NORGES OFFENTLIGE UTREDNINGER

NOU 1998: 18

Det er bruk for alle

Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene

Utredning fra et utvalg oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet 16. juli 1997

Avgitt til Sosial- og helsedepartementet 17. november 1998

STATENS FORVALTNINGSTJENESTE
STATENS TRYKKNING

OSLO 1998

Til Sosial- og helsedepartementet

Utvalg til å utrede styrking av folkehelsearbeidet i kommunene ble oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet i brev av 16. juli 1997.
Utvalget legger med dette fram sin innstilling. Utvalgets innstilling er enstemming på de fleste punkter. Der det er uenighet, vises det til særuttalelser.

Oslo, 17. november 1998

Arnfinn Ellingsen leder
Liv Arum
Greta Billing
Anne Marie Borgersen
Hans Ånstad
Siri P. Hole
Jan Berg

KAPITTEL 1

Sammendrag

Utvalgets sluttutredning er bygget opp i to deler. Den første delen (kapitlene 2, 3, 4, 5 og 6) utgjør det utvalget har kalt «folkehelseplattformen». Den andre og siste delen (kapitlene 7, 8, 9, 10 og 11) har fått benevnelsen «Problemer og utfordringer - muligheter, strategier og tiltak». Som trykte vedlegg følger delrapporter om svangerskaps- og fødselsomsorgen, om empowermentstrategien, om folkehelsearbeidet i Japan og om samfunnsmedisinen i Norge.

Kapittel 2 Innledning og bakgrunn

Dette kapitlet omhandler bakgrunnen for at utvalget ble oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet i brev av 16. juli 1997.

I foredraget til mandat for og oppnevning av utvalget uttalte Sosial- og helsedepartementet bl.a. at det generelle folkehelsearbeidet er grundig drøftet i NOU 1991: Flere gode leveår for alle og St. meld. nr. 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid, jf Innst. S. nr. 118 (1993-94) der det ble pekt ut fire hovedinnsatsområder for det helsefremmende og forebyggende arbeidet:

– psykososiale problemer
– belastningslidelser
– ulykker og skader
– astma, allergi og inneklimasykdommer

I oppfølgingen av Stortingets behandling av meldingen er det utarbeidet handlingsplaner for forebygging av belastningslidelser, ulykker og skader og astma, allergi og inneklimasykdommer. Et aksjonsprogram, Barn og helse, er rettet mot barn og unge og omfatter alle fire innsatsområdene. Erfaringene med dette arbeidet viser at det er i kommunene arbeidet på forebyggingsområdene må forankres, men samtidig er det mye som peker i retning av at kommunene ikke prioriterer forebyggende og helsefremmende arbeid. Hensikten med utredningen må derfor være å få fram forslag til et faglig ståsted og på dette grunnlaget fremme forslag til virkemidler for at kommunene skal satse på folkehelsearbeidet.

I foredraget er videre nevnt Stortingets vedtak om utredning av psykososiale forhold rundt svangerskaps- og fødselsomsorgen, og at departementet har besluttet at denne delutredningen skal være en del av folkehelseutredningen.

Et annet viktig punkt i foredraget er omtalen av samfunnsmedisinen som legers bidrag i folkehelsearbeidet, og det er spesielt pekt på at St. meld. nr. 23 (1996-97) Trygghet og ansvarlighet - Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen bebuder en gjennomgang av også samfunnsmedisinen og forholdet til fastlegeordningen. I denne sammenheng bestemte departementet at utvalget skulle legge fram en delutredning med frist 1. januar 1998 om samfunnsmedisinen og fastlegeordningen, og fristen for å legge fram en avsluttende utredning om de sider ved folkehelsearbeidet som gjenstår etter Delutredning I ble fastsatt til 1. juni 1998. Denne fristen ble senere utsatt til 17. november 1998.

Utvalgets Delutredning I ble avgitt 23.01.98 og har vært på en omfattende høring. Utvalget anser seg med dette i hovedsak ferdig med å utrede innpassing av samfunnsmedisinske og andre offentlige legeoppgaver i en fastlegeordning.

I dette kapitlet omtales innholdet i St. meld. nr. 37 nærmere, sammen med en rekke andre stortingsdokumenter, bl.a. St. prp. nr. 61 (1997-98) Om nasjonal kreftplan og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus, St. prp. nr. 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006, St.meld. nr. 50 (1996-97) Han-

dlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet - respekt - kvalitet og St. meld. nr. 8 (1998-99) Om handlingsplan for funksjonshemma. Deltaking og likestilling.

Arbeidet med en stortingsmelding om rehabilitering, en stortingsmelding om utjevning av levekår, handlingsplan for samisk helse- og sosialtjeneste, oppfølgingen av NOU 1996:10 Effektiv matsikkerhet og en utredning om kvinnehelse omtales også. Disse temaene blir ikke tatt opp mer detaljert i utvalgets sluttutredning.

I tillegg omtales viktig kommunalpolitisk meldings- og utredningarbeid som f.eks. kommunal- og regionalministerens redegjørelse om lokaldemokratiet som hun holdt i Stortinget den 19. mars 1998 og St.meld. nr. 29 (1996-97) Regional planlegging og arealpolitikk.

Det foreligger ellers en lang rekke annet viktig meldings- og utredningsarbeid med relevans for folkehelsearbeidet som omtales. Dette er bl.a. St. meld. nr. 17 (1996-97) Om innvandring og det flerkulturelle Norge, St. meld. nr. 31 (1996-97) Om distrikts- og regionalpolitikken, og St. meld. nr. 27 (1996-97) Om statens forhold til frivillige organisasjoner og St. meld. nr. 44 (1997-98) Tilleggsmelding til denne.

Mandatet er utformet med disse hovedpunktene:

- Legge fram forslag til definisjon av begrepet folkehelsearbeid.
- Foreta en analyse av status for folkehelsearbeidet i dag, herunder miljørettet helsevern og smittevern.
- Beskrive, vurdere og legge fram forslag til organisering av folkehelsearbeidet og bruk av virkemidler i kommunene.
- Vurdere og legge fram forslag til hva statens og fylkeskommunenes rolle bør være i forhold til folkehelsearbeidet i kommunene.
- De psykososiale forholdene ved svangerskaps- og fødselsomsorgen.

Etter å ha fortolket mandatet og avgrenset utredningen, formulerer utvalget i slutten av dette kapitlet sin definisjon av begrepet folkehelsearbeid:

Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen. I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon.

Kapittel 3 Lovgrunnlag og definisjoner

I innledningen til dette kapitlet skisserer utvalget rammen rundt folkehelsearbeidet i kommunene. Utvalget understreker viktigheten av at folkehelsearbeidet må forankres lokalt, i lokalsamfunnet der folk bor og virker. Folkehelsearbeidet er først og fremst en politikerjobb. Folkehelsearbeid er ikke primært en sak for helsesektoren. Skal vi lykkes, krever det samspill mellom mange aktører, borgerne selv, offentlige sektorer, frivillige organisasjoner. Med felles innsats og pågangsmot går det an å gjøre det som synes umulig, mulig.

Kapitlet inneholder en kortfattet omtale av de viktigste lovbestemmelsene som utredningen bygger på. Dette er sentrale bestemmelser i kommunehelsetjenesteloven, smittevernloven, utkast til ny lov om spesialisthelsetjenester, utkast til lov om helsemessig og sosial beredskap, lov om vern mot tobakksskader, næringsmiddellovgivningen, sosialtjenesteloven, alkoholloven, barnevernloven, foruten enkelte andre lover som kommuneloven, lov om forsøk i offentlig forvaltning og plan- og bygningsloven som har fått bred omtale.

