunale planprosessar som er vesentlege for samisk kultur- og næringsutøving, etter plan- og bygningslova § 5-4. Plan- og bygningslova skal vere med å sikre naturgrunnlaget for samisk kultur, næringsutøving og samfunnsliv, sjå § 3-1 punkt c. Etter § 3 i Forskrift om oversikt over folkehelsen skal kommunar, der det er grunn til å tru at det er spesielle folkehelseutfordringar i den samiske befolkninga, vurdere desse. Det kan i denne samanhengen vere aktuelt å innhente erfaringar og kunnskap om den samiske befolkninga både som grunnlag for å avklare dette og for å vurdere utfordringane.

I helsefremjande arbeid bruker ein ofte omgrepet *empowerment* om den makta individ og lokalmiljø har til å påverke avgjersler. Omgrepet kan omsetjast med myndiggjering, styrking eller mobilisering av eigne krefter. Kjernen i omgrepet er det motsette av maktesløyse eller undertrykking. Det handlar om korleis menneske og lokal samfunn kan ta kontroll gjennom å mobilisere og styrke eigne krefter. Moglegheita til å mobilisere ressursar heng saman med dei livsvilkåra menneska lever under. Det tyder at medverknad kan stimulerast gjennom å styrkje sosiale ressursar og sørge for betre materielle levekår.

Folkehelselova knyt folkehelsearbeidet i kommunane til føresegnene om medverknad i plan- og bygningslova. På denne måten bidreg folkehelselova til å rettsleggjere kravet om medverknad. Det er sentralt å involvere frivillige organisasjonar for å sikre medverknad i folkehelsearbeidet, og kommunane er gjennom folkehelselova pålagde å leggje til rette for samarbeid med frivillig sektor.

Sjå òg Meld. St. 10 (2012–2013) *God kvalitet – trygge tenester*, der regjeringa legg vekt på å utvikle ei meir pasient- og brukarorientert helse- og omsorgsteneste.

Kapittel



Figur 2.1

2 Helseutfordringar i det 21. hundreåret

2.1 Helsetilstanden

På 1950-talet var Noreg det landet som hadde den høgaste forventa levealderen i verda, mens i dag er det ti, elve land som kjem betre ut. I Japan, Australia, Sveits, Italia, Island, Sverige, Singapore og Israel har både menn og kvinner høgare levealder enn i Noreg. I tillegg lever franske og spanske kvinner lenger enn norske.

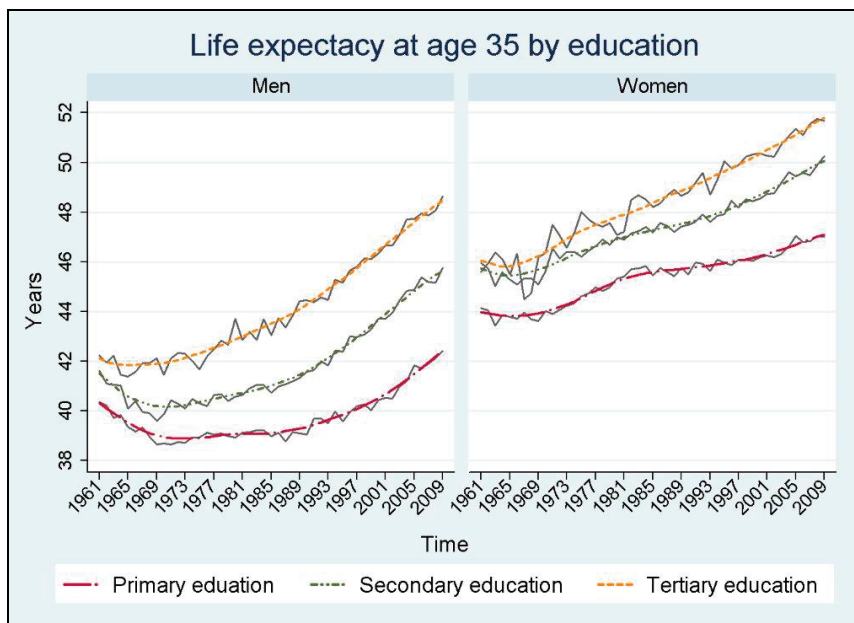
Eit hovudtrekk i den globale utviklinga er færre dødsfall blant yngre, fleire dødsfall i eldre aldersgrupper, færre dødsfall på grunn av smittsame sjukdomar og fleire dødsfall på grunn av hjarte- og karsjukdomar, kreft og andre sjukdomar som ikkje kjem av smitte. I 1990 var smittsame sjukdomar årsak til litt over halvparten av alle dødsfall. Tjue år seinare døydde to av tre av andre sjukdomar enn smittsame sjukdomar. Dei fem viktigaste dødsårsakene på verdsbasis var i 2010 iskemisk hjartesjukdom, hjerneslag, kols, nedre luftvegsinfeksjonar og lungekreft. Desse sjukdomane er òg blant dei seks viktigaste dødsårsakene i Vest-Europa.

Utviklinga i Noreg er i tråd med den globale utviklinga. Eit hovudtrekk er færre dødsfall blant yngre og fleire dødsfall i eldre aldersgrupper. Eit anna hovudtrekk er færre dødsfall på grunn av smittsame sjukdomar og fleire dødsfall på grunn av hjarte- og karsjukdomar, kreft og andre sjukdomar som ikkje kjem av smitte. Eit tredje hovudtrekk er at risikofaktorane er dei same for dei fleste land. Det gjeld mellom anna røyking, høgt alkoholinntak, ugunstig kosthald og fysisk inaktivitet. Sjølv om dei nye globale trendane ikkje har snudd den gunstige utviklinga med aukande levealder dei siste tiåra, tyder mykje på at trendane med usunt kosthald, fysisk inaktivitet og overvekt vil bremse den positive utviklinga. Aukande levealder og fleire eldre i befolkninga fører til at det er fleire som lever med kroniske sjukdo-

mar. Sjølv om førekomsten av sjukdomar aukar, har talet på eldre med hjelpebehov gått ned dei siste 20 til 30 åra.