Utvalget konstaterer at lov- og forskriftsverk er et godt grunnlag for å kunne ivareta sykdomsforebyggende arbeid. Når det derimot gjelder helsefremmende arbeid finner utvalget at lovgrunnlaget er mindre treffsikkert og fleksibelt. Dette kommer utvalget tilbake til i kapittel 10.

Kapitlet inneholder også en oversikt over det faglige grunnlaget i tidligere utredninger og stortingsdokumenter, der særlig St. meld. nr. 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid står sentralt.

Kapitlet omtaler sentrale fag- og interessemiljøer som har viktige oppgaver i folkehelsearbeidet som forebyggingsinstitusjonene og statlige rådsorganer.

I kapitlet gis det enkelte viktige definisjoner av begreper som brukes senere i utredningen: samfunnsmedisinsk arbeid, miljørettet helsevern, smittevern og folkehelsearbeid.

Kapittel 4 Status for forebyggende arbeid i Norge

Her gis en beskrivelse av situasjonen innen hovedinnsatsområdene som Stortinget vedtok ved behandlingen av St. meld. nr. 37, Forebyggingsmeldingen:

– skader ved ulykker
– psykososiale problemer
– belastningslidelser
– astma, allergi og inneklimasykdommer

Etter en oversikt over dokumenterte årsaker til viktige folkesykdommer, både de vi dør av, og de vi lever med, fokuserer utvalget på «livsstilsykdommene» hjerte- og karsykdommer, overvekt og type-2 diabetes, kreft, kroniske lungesykdommer og beinskjørhet.

Å forebygge livsstilssykdommene vil i all hovedsak bety innsats på tre områder:

– kostholdet
– begrensning av tobakksepidemien
– mosjon

Utvalget omtaler alle disse tre områdene:

Omlegging til et kosthold med mye frukt og grønnsaker kan forebygge kanskje så mange som en femtedel av krefttilfellene. Ernæringsarbeidet omfatter ulike individrettede, befolkningsrettede og miljørettede aktiviteter. Eksempler som er beskrevet er arbeidet for skolemåltidet, forebygge underernæring hos eldre, senke saltinnhold i kosten.

Tobakkskadene tar 7 500 liv årlig. Nedgangen i dagligrøykere blant unge har stagnert de siste årene og er nå stanset opp på ca. 20 prosent i aldersgruppen 16 - 19 år. Antall dagligrøykere blant voksne ligger nå på ca. 33 prosent. Dette er urovekkende tall, og det tobakksforebyggende arbeidet er kanskje det mest sentrale i strategiene for å begrense livsstilsykdommene.

Økt fysisk aktivitet nedsetter risikoen for livsstilsykdommene som er nevnt ovenfor, i tillegg også belastningslidelser og mentale lidelser som angst og depresjon. Utvalget peker på at flere departementer har ansvar for virkemidler knyttet til fysisk aktivitet i et folkehelseperspektiv. Regjeringen har nylig besluttet å etablere et statlig råd for fysisk aktivitet.

Aksjonsprogrammet barn og helse har som målsetting å stimulere til organisasjonsutvikling på kommunalt plan for å utvikle gode oppvekstvilkår for barn og unge (0 - 18 år). Denne formuleringen henspeiler på at barns og unges behov og perspektiv må bli ivaretatt i utforming av planer og tiltak i kommunene, og dette arbeidet må forankres i den politiske og administrative ledelsen i kommunene. Innsatsområdene i forebyggende arbeid som Stortinget har fastsatt inngår i programmet, i tillegg også arbeidet med å fremme gode kostvaner, arbeid for røykfrie barn og unge og fysisk aktivitet.

Helsestasjonene og skolehelsetjenesten er sentrale i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid for barn og unge. I perioden 1987-1996 har helsestasjons- og skolehelsetjenesten hatt en vekst på omlag 50 prosent målt i antall årsverk.

Helsestasjonsvirksomheten har som mål å nå alle sped- og småbarn og deres familier. I årene 1986 til 1991 var det på landsbasis årlige vekstrater på 5,5 prosent i antall årsverk i helsestasjonsvirksomheten, mens skolehelsetjenesten hadde en årlig vekst på 1 prosent i dette tidsrommet. Disse tallene må ses i sammenheng med at fødselstallet i samme tidsrom økte med ca. 19 prosent.

Utvalget viser til en undersøkelse fra HEMIL-senteret som tar sikte på å gi et bilde av forebyggende arbeid blant barn og unge.

Siden 1988 har etablering av helsestasjon for ungdom vært ett av innsatsområdene i handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort.

I dette kapitlet omtaler utvalget også følgende temaer:

– Samfunnsmedisinsk virksomhet i kommunene. I denne sammenheng vises det til Betty Pettersens undersøkelse om samfunnsmedisin i landets kommuner, trykket som Vedlegg 4 til utredningen.
– Årsverk i kommunehelsetjenesten utført av leger, fysioterapeuter, helsesøstre, jordmødre, psykologer.

Utvalget konstaterer at rekrutteringen av samfunnsmedisinere er meget bekymringsfull. Dette gjelder også for flere andre yrkesgrupper i kommunehelsetjenesten, noe som klart influerer på mulighetene for godt folkehelsearbeid i kommunene.

Utvalget er spesielt bedt om å vurdere de psykososiale forhold ved svangerskaps- og fødselsomsorgen. Det vises til omtalen av dette i foredraget til mandatet i *"Innledning og bakgrunn"* i kapittel 2. Utvalget tar derfor opp spørsmål knyttet til svangerskapsomsorgen i dette kapitlet. Svangerskapsomsorgen og det forebyggende helsearbeidet i barnealderen er en av de eldste forebyggende helsetjenester vi har. Ved innføring av kommunehelsetjenesteloven i 1982, omfatter forskrift om helsestasjonsvirksomhet også svangerskapsomsorgen. Personell i svangerskapsomsorgen er lege, gynekolog, jordmor og helsesøster. Kvinnen kan i prinsippet velge hvilken yrkesgruppe hun ønsker å benytte ved svangerskapskontroller. Fram til 1995 har kommunene kunnet velge om de ville gi befolkningen et tilbud om svangerskapskontroll- og omsorg ved jordmor i tilknytning til helsestasjon. Fra 1995 ble jordmortjenesten en obligatorisk deltjeneste i kommunehelsetjenesten. Utvalget gir i dette kapitlet en statusoversikt over svangerskapsomsorgen og gjengir siste tilgjengelige statistikk per 31.12.97 fra Styrings- og informasjonssystemet for helse- og sosialtjenesten i kommunene. Videre gjengis tall fra en undersøkelse foretatt av Den Norske Jordmorforening våren 1997. Det vises også til en undersøkelse foretatt av SSB i samarbeid med Folkehelsa om småbarnfamiliers møte med helsetjenesten. Undersøkelsen viste at det er stor grad av tilfredshet med svangerskapskontrollene, men de som brukte allmennlege var klart mindre fornøyde, spesielt de som ikke brukte en fast lege.

Utvalget mener at tatt i betraktning at obligatorisk jordmortjeneste først ble innført fra 1.januar 1995, og at det er mangel på jordmødre, må situasjonen betraktes som tilfredsstillende.

Miljørelaterte sykdommer omtales, og i denne sammenheng drøftes en rekke sentrale spørsmål:

– miljøfaktorer som årsak til arvelig sykdom,
– miljøforurensning og sammenheng med økt forekomst av luftveissykdommer og allergier,
– miljøgifter og mulig skade på forplantningsevnen,
– luftforurensning og mulig økt risiko for hjerte-karsykdommer,

– sykdommer og skader i nervesystemet som følge av miljøgifter,
– infeksjoner som smitter gjennom vann og mat.