Sjølv om alle grupper i befolkninga har fått betre helse, er sosiale helseforskjellar framleis ei utfordring. Grupper med lang utdanning og høg inntekt har hatt den største auken i levealder. Det er hjarte- og karsjukdomar som skapar dei største sosiale forskjellane i tidleg død.

Nesten ein fjerdedel av den vaksne norske befolkninga har ei psykisk lidning, og mellom ein tredjedel og halvparten vil bli ramma éin eller fleire gonger i løpet av livet. Rundt 10 prosent av den vaksne befolkninga oppgir å ha søkt behandling for psykiske problem i løpet av livet. Det faktiske behovet er truleg noko høgare. De vanlegaste lidningane er angst, depresjon og rusrelaterte lidningar.



Figur 2.2 Utdanningsforskjellar i forventa levealder ved 35 års alder

Kjelde: Steingrimsdóttir og medarbeidare (Eur J Epidemiol 2012; 27: 163–71). Publisert med godkjenning frå Springer Science & Business Media B.

2.2 Forhold som verkar inn på helse og levealder

Fysisk og psykisk helse er resultat av eit samspel mellom individuelle eigenskapar og forhold som kan vere vernande eller innebere risiko. Eksempel på vernande faktorar er sosial støtte, positive livshendingar og fysisk aktivitet, mens arbeidsløyse, rusmiddel, manglande sosial støtte, usunt kosthald og overvekt er eksempel på risikofaktorar. Faktorane heng saman og er ein del av eit større bilete. For eksempel skjer endringar i kosthald og fysisk aktivitet som regel ikkje isolert, men som ein del av endringar i familieliv, arbeidsmiljø, nærmiljø eller i samfunnet generelt.

Forhold ved storsamfunnet, lokalsamfunnet og det sosiale nettverket til kvar enkelt kan ha innverknad på helsa. Samfunn prega av gjensidig tillit, sosial støtte og samhald, verkar helsefremjande, mens lokalsamfunn med liten grad av fellesskap og lite sosial samhandling gir auka risiko for helseproblem. Sviktande næringsgrunnlag, stor grad av inn- og utflytting og/eller rask sosial endring kan verke negativt inn på helsa. Sosial støtte som empati, kjenslemessig støtte, praktisk hjelp og sosial kontroll har ein direkte positiv effekt på helsa og kan fungere som ein buffer når individet blir utsett for påkjenningar eller negative livshendingar.

Helse og sjukdom blir påverka av faktorar nært i tid og heilt tilbake til fosterlivet. Gjennom livsløpet finst det ei rekkje sårbare periodar. Mange kroniske sjukdomar blir påverka av biologiske, psykiske og sosiale faktorar som summerer seg opp og bidreg til auka risiko gjennom livsløpet. I mange tilfelle tek det fleire år før ein påverknadsfaktor fører til sjukdom. Det gjeld for eksempel røyking som årsak til lungekreft og kols der sjukdom og symptom først blir synleg etter 20 til 50 år med røyking. Når det gjeld akutt hjarteinfarkt, blir derimot risikoen vesentleg redusert allereie det første året etter røykjeslutt.



Figur 3.1

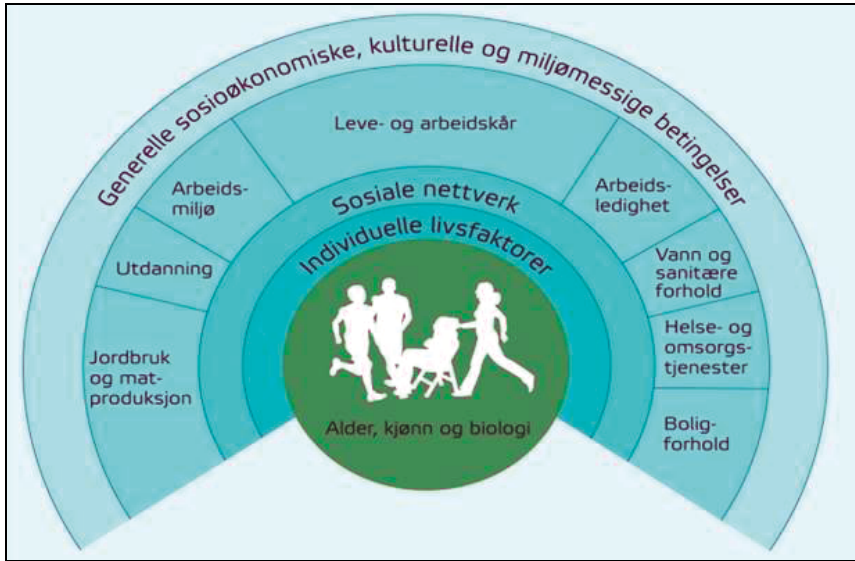
3 Eit meir helsefremjande samfunn

Regjeringa vil bygge den nye folkehelsepolitikken på føresetnaden om å sikre omsyn til befolkninga si helse i all politikk og skape gode vilkår for å fremje helse og trivsel. Prinsippet om helse i alt vi gjer inneber meir enn helsepolitikk, det dreier seg om å utvikle ein helsevennleg politikk i alle sektorar.

Påverknadsfaktorane for helse kan framstillast i ei årsakskjede som strekkjer seg frå generelle samfunnsforhold til eigenskapar ved enkeltmenneske. Dette er illustrert i figur 3.2. Lengst bak i årsakskjeda finn vi generelle samfunnsforhold, for eksempel økonomisk utvikling, miljøvilkår og politisk styresett. Deretter finn vi levkår og arbeidsforhold og sosiale forhold som sosial kapital, nettverk og relasjonar. Nærmast finn vi individuelle levevanar og helseåtferd som meir umiddelbart verkar inn på helsa, men som òg er forma av forhold i samfunn og miljø.