Fylkeslegenes medisinalmeldinger tyder på at miljørettet helsevern blir for dårlig ivaretatt i kommunene.

Arbeidet med å bedre drikkevann og vannforsyning er ikke fullført, og utvalget viser til at Program for vannforsyning som startet i 1995 har bidratt til at ca. 360 000 personer har fått tilfredsstillende vannforsyning, mens ca. 1 mill fremdeles venter på utbedring av vannverket.

Næringsmiddeltilsynet gis en bred omtale, og utvalget fokuserer spesielt på mulighetene som ligger i en samordning av kommunenes arbeid innenfor miljørettet helsevern og det kommunale næringsmiddeltilsynet.

Utvalget oppsummerer det viktige underkapitlet om miljø og sykdom med at det er vanskelig å anslå de helsemessige skadene av miljøgifter, men at det likevel er viktig å holde på et «føre var«-prinsipp i denne sammenheng.

Innledningsvis i underkapitlet om smittevern konstaterer utvalget at smittsomme sykdommer i Norge i hovedsak må sies å være under kontroll, men mange faktorer taler for at dette kan bli et problem også her i landet i årene som kommer.

Antibiotikaresistens er et økende problem, og Sosial- og helsedepartementet tok i 1997 initiativ til utvikling av en handlingsplan mot antibiotikaresistens.

Rusmiddelforebyggende arbeid er en sentral oppgave i folkehelsearbeidet, og utvalget viser til St. meld. nr. 16 (1996-97) Narkotikapolitikken, og St. prp. nr. 58 (1997-98) Handlingsplan for redusert bruk av rusmiddel 1998-2000.

Kapittel 5 Mangfold i folkehelsearbeidet i kommuner og fylkeskommune

Utvalget har henvendt seg til ca. 70 kommuner for å få en oversikt over aktiviteten på dette området. 25 kommuner besvarte henvendelsen, og utvalget fikk inn en rekke eksempler på godt og mangfoldig arbeid. Noen er omtalt mer utførlig for å beskrive ulike måter å drive folkehelsearbeid på.

Utvalget henvendte seg også til landets fylkeskommuner, og 13 besvarte henvendelsen. Materialet viser at det også i fylkeskommunene er i gang en imponerende aktivitet innenfor folkehelsearbeidet, og utvalget har valgt ut eksempler fra samtlige fylkeskommuner for å vise bredden i folkehelsearbeidet på dette nivået.

Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver (SOHO) har satt i gang forsøksprogrammet «Hvordan utvikle samarbeid om helsefremmende oppgaver?» Dette er et tiltak som omfatter 4 modellfylker som tar sikte på å utvikle kunnskap om hvordan en kan forbedre samarbeidet mellom offentlig og frivillig sektor på fylkesnivå. Programmet blir følgeevaluert, og denne evalueringen omtales nærmere i dette kapitlet.

Sosial- og helsedepartementet, Kulturdepartementet, Norsk kulturråd og Rikskonsertene startet i 1995/1996 et samarbeid om en nasjonal forsøksvirksomhet om kultur og helse, og det er også i gang en rekke andre forsøk knyttet til kultur og helse. Utgangspunktet for denne omfattende forsøksvirksomheten er et ønske om å finne nye måter og verktøy som kan styrke folkehelsearbeidet.

Lokal Agenda 21 er ett av flere sluttdokumenter fra FN-konferansen om miljø og utvikling i Rio i 1992. Dette arbeidet stiller kommunesektoren overfor nye utfordringer, og utvalget viser til at det er inngått en samarbeidsavtale mellom Miljøverndepartementet og Kommunenes Sentralforbund om opprettelse av regionale knutepunkter i fylkene med henblikk bl. a. på å utvikle et tett samarbeid og kobling av ressurser i fylkene og å etablere en regional arena som kan stimulere og være en pådriver og koordinator for arbeidet med LA 21 i kommunene.

Kapittel 6 Folkehelsearbeidet i enkelte andre land

Utvalget har valgt å omtale viktige sider ved folkehelsearbeidet i våre naboland Danmark og Sverige. I tillegg omtales erfaringer fra Japan, fordi dette er det land i verden som har den høyeste middellevetid, og som har satset spesielt på folkehelsearbeid overfor den eldre del av befolkningen.

Danmark

Organiseringen av helsevesenet i Danmark er i store trekk slik: Staten har ansvaret for lovgivning. Amtene har ansvaret for sykehusvesenet og sykesikring herunder allmennpraktikerne som arbeider i et listesystem. Kommunene har ansvaret for hjemmesykepleie, sundhedspleie (svarer til vår helsesøstertjeneste), skolehelsetjeneste og barnetannhelse. Forebyggende arbeid i helsetjenesten er dels lagt til amtene, dels til kommunene. Utvalget peker spesielt på at Folketinget i 1992 besluttet at det for hver valgperiode i amter og kommuner skal utarbeides henholdsvis sundhedsplaner og kommunale redegjørelser. Dette innebærer et styrket samarbeid og bedre dialog mellom forvaltningsnivåene på sundhedsområdet.

Utvalget omtaler ellers en rekke interessante prosjekter i amter og kommuner i Danmark og beskriver i *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8 et spesielt interessant empowermentprosjekt i Samsø kommune i Århus Amt.

Sverige

Utvalget viser til at det i Sverige i dag er i gang en prosess for å få avklart et tydeligere ansvar for folkehelsearbeidet siden det er uklarheter om hva som er landstingenes, kommunenes og forskningens ansvar. Komiteen som er nedsatt for å vurdere hälso och sjukvårdens finansiering och organisering fikk som tilleggsmandat å analysere ansvarsfordelingen mellom stat, landsting og kommuner når det gjelder folkehelsearbeidet. En delutredning om dette kom i 1997. Denne sier at folkehelsearbeidet i dag består av to komponenter: å forebygge sykdom og å fremme helse. Folkehelsearbeidet forutsettes å skulle drives på alle nivåer og innen flertallet av samfunnssektorene. Det tverrsektorielle perspektivet understrekes, og kommunenes betydning poengteres. Utvalget konstaterer at dette er tanker som har klare paralleller til arbeidet med dette i vårt land, jf hovedlinjene i St. meld. nr. 37.

Det vises også til den parlamentarisk sammensatte nasjonale folkehelsekomiteen som i mars 1998 la fram en delutredning om viktige innsatsområder i folkehelsearbeidet i Sverige. Komiteen er forutsatt å legge fram en utredning om nasjonale folkehelsemål i løpet av år 2000.

Som det går fram av *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8 har utvalget festet seg ved prosjektet «Det finns bruk för alla» i Södra Skaraborg län, og det vises til omtalen i dette kapitlet. Som det går fram av denne omtalen har man her etter utvalgets mening et konkret eksempel på en prosess som går rett inn på et hovedområde for helsefremmende arbeid, nemlig å skape forutsetninger for at mennesker føler at det er bruk for dem, en fundamental forutsetning for god helse.

Japan

Som nevnt i innledningen til dette kapitlet har Japan verdens høyeste middellevetid både for menn og kvinner. Dette står i en sterk kontrast til at middellevetiden bare var på vel 50 år for både menn og kvinner i 1947. Utvalget har vært opptatt av årsakene til denne utviklingen, og det er to forhold som antakelig har betydning: Kostholdet og det faktum at Japan regnes for å være et gjennomgående homogent samfunn. Velstandsutviklingen har bidratt til dette. Av befolkningen regner 90 prosent seg som middelklasse.

I 1996 røykte 33,2 prosent av japanere, og fordelingen på menn og kvinner var henholdsvis 55,1 prosent og 13,3 prosent. Forklaringen på de spesielle forholdene i Japan når det gjelder røyking sies av kritikere å være at spørsmål om tobakk sorterer under Finansdepartementet, som i realiteten har hånd om alle ledd i en enorm tobakksindustri.

Når det gjelder mosjon legges det stor vekt på å få folk til å gå. Dette er et ledd i et program med sikte på å gjøre mosjon til en naturlig del av dagliglivet. En viktig del av dette programmet er opplæring av mosjonsplanleggere - og instruktører.

Men heller ikke i Japan er høy levealder et entydig tegn på god folkehelse. Sykdomsbildet har forandret seg, akutte sykdommer er avløst av kroniske lidelser. Utviklingen av livsstilsykdommer har vist et noe annet forløp i Japen enn i Vesten. Magekreft var lenge den dominerende kreftformen, men som man kunne vente det med den utbredte bruken av tobakk, dominerer nå lungekreft.

Her må nevnes at hovedmålgruppen for folkehelsearbeidet i Japan er de eldre.

Det er under forberedelse en ny plan for helsefremmende og sykdomsforebyggende innsats for tiåret som starter i år 2000. Den tar sikte på å kartlegge hvor de kritiske utfordringene ligger, fastsette mål og legge opp tiltak og programmer for å nå disse målene.

Utvalget har som nevnt vært særlig opptatt av forholdene i Japan, og viser til Vedlegg 3, en rapport utarbeidet av Thomas Mauritzen, juli 1998.

Nest sist i dette kapitlet omtaler utvalget folkehelse og folkehelseprogrammer i EU. I Romatraktatens artikkel 129 om folkehelse går det fram at landene skal legge vekt på helseaspektene i utformingen og gjennomføring av felleskapets virksomhet innenfor alle policyområder. Fra 1997/98 deltar Norge som fullverdig medlem i fem folkehelseprogrammer:

1. Handlingsprogram for helsefremmende tiltak, helseopplysning, helseutdanning og helseopplæring.
2. Handlingsplan for forebygging av kreft.
3. Handlingsprogram for forebygging av AIDS og visse andre smittsomme sykdommer.
4. Handlingsprogram for forebygging av narkotikamisbruk.
5. Handlingsprogram for helseovervåking.

EU-kommisjonen har lagt fram forslag om tre nye programmer som nå forberedes:

1. Miljørelaterte sykdommer.
2. Forebygging av skader og ulykker.
3. Sjeldne sykdommer.

Til slutt omtaler utvalget WHO-strategiene for folkehelsearbeid - fra Alma Ata i 1977 til Jakarta i 1997.

Kapittel 7 Tendenser - dilemmaer - utfordringer

Innledningsvis i dette kapitlet omtaler utvalget enkelte aspekter ved begrepet «helse», som har blitt brukt på ulike vis. I helsesektoren har dette vært innsnevret til å bety fravær av sykdom, mens svært mange svarer i spørreundersøkelser at de opplever sin helse som god selv om de har en kronisk sykdom eller en funksjonshemming.

Utvalget går inn på utviklingstendensene for folkesykdommene og sammenlikner folkehelsen i Norge med andre land, jf enkelte opplysninger gjengitt ovenfor i sammendraget av *"Folkehelsearbeidet i enkelte andre land"* i kapittel 6.

I 1990 var dødeligheten høyere i Norge enn i land som Japan, Frankrike og Sverige. Den norske overdødeligheten kan ikke forklares med at de aller eldste hos oss ikke blir fullt så gamle som i disse landene. Sammenliknet med Japan betyr dette at norske menn har 20 prosent høyere dødelighet i alle aldersklasser og tilsvarende 30 prosent høyere dødelighet blant kvinner i alle aldersklasser. Dette betyr at vi ville

hatt 9 600 færre dødsfall per år her i landet, dersom vi når opp til samme nivå som Japan med hensyn til middellevetid.

Utvalget tar i dette kapitlet opp livskvalitet og livsinnhold, trygghet og mestring som en dimensjon i folkehelsebegrepet av like stor betydning som sykdom og dødelighet. Dette omtales mer utførlig i *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8.

Videre drøfter utvalget de vanskelige valgene vi står overfor, og hvilke mål vi skal sette for forebyggende arbeid. Er det alltid et mål å forebygge langtidssykemelding og trygd? Går vi for langt i å kreve av oss selv at kroppen, helsen og funksjonsnivået skal ligge på samme nivå som 30-åringenes opp gjennom alderdommen? Skal trygden dekke kostbar medikamentell forebygging, som f. eks. behandling for høyt blodtrykk, når annet viktig folkehelsearbeid finansieres av trange kommunebudsjetter?

Etiske konflikter er nær knyttet til de valg vi må gjøre, dette er en viktig del av de sider ved folkehelsearbeidet her i landet de siste årene, og utvalget omtaler det forhold at de fleste og de viktigste beslutningene som angår folks helse tas i andre sektorer enn i helsesektoren. Lønner forebygging seg økonomisk?

Ulikheter i helse og levekår er også drøftet i dette kapitlet. Store økonomiske forskjeller innen befolkningen betyr svært mye for folkehelsen i land hvor den materielle standarden har nådd et høyt nivå. Er vi villige til en utjevning?

I et underkapittel omtales grupper som representerer spesielle utfordringer i folkehelsearbeidet. Foruten barn og unge, eldre og den svake minoriteten i 2/3-samfunnet mener utvalget det er hensiktsmessig også å fokusere på grupper blant kvinner, innvandrere, den samiske befolkningen og funksjonshemmede. Men utvalget understreker at svært mange i disse gruppene har meget god helse og selvhjelpsevne.

Det største problemet i dag er en manglende bevissthet i mange sektorer om den helsemessige betydningen av beslutninger og tiltak i sektorer utenom helsesektoren.

Men helsesektoren har også en viktig rolle, den er viktig når det er mistanke om sykdom, og når sykdom begynner å utvikle seg.

Går vi mot et stadig mer markert klasseskille når det gjelder såkalt livsstilsykdom? Bør det offentlige gå sterkere inn når det gjelder røyking, kost og mosjon, eller skal vi overlate dette til de frivillige organisasjonene eller til den enkelte?

Kapittel 8 Livskvalitet - deltakelse - mestring

I *"Tendenser - dilemmaer - utfordringer"* i kapittel 7 stilte utvalget følgende spørsmål: Livskvalitet og mestringsevne: like viktig for folkehelsen som sykdom og død? I dette kapitlet utdypes to selvstendige strategier som i et folkehelseperspektiv kan ha en positiv gjensidig effekt på hverandre:

– Empowermentstrategien
– Lokalsamfunnstrategien

I den første delen av kapitlet går utvalget nærmere inn på begrepet «empowerment» som noen oversetter til «myndiggjøring». Mye av omtalen er basert på en delutredning av Arild Aambø ved Primærmedisinsk verksted i Oslo. Det engelske begrepet er mer omfattende med en tredelt betydning:

– å gi makt eller autoritet til
– å gjøre i stand til
– å tillate

Ottawa-charteret sier at helse skapes der folk bor, arbeider, leker og elsker. Dette betyr at vi må forholde oss til lokalsamfunnene når vi skal arbeide for god folkehelse, fordi det er samspillet mellom individ, gruppe og lokalsamfunn som utgjør den arena hvor empowerment har størst virkning.