Det er ikkje slik at den samla folkehelsesituasjonen i ein kommune, eit fylke eller i landet berre er summen av individuelle val og genetiske føresetnader. Det er store geografiske forskjellar i helse og store sosiale helseforskjellar. Samfunnsmessige forhold skapar desse forskjellane, som vi kan påverke gjennom planlegging, forvaltning og tiltak. Helsa til befolkninga og sosiale forskjellar i helse heng nært saman med velferdsutviklinga og forskjellar i levkår og inntekt. Noreg har eit godt fungerande sivilsamfunn med høg aktivitet i frivillig arbeid, mangfaldig kulturliv og ei befolkning som trivst. Samfunnet er prega av tillit mellom innbyggjarane, styresmakter og demokratiske institusjonar.

Regjeringa sin politikk for å vidareutvikle dei universelle velferdsordningane er eitt av hovudspora for å styrkje sosiale fellesskap og inkludering. Dette er òg tilrådinga i ein rapport som Verdas helseorganisasjon har gitt ut om sosial eksklusjon. Den norske velferdsmodellen bidreg sterkt til at vi har eit samfunn med høg yrkesdeltaking. Vi



Figur 3.2 Påverknadsfaktorar for helse¹

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

har god tilgang på gratis utdanning, låg arbeidsløyse, den sosiale tryggleiken er god og kulturopplevingar er tilgjengeleg for dei fleste. Likestillings- og antidiskrimineringspolitikken bidreg til å fremje inkludering. Folkehelsepolitikken skal byggje vidare på den norske velferdsmodellen med universelle ordningar for barnehagar, utdanning og helsetenester, på arbeidslinja, ein tilgjengeleg kulturpolitikk og aktivt samarbeid med og støtte til frivillig sektor. Vidare skal omsynet til befolkninga si helse få større plass i kommunal og regional utvikling, i næringspolitikken, stads- og nærmiljøarbeidet og i samferdselspolitikken. Helsetilstanden og korleis helsa er fordelt i befolkninga, bør få større merksemd når ein skal planleggje eit meir helsevennleg samfunn. For å førebyggje livsstilssjukdomar vil det vere strategisk viktig å leggje til rette for at sunne val skal bli lettare tilgjengelege og usunne produkt mindre tilgjengelege. Det skal spesielt leggjast til rette for tiltak overfor barn og unge.

Boks 3.1 Eit meir helsefremjande samfunn

Regjeringa vil:

- vidareføre fordelingspolitikken og førebyggje at barn lever med dårlege levekår og låg inntekt
- leggje fram ei stortingsmelding om levekåra til menneske med utviklingshemming
- leggje fram ei stortingsmelding om likestilling mellom kjønna i eit livsløps-, etnisitets- og klasseperspektiv
- bidra til å auke bevisstheita og styrkje kunnskapen om samanhengen mellom sosial støtte, sosial kapital og helse
- bidra til at helseomsyn får ein større plass i utviklinga av stader, nærmiljø og lokalsamfunn
- leggje fram ein strategi for eit aktivt friluftsliv, eit friluftsliv for alle og friluftsliv i nærmiljøet og bidra til at friluftsområda i heile landet blir kartlagde og sett pris på
- vidareføre og vidareutvikle ordninga med statleg sikring og tilrettelegging av særleg viktige friluftsområde, der friluftsområde i nærmiljøet blir prioriterte
- leggje meir vekt på å forhindre nedbygging av lokale 100-meter-skogar og andre viktige naturområde for ferdsel og friluftsliv i nærleiken av buområde
- gjennom nasjonal transportplan og oppfølginga av denne arbeide for meir miljø- og helsevennleg transport og transportløyningar
- følgje opp høyring med forslag til nasjonale mål på vassområdet for å følgje opp protokollen om vatn og helse frå Verdas helseorganisasjon og UNECE
- arbeide for å innføre ei smilefjesordning i serveringsnæringa
- gjennomføre den nye matinformasjonsforordninga til EU, med eit innskjerpa krav til merking av næringsinnhald og opphav

Boks 3.1 forts.

- invitere serveringsbransjen til samarbeid om mogleg innføring av merking av energi- og næringsinnhald i mat- og drikkevarer
- ta sikte på å opprette eit nasjonalt senter for ernæring, fysisk aktivitet og helse i barnehagar og skular for å bidra til betre trivsel og auka konsentrasjon og for å styrkje læringsevna
- opprette ei tverrsektoriell ekspertgruppe for å oppsummere kunnskapen om antibiotika og antibiotikaresistens
- utvikle betre styringsdata for drift og vedlikehald av offentlege bygg
- gå igjennom forskriftene om miljøretta helsevern og utvikle forvaltninga av miljøretta helsevern i lys av folkehelseleva
- ha ein langsiktig ambisjon om å utvide ordninga med gratis frukt og grønt til alle elevar i grunnskulen
- vurdere korleis skuledagen kan organiserast slik at elevane er sikra minst éin time fysisk aktivitet kvar dag
- gjennomføre ein kampanje for fysisk aktivitet for å auke folket sin kunnskap om fysisk aktivitet og helsekonsekvensane av fysisk inaktivitet samt auke bevisstheita om kva som skal til for å oppnå helsevinst for den enkelte
- i budsjetta framover vurdere om det er mogleg å endre dei helserelaterte særavgiftene på ein måte som bidreg til å betre folkehelsa
- vidareutvikle og følgje opp det tobakksførebyggjande arbeidet gjennom Nasjonal strategi mot tobakksskadar 2013–2016
- vidareutvikle og følgje opp ein alkoholpolitikk mellom anna basert på prisverkemiddel og reguleringar for å gjere alkohol mindre tilgjengeleg, jf. Meld. St. 30 (2011–2012)
- samarbeide med industrien og matvarebransjen med mål om å inngå ein forpliktande avtale for regulering av marknadsføring av usunn mat og drikke overfor barn og unge, og om dette ikkje lèt seg gjere, innføre ei forskrift mot slik marknadsføring

Kapittel



Figur 4.1

4 Helse gjennom heile livsløpet

Regjeringa har som mål å utvikle ein politikk som bidreg til betre helse gjennom heile livsløpet og til gode overgangar mellom fasar i livet. Det skal leggjast til rette for at alle barn og unge får ein god start i livet, for eit inkluderande arbeidsliv og trygge og helsefremjande arbeidsplassar, og for ei tryggare og meir aktiv aldring. Innsatsen skal rettast mot å gjere tenester og arenaer i ulike fasar av livet meir helsevennlege og tilpassa behovet til kvar enkelt, avhengig av kjønn, alder, etnisitet, funksjonsevne, seksuell orientering, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk.

Oppvekstkåra til barn og unge skal betrast gjennom å betre kvaliteten på barnehagar og skular, vidareutvikle og styrkje helsestasjons- og skulehelsetenesta, vidareutvikle barnevernet, støtte opp om foreldre si meistring og setje i verk tiltak for å førebyggje problem i overgangen mellom ulike livsfasar. Det handlar i hovudsaka om å betre og vidareutvikle tenestetilbodet og om å oppnå betre samordning mellom tenestene.

I yrkesaktiv alder skal fleire få moglegheit til å arbeide, og innsatsen for å førebyggje sjukefråvær og utestenging og utstøyting frå arbeidslivet skal forsterkast. Det skal leggjast vekt på å betre arbeidsmiljøet i bransjar med store belastningar i arbeidsmiljøet. I tillegg vil regjeringa utfordre organisasjonane i arbeidslivet til å ta større ansvar for livsstilstiltak på arbeidsplassen.

Ei aktiv og trygg aldring handlar ikkje berre om helsetenester og eldreomsorg. Det handlar òg om å delta i fysiske, sosiale og kulturelle aktivitetar. Når helsa sviktar, handlar det om å leggje bustad og nære omgivnader til rette, om tilpassa pleie- og omsorgstenester og om tilbod om opplæring, opptrening og rehabilitering. Ikkje minst handlar det om å oppretthalde sjølvstende, uavhengigheit og innflyting over eige liv uavhengig av sjukdom og funksjonsnedsetting.

Målet om at alle innbyggjarar skal ha lik tilgang til offentlege tenester er gjennomgåande i regjeringa sin politikk. Dersom tenestetilboda ikkje tek omsyn til at brukarar er forskjellige, kan det føre til systematiske forskjellar i resultat for brukarane. For eksempel er kunnskap om samisk språk og kultur nødvendig i folkehelsearbeidet og for å gi det samiske folket ei likeverdig helse- og sosialteneste. Rettane samiske barn har til eige språk og kultur skal sikrast. Opplæring i skule og barnehage i og på samisk og om samisk kultur er med på å bygge identitet og tryggleik.

Boks 4.1 Helse gjennom heile livsløpet

Regjeringa vil:

- vidareutvikle kvaliteten på barnehagetilbodet gjennom oppfølging av Meld. St. 24 (2012–2013) Framtidens barnehage
- leggje grunnlaget for betre læring gjennom heile opplæringa, med hovudvekt på å førebyggje fråfall i vidaregåande opplæring, ved å følgje opp Meld. St. 20 (2012–2013) På rett vei. Kvalitet og mangfold i fellesskolen
- Sikre høg kvalitet i barnevernet gjennom endringar i barnevernlova, kunnskaps- og kompetanseutvikling og god samhandling mellom forvaltningsnivåa og med andre tenester
- byggje ut kapasiteten og betre kvaliteten i helsestasjons- og skulehelsetenesta
- vurdere moglegheita for å harmonisere delar av regelverket som regulerer tenester til barn og unge
- vurdere om det er mogleg å utvikle felles nasjonale mål på tvers av sektorar og tenestetilbod til barn og unge
- utfordre partane i arbeidslivet til å ta større ansvar for folkehelsearbeid på arbeidsplassen
- understreke kor viktig det er for helsa til befolkninga med gode arbeidsforhold og eit godt helse-, miljø- og tryggleiksarbeid
- vidareutvikle arbeidet for å førebyggje at ungdom fell utanfor utdanning og arbeidsliv
- føre ein politikk som legg til rette for at eldre arbeidstakarar kan stå lenger i arbeid, aktiv deltaking på alle område i samfunnet og eit tenestetilbod som fremjar medverknad og deltaking

Kapittel



Figur 5.1

5 Meir førebygging i helse- og omsorgstenesta

Regjeringa vil vidareutvikle ei helse- og omsorgsteneste i tråd med måla i samhandlingsreformen og nye utfordringar knytte til livsstilssjukdomar, eit aukande tal eldre, fleire som lever med kroniske lidingar og utfordringar knytte til psykisk helse og rusproblem. Det inneber at førebyggjande tenester vil få ei tydelegare rolle i helse- og omsorgstenesta. Helsestasjons- og skulehelsetenesta skal vidareutviklast og styrkjast. Det er nødvendig å styrkje helse- og omsorgstenesta sitt arbeid med livsstilsending, læring og meistring, styrkje arbeidet med kvalitet og pasienttryggleik, vurdere bruken av screening og styrkje helse- og omsorgstenesta si rettleiarrolle overfor andre sektorar for å støtte det tverrsektorielle folkehelsearbeidet.