Utvalget refererer en rekke beskrivelser av prosjekter med utgangspunkt i empowermentbegrepet, herunder eksempler på amerikanske og pakistanske prosjekter som sikter mot mestring og deltakelse. Eksempler på empowerment som arbeidsmetode i vårt land:

– Grønland/Nedre Tøyen prosjektet 1978 - 82.
– Primærmedisinsk verksted 1994 - 1997.
– Angstringen 1986.
– Nasjonalt Egenkraft Senter - et prosjekt under arbeid i regi av FFO.

Utvalget beskriver også viktige empowermentprosjekter i Danmark og Sverige:

– «Tid til Mere» fra Samsø kommune.
– «Det finns bruk för alla» i Falkøping, Mullsjø, Habo og Tidaholm kommuner.

Utvalget peker på disse viktige momentene når det gjelder empowermenttilnærmingen:

Arbeidet for god folkehelse er etter utvalgets arbeidsdefinisjon samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkhelsen. Som det går fram av drøftingen i *"Tendenser - dilemmaer - utfordringer"* i kapittel 7 mener utvalget at livskvalitet og mestringsevne kan bety like mye for folkehelsen som sykdom og død. I samsvar med Peter F. Hjorts tenkning, jf punkt 7.5.7 i *"Tendenser - dilemmaer - utfordringer"* i kapittel 7, mener utvalget at folkehelsearbeidet har to dimensjoner - en helsefremmende og en sykdomsforebyggende. Disse to dimensjonene kan ikke ses uavhengig av hverandre, og ethvert tiltak i folkehelsearbeidet har begge dimensjoner innebygget, men enkelte tiltak er overveiende helsefremmende, mens andre har overvekt av å være sykdomsforebyggende. Eksempel på det siste er smittevernarbeidet. Empowermentstrategien og lokalsamfunnstrategien er tiltak som klart er i overvekt av å være helsefremmende.

Empowerment betyr at folk blir i stand til å definere sine egne problemer ut fra sin egen situasjon og finne sine egne løsninger i fellesskap med andre. I forhold til denne strategien som er en myndiggjøringsstrategi i sin natur, er det avgjørende at vi forholder oss til lokalsamfunnet fordi dette er arenaen der empowermenttankegangen kan settes ut i livet.

Erfaringene fra Primærmedisinsk verksted har vist at det er viktig ikke å blande seg inn i hvordan folk lever sine liv, vi må ikke gjøre forsøk på å forandre mennesker. Poenget er å mobilisere folks egen styrke, evne til å ta beslutninger og kanskje spesielt viktig, vi må finne fram til hva de er flinke til. Å være med i empowermentprosesser kan ikke baseres på tvang. Deltakerne må få et tilbud om å delta i noe de har lyst til, noe de kan noe om, eller har lyst til å lære. Med andre ord betones frivillig deltakelse sterkt.

En prosess er noe annet enn et prosjekt. En prosess har en begynnelse, men ikke en tidsavgrenset levetid som et prosjekt har. I begrepet «prosess» ligger det som skjer underveis med deltakerne i et tiltak. Empowementprosesser har derfor større sjanser for å kunne bidra til noe varig for den enkelte enn å delta i et tidsavgrenset prosjekt.

De fleste arbeidsmarkedstiltak sikter mot å forberede den arbeidsløse til å kunne gå tilbake til det ordinære arbeidsmarkedet. Disse tiltakene skaper i seg selv ingen nye arbeidsplasser. Å koble empowermentstrategien til virksomhet som tar sikte på å finne nye nisjer på framtidens arbeidsmarked etter mønster av «Det finns bruk för alla» er derfor interessant også her i landet.

«Lokalsamfunn» er et viktig begrep i folkehelsearbeidet. I denne sammenheng vil utvalget peke på følgende:

Det er nødvendig å ta utgangspunkt i en områdebasert tilnærming når en skal styrke folkehelsearbeidet i kommunene. Det er på den måten innbyggerne kan bli aktive deltakere i en empowermentprosess, og i lokalsamfunnet kan en trekke folk med i et konkret samarbeid og innsats for eget miljø.

Den norske kommunale strukturen og organiseringen er et godt utgangspunkt for områderettet innsats og lokalsamfunnsutvikling.

Folk samarbeider gjennom å danne frivillige organisasjoner. Organisasjonsmedlemskap bidrar til å øke kapasiteten for problemløsning, og ved at folk omgås hverandre i ulike sammenhenger (deltakelse i flere organisasjoner) skapes et nettverk av kryssende konflikts- og lojalitetslinjer som virker konfliktdempende.

De fleste norske kommuner består av flere avgrensbare lokalsamfunn. Dette innebærer at det finnes et nivå under kommunen som kan være utgangspunkt for å erstatte sektorutvalg og sektorfunksjoner med områdeutvalg og områdeinstitusjoner. Områdeutvalg kan defineres som utvalg som formelt er knyttet til et avgrenset territorium i kommunen, og som enten er opprettet av kommunen, eller som kommunen samarbeider med. Et områdeutvalg kan oppfattes som et formidlende organ mellom lokalsamfunnet og kommunen.

Selv om få norske kommuner har brukt kommunelovens anledning til å opprette kommunedelsutvalg, har en stor andel kommuner områdeutvalg i en eller annen form. Det finnes allerede i dag lokale utvalg som er viktige samarbeidspartnere for kommunene. Vi starter alstå ikke på et nullpunkt, men ut fra et reservoar av lokale samarbeidspartnere.

Det er ikke så mye «friske» penger som er mangelvare, men mangel på fleksibilitet til å bruke ressurser - penger, personell og andre aktiva - på andre måter enn det tradisjonelle og sektorbestemte. Lokalsamfunnsutvikling krever helhetlig planlegging. I stedet for å knytte sektoroppgaver til kategorier av mennesker, kan sektorene samarbeide om å etablere rammebetingelser for å skape gode lokalsamfunn som favner alle grupper av borgere.

Utvalget foreslår at liknende tiltak som «Det finns bruk för alla» lanseres i Norge, og tiltaket bør følges forskningsmessig.

Til slutt i dette kapitlet peker utvalget på at viktige virkemidler i lokalsamfunnsutvikling kan være:

– Områdebasert helhetspolitikk og administrasjon.
– Frivillige organisasjoner og formelle og uformelle «områdeutvalg» har en viktig rolle.
– Helhets- og ikke sektorforvaltning må til.
– Forskning om lokalsamfunnets betydning for beboerne.

Utvalget kommer i kapittel 10 tilbake til konkrete forslag til videreutvikling av helsefremmende arbeid som etter utvalgets mening har et betydelig og hittil uutnyttet potensiale i folkehelsearbeidet.

Kapittel 9 Frivillig sektor

De frivillige organisasjonene er som nevnt helt sentrale i empowermentstrategier og lokalsamfunnstrategien, jf hovedpunkter i *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8. De har da også i stor grad hatt en spydspissrolle i utviklingen av det norske samfunnet.

Utvalget legger i dette kapitlet stor vekt på å få fram betydningen av frivillighet og medvirkning i folkehelsearbeidet og utdyper på den måten viktige poenger i *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8.

Utvalget utdyper også betydningen av frivillig innsats i lokalsamfunnet og peker i denne sammenheng på bl.a. at de bidrar

– med en betydelig velferdsproduksjon.

– på mange måter med å være limet i lokalsamfunn.
– som en stabiliserende grunnmur og kulturbærer i lokalsamfunn.
– som en viktig pilar i vårt demokrati.
– som en møteplass der den enkelte verdsettes ut fra egne forutsetninger.
– som en viktig kilde til positiv samfunnskritikk.

Frivillighetssentralene er viktige tilskudd til floraen av frivillig innsats i lokalsamfunnet. Formålet er å mobilisere og organisere frivillig innsats for å møte lokale behov. Det benyttes ulike arbeidsmetoder: lokalt utviklingsarbeid, samfunnsarbeid, nærmiljøarbeid, kulturarbeid for å nevne det viktigste, og hovedmålet er å utløse frivillige ressurser i en tid der det er behov for mer omsorg enn det familien og det offentlige tjenestetilbudet kan yte.

Både på statlig, fylkeskommunalt og kommunalt nivå eksisterer formelle og uformelle samarbeidsorganer mellom offentlig og frivillig innsats. Utvalget har omtalt bl.a. Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver (SOHO) og Frivillighetens samarbeidsorgan (FRISAM) i *"Lovgrunnlag og definisjoner"* i kapittel 3. På kommunalt nivå framheves de lokale råd for funksjonshemmede og kommune-FFO.

Utvalget refererer enkelte hovedpunkter i St. meld. nr. 8 (1998-99) Om handlingsplan for funksjonshemma 1998 - 2001. Deltaking og likestilling.

Utvalget omtaler videre funksjonshemmedes deltakelse i frivillige organisasjoner og likemannsarbeid som defineres som organisert samhandling mellom mennesker i samme båt, og som har som mål at erfaringer som partene kan nyttiggjøre seg i sin hverdag, skal utveksles.

For å få til et godt samarbeid mellom offentlige myndigheter og frivillig sektor om folkehelsearbeidet peker utvalget på at en er avhengig av reell medvirkning fra frivillige organisasjoner. Dette fordrer en deltakelse som er likeverdig med offentlige instanser. Dette krever reell innflytelse. Det er det offentliges ansvar å legge til rette for samarbeidsstrukturer og å prioritere ressurser til dette arbeidet.

I denne sammenheng omtaler utvalget St. meld. nr. 27 (1996-97) Om statens forhold til frivillige organisasjoner og St. meld. nr. 44 (1997-98) Tilleggsmelding om statens forhold til frivillige organisasjoner og spesielt om støtte til medlemsbasert arbeid i kommunene. Dette er en støtteordning som er ment som et håndslag til frivillig mobilisering i nær- og lokalmiljøet. Det økonomiske grunnlaget er foreslått å skulle være en samordning av statlige spill,: Det norske Pengelotteri og Norsk Tipping A/S som gjennom sammenslåing og dermed synergieffekt vil gi større overskudd som tenkes fordelt med en tredjedel på hvert av formålene idrett, kultur og forskning. Innenfor hvert av formålene idrett og kultur skal minst 10 prosent avsettes til tiltak for barn og unge. Tilskuddene skal kanaliseres via fylkeskommunene for viderefordeling til kommunene.

Utvalget mener også at det bør vurderes å sette i gang et FoU-program for bl.a. å utvikle modeller for hvordan frivillig sektor kan medvirke i folkehelsearbeidet, og modeller for hvordan funksjonshemmedes og kronisk sykes behov kan inkluderes i de generelle folkehelsestrategiene.

Til slutt i dette kapitlet oppsummerer utvalget sine synspunkter ved å slå fast at frivillig arbeid og engasjement har bred betydning for folkehelsen og for den enkeltes opplevelse av egen helse. Deltakelse i frivillig arbeid representerer sammenhenger der folk får være med og blir tatt på alvor, der man kan realisere ulike sider hos seg selv og være til nytte for andre. På den måten knyttes innholdet i dette kapitlet til omtalen av empowermentstrategien og lokalsamfunnstrategien slik som dette er beskrevet i *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8.

Kapittel 10 Muligheter - strategier - tiltak

I dette kapitlet drøfter utvalget med utgangspunkt i mandatet mulighetene for godt folkehelsearbeid i kommunene og fremmer forslag til organisering og bruk av virkemidler. Igjen understreker utvalget innledningsvis at arbeidet for å øke helsemessige og sosiale ressurser og arbeidet for å minske sykdomsbelastningen i befolkningen er to forskjellige dimensjoner i folkehelsearbeidet, og at det verken er mulig eller hensiktsmessig å skille disse to dimensjonene fra hverandre. Det er viktig for utvalget å markere at det er mest ugjort i arbeidet for å øke helsemessige og sosiale ressurser, og at innsats og nytenkning først og fremst må rettes mot denne dimensjonen. Figur 10.1 illustrerer hvordan utvalget ser på helsefremmende arbeid og sykdomsforebyggende arbeid. Den helsefremmende dimensjonen er tegnet som en «nedenfra og opp»- trekant hvor linjene går fra borgerne via nærmiljø, lokalsamfunn og kommune til staten ved de ulike sektordepartementene. Fylkeskommunene har i denne dimensjonen en viktig rolle å spille. Den sykdomsforebyggende dimensjonen illustreres ved en «ovenfra og ned»- trekant hvor linjene går fra Sosial- og helsedepartementet via fylkeslegen til helsetjenesten i hhv fylkeskommune og kommune. Målgruppen for begge dimensjonene er borgerne. Nærmiljø og lokalsamfunn er viktige i begge tilnærmingene.

I mandatet heter det bl.a. at utvalget skal legge fram en vurdering av hva statens og fylkeskommunenes rolle bør være i forhold til folkehelsearbeidet i kommunene. Dette er vektlagt i drøftingen av organisering og bruk av virkemidler.

Utvalget erkjenner at økonomi er et sentralt virkemiddel i folkehelsearbeidet, og derfor omtales dette virkemidlet tidlig i kapitlet.

Det er imidlertid et problem at statistikkgrunnlaget er mangelfullt når det spørres etter anslag over den totale ressursbruken i folkehelsearbeidet. Det er også et problem at ut fra utvalgets definisjon av folkehelsearbeid er det ikke mulig ut fra regnskapet til kommuner og fylkeskommuner å beregne hva den totale innsatsen beløper seg til. Når det gjelder kommunenes forebyggende helsearbeid, som i alt vesentlig knytter seg til den sykdomsforebyggende dimensjonen, viser en oversikt fra kommunenes regnskap for 1996 at det ble brukt i underkant av 1,3 mrd kroner. Det brukes også betydelige ressurser til folkehelsearbeidet på statsbudsjettet, men igjen understreker utvalget at med den brede definisjonen av hva folkehelsearbeid er, er det vanskelig å anslå ressursinnsatsen. Det dreier seg imidlertid om flere milliarder kroner årlig, bl.a. til formål som arbeidsmarked, arbeidsmiljø, bomiljø, trafikksikkerhet, miljø- og forurensningstiltak, kulturtiltak, tilskudd til frivillige organisasjoner, ytelser over trygdebudsjettet, rusmiddelforebygging, foruten ressursbruk til sykdomsforebyggende formål på Sosial- og helsedepartementets budsjett.

Et viktig spørsmål i sammenheng med utvalgets vektlegging av et styrket lokaldemokrati og lokalsamfunnsutvikling er spørsmålet om valg av finansieringsformer eller med andre ord vektleggingen av øremerkede statlige tilskudd i forhold til rammetilskudd. I drøftingen av dette peker utvalget på at øremerkede tilskudd vil ha ulik effekt i kommunene, og at det ikke er gitt at det er kommuner med størst behov som prioriterer sterkest de formål som tilgodeses med øremerkede midler. Innslag av egenandel fører til at de mest velstående kommunene nyttiggjør seg best av øremerkede midler. Utvalget peker på at Regjeringen i kommuneøkonomiproposisjonen for 1999 foreslo to forsøksordninger for å styrke lokaldemokratiet. Det ene forsøket som fikk flertall i Stortinget går ut på å tildele øremerkede tilskudd som rammetilskudd. Det andre som skulle utprøve en ordning med lokal beskatningsfrihet ble nedstemt.