Helse- og omsorgstenesta si rolle i det førebyggjande arbeidet står sentralt i samhandlingsreformen. Målet er at innsatsen skal setjast inn tidlegare, anten i form av førebyggjande tiltak eller tidleg behandling. Helse- og omsorgstenesta sitt ansvar for førebyggjande arbeid er understreka i helse- og omsorgstenestelova, spesialisthelsetenestelova og folkehelselova. Tenesta har i hovudsaka tre rollar i det førebyggjande arbeidet:

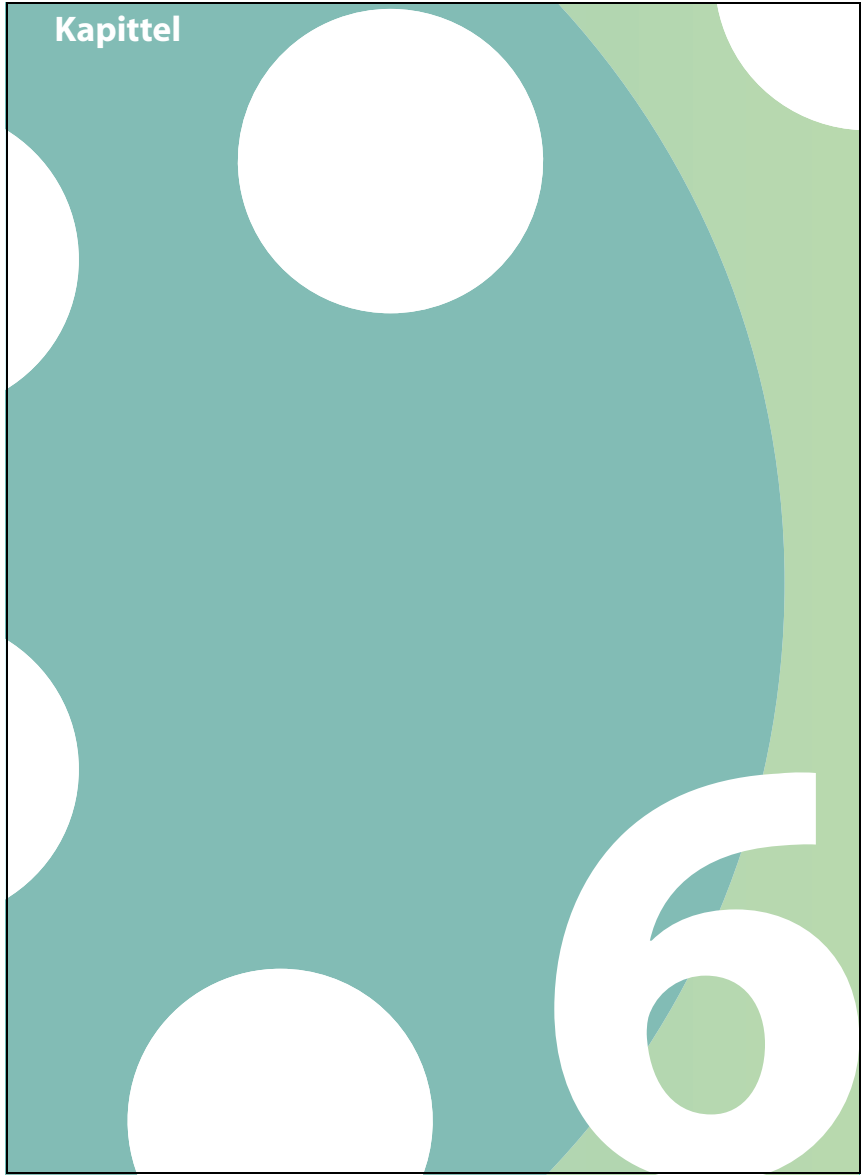
- førebygging som ein integrert del av helse- og omsorgstilbodet
- helsekontrollar, helseopplysning og livsstilsending, opplysning, råd og rettleiing for å førebyggje sosiale problem
- støtte til det tverrsektorielle arbeidet gjennom oversikt og kunnskap om helseutfordringar, årsakssamanhengar og tiltak

Spesialisthelsetenesta har i tillegg eit ansvar for å utvikle kunnskap og kompetanse i samarbeid med kommunar og andre samarbeidspartnarar.

Boks 5.1 Meir førebygging i helse- og omsorgstenesta

Regjeringa vil:

- vidareutvikle helse- og omsorgstenesta i kommunane til ei meir tverrfagleg og integrert teneste i tråd med intensjonane i samhandlingsreformen
- vidareutvikle og styrkje helsestasjons- og skulehelsetenesta
- framleis satse på frisklivstilbod og lærings- og meistringstilbod i kommunane
- opprette fleire lågterskeltiltak for gravide, mødrer og foreldre som slit med rusavhengigheit og psykiske lidingar
- vurdere tydelegare krav til kvalitetssikring og evaluering av nasjonale screeningprogram
- sørge for at helseføretaka er merksame på det førebyggjande arbeidet i spesialisthelsetenesta
- samarbeide med KS og kommunesektoren om korleis det førebyggjande arbeidet kan styrkjast i den kommunale helse- og omsorgstenesta
- utarbeide ein handlingsplan for å førebyggje sjølv-mord og sjølv-skading



Figur 6.1

6 Kunnskapsbasert folkehelsearbeid

Eit berekraftig folkehelsearbeid må byggje på eit vitskapeleg fundament. Regjeringa har som mål å gjere folkehelsearbeidet meir kunnskapsbasert. Ei sterkare fagleg forankring av folkehelsearbeidet skal bidra til betre resultat og meir effektiv ressursbruk.

Det er eit mål å få betre oversikt over helse og påverknadsfaktorar. Kunnskapen om effektive folkehelseiltak skal mellom anna styrkjast gjennom forskingsbaserte evalueringar. Vidare vil regjeringa styrkje folkehelseperspektivet i aktuelle utdanningar, bidra til å byggje opp kompetansen på folkehelse i kommunar og fylkeskommunar og utvikle betre verktøy for å ta vare på folkehelsa på tvers av sektorar.

Etableringa av folkehelseprofilane til kommunar og fylkeskommunar i 2012 var eit stort skritt for å styrkje kunnskapsgrunnlaget for det kommunale og fylkeskommunale folkehelsearbeidet. Dette skal utviklast vidare. Det er framleis eit stort potensial for å utnytte eksisterande data gjennom betre samordning og formidling.

Boks 6.1 Kunnskapsbasert folkehelsearbeid

Regjeringa vil:

- vidareutvikle helseregistera i tråd med Strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregister og medisinske kvalitetsregister
- vurdere å gi støtte til ei ny befolkningsundersøking i Nord-Trøndelag, Hunt 4
- utvikle eit nasjonalt sjukdomsbyrdeprosjekt ved Nasjonalt folkehelseinstitutt
- overføre enkelte oppgåver for helseovervaking innan ernæring og fysisk aktivitet frå Helsedirektoratet til Nasjonalt folkehelseinstitutt
- gjennomgå regelverket for tilgang til opplysningar for å sikre at Nasjonalt folkehelseinstitutt kan utforme anonyme kvalitets-sikra folkehelseprofilar for eksempel på bydelsnivå
- utvikle eit kompetansemiljø ved Nasjonalt folkehelseinstitutt for å evaluere tiltak med utgangspunkt i helseregistera og andre folkehelseanalysar
- leggje til rette for at folkehelse skal få ein større plass i arbeidet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta
- i samarbeid med kommunesektoren vurdere tiltak for å byggje opp kompetanse på folkehelse i kommunane
- gi Helsedirektoratet i oppdrag å utvikle verktøy og rettleiing til folkehelsevurderingar
- vurdere korleis det kan leggjast til rette for samfunnsøkonomiske evalueringar av folkehelsetiltak
- hjelpe kommunane med rettleiing i å utvikle lokale data



Figur 7.1

7 Sterkare verkemiddel i folkehelsepolitikken

Gjennom eit betre juridisk rammeverk med folkehelselova og betre bruk av dei økonomiske verkemidla vil vi bidra til eit meir målretta, systematisk og langsiktig arbeid med å fremje helsa til befolkninga. Dei nye folkehelseutfordringane tilseier at vi mobiliserer eit breiare sett av ressursane i samfunnet. Vi skal byggje vidare på moglegheitene som ligg i dei ulike sektorane, mellom anna skulen og arbeidslivet, for å fremje folkehelse.

Regjeringa vil invitere frivillig sektor, organisasjonane i arbeidslivet, næringslivet og andre delar av det sivile samfunnet til å engasjere seg og ta større ansvar.

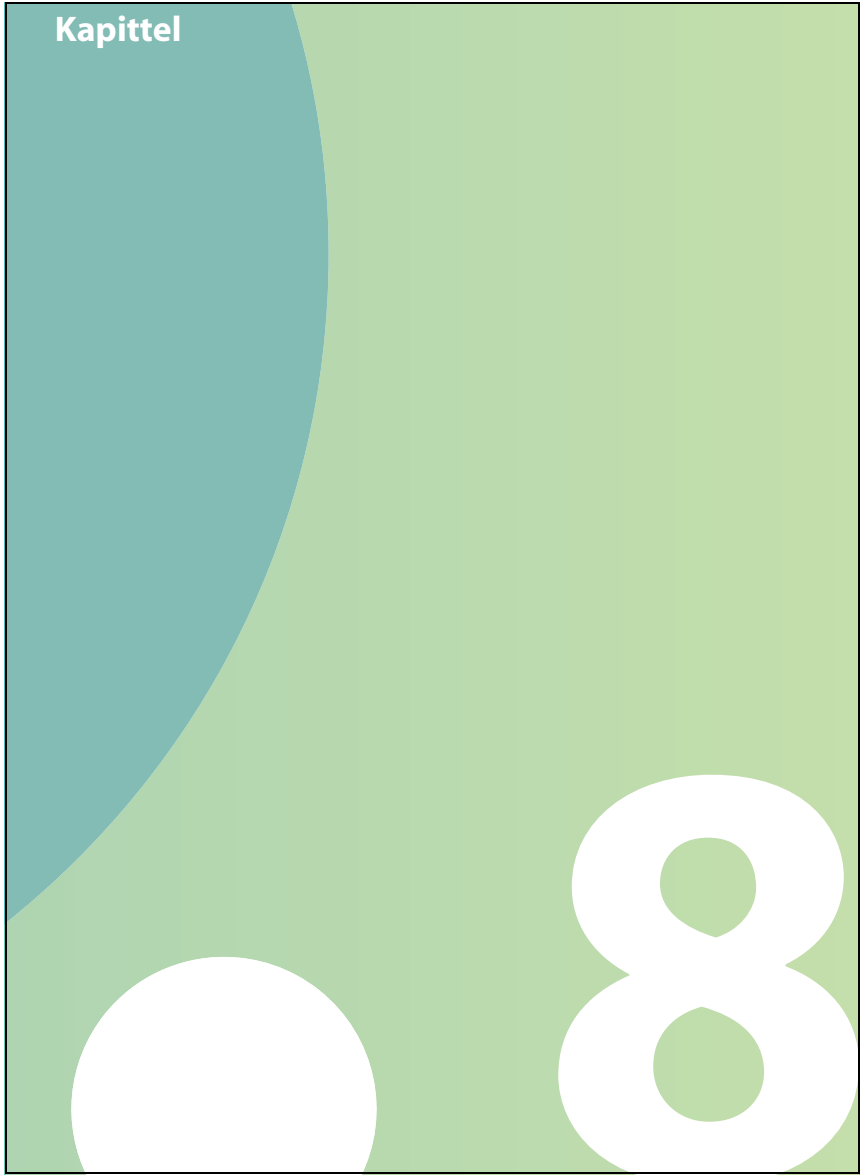
Det er ikkje berre nasjonale forhold som verkar inn på helsa i den norske befolkninga. Vi lever i ei stadig meir globalisert verd, som i økende grad verkar inn på utviklinga i det norske samfunnet. Regjeringa vil derfor leggje større vekt på det internasjonale samarbeidet som verkemiddel i folkehelsepolitikken, mellom anna gjennom arbeid i FN-systemet, Verdas helseorganisasjon og internasjonalt kunnskaps- og forskningssamarbeid.