Utvalget har sans for begge disse forsøkene og går inn for at de også vurderes med hensyn på folkehelseeffekten. Spesielt vil utvalget understreke at lokal beskat-

ningsfrihet vil gi kommunene større handlefrihet dersom det er behov for å gjennomføre tiltak.

I *"Tendenser - dilemmaer - utfordringer"* i kapittel 7 har utvalget lagt stor vekt på at sosial ulikhet har betydning for folkehelsen, og at det ikke er det samlede inntektsnivået i et land, men hvordan ressurser og byrder er fordelt blant landets befolkning som har betydning for helse, sykdom og død. Derfor omtales hovedlinjer i fordelingspolitikken her i landet. Utvalget er kjent med at Sosial- og helsedepartementet for tiden arbeider med en stortingsmelding om utjevning av levekår, og utvalget slår fast at det viktigste virkemidlet for å redusere helseulikheter og sosiale ulikheter i befolkningen er å utjevne levekår.

I et punkt i dette underkapitlet drøfter utvalget økonomiske virkemidler som kan bidra til å styrke folkehelsearbeidet i kommunene, herunder øremerking av midler og styrking av kommunenes såkalte frie inntekter.

I denne sammenheng foreslår utvalget økonomiske ordninger for å styrke ikkekurativt helsearbeid i kommunene. Utvalget viser i denne sammenheng til Delutredning I, og det som er gjengitt fra høringsrunden til denne i underkapittel 10.6. Innenfor dagens finansieringsordning av kommunale helsetjenester er det et markant skille i hvordan kurative og ikke-kurative helsetjenester (legetjenester og fysioterapitjenester) blir finansiert. Siden de kurative tjenestene finansieres med pasienters egenandeler og midler fra trygden i tillegg til kommunale midler, vil ikke-kurative tjenester som legers medvirkning i folkehelsearbeidet framstå for kommunene som dyrere enn de kurative, og man må derfor forvente at disse nedprioriteres.

Utvalget foreslår derfor at også ikke-kurative tjenester må delfinansieres med øremerkede statlige midler for å rette opp denne skjevheten, og utvalget foreslår i tillegg at det også vurderes en egen takst for ikke-kurative tjenester. Dette må utredes nærmere.

Utvalget understreker imidlertid at en generell ordning som innebærer øremerkede midler til kommunenes folkehelsearbeid vil bryte med utvalgets sterke betoning av verdien av lokaldemokratiet sett i sammenheng med empowermentstrategien og lokalsamfunnsutvikling som verktøy i helsefremmende arbeid.

Et annet problem som utvalget vektlegger henger sammen med at kommunene opplever å måtte dekke kostnadene ved folkehelsearbeid generelt, mens stat og fylkeskommune sitter igjen med gevinsten. Kommunene har derfor ikke insentiver til full innsats i folkehelsearbeidet. Desentralisert ansvar for trygdeytelsene innebærer at kommuner får disposisjonsrett over deler av kortidsytelsene i trygden, dvs. sykepengeordningen og rehabiliteringsordninger. Utformingen av disposisjonsretten og ansvaret kan skje på ulike måter, og ulike modeller er beskrevet i en rapport fra en intern arbeidsgruppe i Sosial- og helsedepartementet. Utvalget viser også til en rekke andre forsøk på dette området i trygdesektoren og forsøk i lokalforvaltningsprogrammet i frikommuneforsøket, bl.a. Grimstadprosjektet.

Utvalget konkluderer med å foreslå at det iverksettes en forsøksordning der kommuner og/eller fylkeskommuner får tilgang til deler av korttidsytelsene i folketrygden.

Dette forsøket må ses i sammenheng med et annet viktig tiltak, nemlig jobbskaping i kommunene. Utvalget omtaler flere steder i utredningen at det er solid dokumentasjon på at arbeidsløshet representerer en fare for økt sykelighet og dødelighet. Selv om kommunene deltar når individuelle tiltak skal utformes overfor bl.a. yrkeshemmede, er det staten som har hovedansvaret for arbeidsmarkedspolitikken. Utvalget peker på at arbeidsmarkedspolitikken i dag noe karikert kan sies å ta sikte på å utforme arbeidssøkende slik at de passer til ledige jobber, ikke nødvendigvis i lokalmiljøet, men andre steder der det er mangel på arbeidskraft.

Utvalget foreslår derfor at det iverksettes en forsøksordning der kommuner/ fylkeskommuner får tilgang til arbeidsmarkedsetatens midler til arbeidsmarked-stiltak.

Utvalget drøfter også andre økonomiske virkemidler for å styrke folkehelsearbeidet:

– skatter og avgifter
– momskompensasjon/forbrukersubsidier
– differensiert merverdiavgift
– tollsatser - importvern
– priser og tilskudd i jordbruksavtalene
– spesielle avgifter, f. eks. i forbindelse med salt og fettholdige produkter

Utvalget konkluderer i dette avsnittet med at økonomiske virkemidler i større grad enn i dag bør benyttes innenfor ernæringspolitikken for å oppmuntre til et sunnere kosthold.

Også innenfor miljøpolitikken mener utvalget det er nødvendig å påvirke atferd i gunstig retning ved hjelp av økonomiske virkemidler, jf den betydning miljøet har for folks trivsel og helse.

Utvalget har vært opptatt av planlegging som virkemiddel i folkehelsearbeidet og peker i denne sammenheng på mulighetene som ligger i en samordnet planlegging - spesielt helhetlig planlegging etter plan- og bygningsloven.

På dette punktet konkluderer utvalget bl.a. med at:

– Kommuneplanen og økonomiplanen skal være utgangspunktet for alt folkehelsearbeid i kommunene. Dersom folkehelsearbeidet skal komme sterkere inn i samfunnsplanleggingen, vil det være hensiktsmessig at det faste planutvalget i kommunen får hovedansvar for planleggingen. Kommunen kan som en frivillig ordning velge en fast representant for å ivareta folkhelseperspektivet i det faste utvalget for plansaker etter mønster fra ordningen med barnerepresentanten, men med den forskjell at vedkommende bør være politisk valgt og ikke en som er utpekt blant de ansatte i kommunen.
– Helse- og sosialtjenesten vil være viktige premissleverandører i det kommunale plan- og økonomiarbeidet med sin informasjon om helsetilstand og sosial profil i kommunen.
– Også når det gjelder arealplanleggingen bør det legges til grunn et folkehelseperspektiv jf behovet for arealer til fysisk aktivitet og tilrettelegging for funksjonshemmede.

I drøftingen av fylkeskommunenes og statens framtidige rolle som støttespillere for folkehelsearbeidet i kommunene peker utvalget igjen på at folkehelsearbeidet består av tiltak som dels har karakter av å være helsefremmende, dels sykdomsforebyggende. Utvalget minner om at helsemyndighetene har fått en pådriverrolle i forebyggende arbeid av Stortinget, men det er etter utvalgets mening viktig å være på vakt slik at ikke denne pådriverrollen fører til uklarheter når det gjelder ansvar for tiltak.

Fylkeskommunenes rolle er etter utvalgets oppfatning tredelt:

– Fylkeskommunene er pålagt å utarbeide en fylkesplan som skal samordne statens, fylkeskommunenes og kommunenes virksomhet i fylket. Dette må også gjelde folkehelsearbeid.
– Fylkeskommunene kan planlegge og gjennomføre egne forebyggende tiltak overfor innbyggerne, jf utkast til ny lov om spesialisthelsetjenestene og tiltak og prosjekter som er beskrevet i *"Mangfold i folkehelseabeidet i kommuner og fylkeskommuner"* i kapittel 5.