Boks 7.1 Sterkare verkemiddel i folkehelsepolitikken

Regjeringa vil:

- bidra til at folkehelselova blir gjennomført i kommunar, fylkeskommunar og på nasjonalt nivå
- gjennom råd, rettleiing og statlege forventningar til kommunesektoren sikre at helseomsyn blir sikra i planlegging etter plan- og bygningslova
- leggje til rette for meir systematisk bruk av folkehelseøkonomiske vurderingar
- utvikle samarbeidet med frivillige organisasjonar om å setje deltaking, medverknad og sosial inkludering på dagsorden i det lokale folkehelsearbeidet
- vidareføre satsinga på friluftaktivitetar og friluftstiltak i regi av organisasjonane
- samarbeide med kommunesektoren om å styrkje frivillige organisasjonar som aktørar i det lokale folkehelsearbeidet
- ta initiativ til dialog og gjensidig forpliktande samarbeid med arbeidslivsorganisasjonane om folkehelsearbeid på arbeidsplassen
- vurdere moglegheita for å sikre helseomsyn på ein betre måte i innkjøpsprosessar der dette er relevant
- i dialog med næringslivet vurdere korleis globale og nasjonale folkehelseutfordringar kan handterast
- fremje forslag om å forby industriframstilt transfeitt etter mønster frå Danmark
- styrkje det internasjonale samarbeidet på folkehelseområdet og arbeide for retten til å gjennomføre nasjonale tiltak for å styrkje folkehelsa innanfor rammene av det internasjonale avtaleverket for handel

Kapittel



Figur 8.1

8 Nasjonalt system for å følgje opp folkehelsepolitikken

Dersom vi skal lukkast med folkehelsearbeidet, må vi ha eit langsiktig perspektiv og vedvarande politisk og administrativ merksemd. Det kan vere krevjande å prioritere førebyggjande arbeid i konkurranse med andre samfunnsoppgåver. Forventningar og krav til tenestetilbodet, media og profesjonsinteresser trekk merksemda og ressursane i retning av spesialisthelsetenesta. I tillegg skapar den tverrsektorielle karakteren til folkehelsearbeidet ekstra utfordringar når det gjeld å samordne politikken.

Regjeringa legg i denne stortingsmeldinga nokre rammer for ei langsiktig oppfølging av folkehelsearbeidet som skal bidra til større politisk merksemd og betre nasjonal samordning. Eit sentralt tiltak er ei folkehelsepolitisk melding til Stortinget kvart fjerde år. Ei slik stortingsmelding må òg gjere greie for utfordringane i den samiske befolkninga. I tillegg skal ein styrkje arbeidet med å samle styrings-signala for folkehelsepolitikken på nasjonalt nivå. Samarbeidet med kommunesektoren, universitets- og høgskulesektoren og næringslivet skal styrkjast, og det skal vere kontaktmøte med frivillig sektor og andre aktuelle.

Folkehelsepolitikken må vere i kontinuerleg utvikling. Det krev at ein har robuste og føreseielege styringsprosessar og jamleg politisk drøfting av utfordringane.

Folkehelselova er bygd opp slik at ho pålegg både statlege og kommunale styresmakter å sørge for systematisk og langsiktig folkehelsearbeid. Under høyringa av folkehelselova var det stor tilslutning til at lova skal gjelde for alle forvaltningsnivå og sektorar. Mange høyringsinstansar peikte på at statlege styresmakter òg måtte forpliktast til å fremje folkehelse etter prinsippet om *helse i alt vi gjer* på same måte som kommunar og fylkeskommunar. Lova omfattar no òg statlege styresmakter. Då Stortinget handsama folkehelselova, jf. Innst. 423 L (2010–2011), uttalte ein samla helse- og omsorgskomité dette:

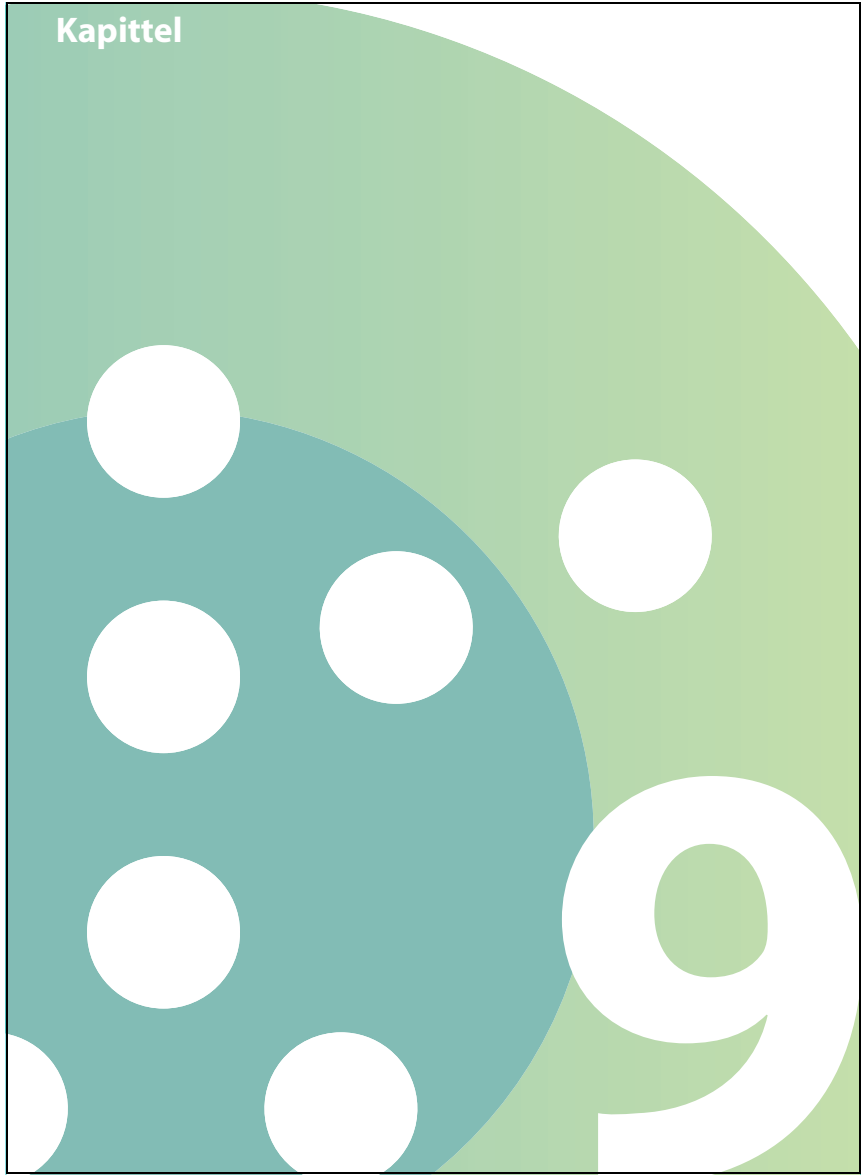
«Komiteen vil vidare understreke at den forutsetter at regjeringa velger en tilsvarende arbeidsform som den som nå blir pålagt kommunene».

Lova stiller krav til eit systematisk og langsiktig folkehelsearbeid. Stortinget bør av tilsvarende grunnar ta stilling til heilskapen i det nasjonale folkehelsearbeidet og ikkje berre ved handsaming av enkeltsaker. Det har ikkje vore nokon fast rutine at Stortinget samla vurderer det nasjonale folkehelsearbeidet. Det er ofte enkeltsaker innan tobakk, smittevern og ernæring som pregar politikken, utan at dette har inngått som del av ein større heilskapleg politikk for å fremje helse i befolkninga. Denne regjeringa har gripe fatt i dette. Først ved St.meld. nr. 20 (2006–2007) om sosiale helseforskjellar som i større grad lyfta folkehelsepolitikken fram som ei tverrsektoriell oppgåve.

Boks 8.1 Nasjonalt system for å følgje opp folkehelsepolitikken

Regjeringa vil:

- vidareutvikle resultatmål og indikatorar for å følgje opp måla for folkehelsepolitikken
- leggje fram ei folkehelsepolitisk melding for Stortinget kvart fjerde år
- vurdere å etablere eit folkehelsepolitisk råd
- setje folkehelsearbeidet på dagsorden i konsultasjonsordninga og avtalar med kommunesektoren
- stimulere til etablering av folkehelsenettverk i kommunane i samarbeid med KS
- etablere eit meir systematisk samarbeid om folkehelsearbeidet på tvers av departement og direktorat
- sikre at helsemessige konsekvensar blir greia ut der dette er relevant



Figur 9.1

9 Økonomiske og administrative konsekvensar

Det viktigaste grepet for å nå folkehelsemåla er å leggje til rette for politikkkutvikling på tvers av sektorar. Ei effektiv oppfølging av folkehelselova i kommunane vil likevel krevje at folkehelsearbeidet blir styrkt. Når det gjeld andre endringar ein ønskjer gjennomført på lengre sikt, og som har bevillingsmessige konsekvensar, blir det teke atterhald om at gjennomføring er avhengig av det økonomiske handlingsrommet. Regjeringa vil komme tilbake til eventuelle forslag i dei ordinære budsjettframlegga for Stortinget. Det er òg behov for å vidareutvikle folkehelsearbeidet på nasjonalt nivå. På enkelte område kan det òg vere behov for å omdisponere ressursar.

Det er nødvendig i større grad å dreie innsatsen frå behandling til førebygging. Ifølgje OECD bruker Noreg ein vesentleg mindre del av helsebudsjettet til førebyggjande tiltak og folkehelsearbeid enn mange andre land. I samhandlingsreformen har ein føresett at det skal skje ei dreining av ressursane i retning av førebyggjande arbeid og tidleg oppfølging og behandling i helse- og omsorgstenesta i kommunane. Innføring av kommunal medfinansiering og betaling for utskrivingsklare pasientar skal bidra til at meir av pasientbehandlinga skjer i kommunane, og til at kommunane får insentiv til å satse på førebygging og tidleg intervensjon. Kommunane har i tillegg fått tilført midlar gjennom rammetilskotet for å byggje opp nødvendig kompetanse. Finansieringsystemet gir likevel få insentiv til å prioritere førebyggjande arbeid. Ein skal vurdere korleis økonomiske verkemiddel kan takast i bruk meir effektivt for å få til ei langsiktig styrking av folkehelsearbeidet.

Regjeringa vil i budsjetta framover vurdere om det er mogleg å endre dei helserelevante særavgiftene på ein måte som bidreg til betre folkehelse. Det er lang tradisjon for å bruke avgiftsverkemiddel i folkehelsearbeidet, spesielt for alkohol og tobakk. I tillegg er dette verket middelet dei seinare åra blitt teke i bruk for å stimulere til eit sunnare kosthald gjennom endringar i særavgifta for alkoholfrie drikkevarer.

10 Vidare lesing

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

Andre nyttige lenker er:

<http://www.helsedirektoratet.no>

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

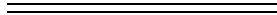
<http://www.sirus.no/>

<http://www.mattilsynet.no>

<http://www.nrpa.no>

http://www.who.int/social_determinants/en/

http://ec.europa.eu/health/index_en.htm



Utgitt av:
Helse- og omsorgsdepartementet

Publikasjonen er også tilgjengelig på
www.regjeringa.no

Forsidebilde: Melkeveien Designkontor

Trykk: 07 Aurskog AS 08/2013