– Fylkeskommunene kan bidra med kompetanse som en støttefunksjon i forbindelse med kommunenes folkehelsearbeid.

Utvalget gjennomgår disse punktene mer i detalj i dette kapitlet.

I forbindelse med gjennomgangen av statens rolle i folkehelsearbeidet understreker utvalget at den viktigste oppgaven er utjevning av levekår og å bidra til økt livskvalitet.

Drøftingen av statens rolle tar ellers utgangspunkt i oppdelingen av folkehelsearbeidet i de to dimensjonene helsefremmende arbeid og sykdomsforebyggende arbeid.

Deltakelse og mestring, jf omtalen i *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8, må i all hovedsak baseres på lokalsamfunnsutvikling og medvirkning fra lokalbefolkningen. Denne dimensjonen i folkehelsearbeidet må baseres på en «nedenfra og opp»-strategi. Statens rolle må i tillegg til å gi gode rammebetingelser for lokaldemokratiet og føre en utjevnende levekårs- og fordelingspolitikk, være å etablere støttefunksjoner til slike prosesser. Å etablere slike støttefunksjoner forutsetter bruk av virkemidler som Kommunal- og regionaldepartementet rår over, og utvalget går derfor inn for at dette departementet må tillegges hovedansvaret for utformingen av statlige rammebetingelser for lokalsamfunnsutviklingen. Et flertall i utvalget går inn for at Kommunal- og regionaldepartementet må forvalte plan- og bygningsloven som en helhet av hensyn til at rammebetingelsene for lokalsamfunnsutvikling bør samordnes fra statens side. Et mindretall synes ikke det er noe aktuelt problem at lovverket er delt på to departementer og tilrår nå en strategi med fokus på fylkeskommunenenes og kommunenes oppgaver og samarbeid.

Arbeids- og administrasjonsdepartementet må organisere forsøket med jobbskaping i kommunene, som har nær tilknytning til et eventuelt forsøk med desentralisering av trygdeytelser.

Kulturdepartementet må få et hovedansvar for tiltak innenfor Kultur - helsesatsingen.

Utvalget nevner videre at Samferdselsdepartementet i dag har ansvaret for at det legges til rette for at befolkningen trygt kan bruke andre måter å komme seg fram på enn ved bruk av egen bil eller kollektivtransport ved f.eks. å gå eller sykle. Dette er et viktig element i folkehelsearbeidet både i relasjon til dimensjonen helsefremmende arbeid og til dimensjonen sykdomsforebyggende arbeid.

Poenget er at hvert sektordepartement må ansvarliggjøres for sin del av folkehelsearbeidet ut fra sektoransvarsprinsippet. Kommunal- og regionaldepartementet har en særlig rolle som ansvarlig departementet for kommunesektoren, herunder lokalsamfunnsutvikling og kommuneøkonomien.

Fylkesmannen har en sentral rolle som samordnende regional statsforvaltning i det helsefremmende arbeidet.

Statens rolle i dimensjonen sykdomsforebyggende arbeid må ses ut fra at det i denne sammenheng ofte er viktig å gjennomføre en nasjonal politikk, f. eks. smittevernpolitikken. Det følger av dette at sykdomsforebyggende arbeid må organiseres etter andre prinsipper enn det utvalget har skissert for viktige deler av det helsefremmende arbeidet, som i hovedsak må ta utgangspunkt i forholdene i den enkelte kommune, eller det enkelte lokalsamfunn for å lykkes.

I underkapittel 3.4 er den statlige helseforvaltningen beskrevet slik den er organisert etter 1. januar 1994. Omorganiseringen av den sentrale helseforvaltning skjedde bl.a. med henblikk på en mer egnet nasjonal struktur for forebyggende arbeid. Forebyggingsinstitusjonene som er omtalt i dette underkapitlet, bidrar med faglige innspill til Sosial- og helsedepartementet i forbindelse med utformingen av

departementets politikk i folkehelsearbeidet, særlig i den sykdomsforebyggende delen.

Utvalget konstaterer at mye er ugjort når det gjelder å ta i bruk befolkningsstrategier mer målbevisst i sykdomsforebyggende arbeid.

Fylkeslegekontorene har viktige oppgaver når det gjelder å formidle statens helsepolitikk til kommunenivået. Utvalget mener derfor at fylkeslegekontorenes rolle i folkehelsearbeidet bør gjennomgås med henblikk på kompetanse og ressurser.

Sosial- og helsedepartementets rolle som pådriver spesielt i sykdomsforebyggende arbeid er viktig, men samarbeidet med andre departementer bør forsterkes og bringes over i fastere strukturer. I denne sammenheng foreslår utvalget at mulige tiltak i folkehelsearbeidet bør gjennomgås i en egen utredning med henblikk på en klar ansvarsplassering i de forskjellige departementer som igjen må ha en pådriverrolle i arbeidet med hvert enkelt tiltaksområde.

Det gjenstår å finne fram til ordninger på statlig nivå som sikrer samordning mellom helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak. Denne samordningen må skje på politisk plan, jf at folkehelsearbeidet må bli «politikerjobb nr 1». Utvalget finner pga sin sammensetning ikke å kunne gå nærmere inn på det videre arbeidet med dette.

Utvalget foreslår til slutt i dette underkapitlet at det etableres en statlig stimuleringsordning for folkehelsearbeidet. Stimuleringsordningen kanaliseres via fylkeskommunene etter f.eks. mønster fra det som er foreslått når det gjelder statlig tilskudd til frivillige organisasjoner, jf St.meld.nr. 44 (1997-98). Kommunene bør være hovedmottakere av tilskudd, men stimuleringsordningen bør også kunne gjelde fylkeskommuner og samarbeidsprosjekter med frivillige organisasjoner. Hovedmålsettingen med tilskuddet skal være å stimulere borgerne, nærmiljø, lokalsamfunn og kommuner til bl.a. å sette i gang med å utvikle empowerment- og lokalsamfunnprosesser i eget lokalmiljø. Utvalget foreslår at det ved tildeling av statlig tilskudd ikke skal kreves egenandel. Den enkelte kommune vil dermed kunne søke om midler uavhengig av egen økonomiske situasjon.

I underkapittel 10.5 beskriver utvalget en rekke eksempler på hvordan kommuner og fylkeskommuner kan organisere folkehelsearbeidet. Her skiller utvalget mellom administrative modeller og politiske modeller for organisering.

Viktige punkter i dette underkapitlet er bl. a. følgende:

- Drøfting av den såkalte sektormodellen versus kommunemodellen der sektormodellens fordeler er klare ansvarsforhold, mens ulempen er begrensede lokale tilpasningsmuligheter. Kommunemodellen er preget av en sterk lokalgeografisk dimensjon. Fordelen er lokal fleksibilitet, mens ulempene er preget av uklare ansvarsforhold. Utvalget antar at sektormodellen kan egne seg i sykdomsforebyggende arbeid, mens kommunemodellen har klare fordeler i helsefremmende arbeid, jf omtalen i *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8 av empowermentstrategien og lokalsamfunnsutvikling.
- Kommunene kan som en frivillig ordning opprette stilling for en folkehelsekoordinator i rådmannens stab for å markere tyngden og det sektorovergripende i forlkhelsearbeidet.
- Interkommunalt samarbeid om mat - helse - miljø, et forslag fra et seminar i Bodø i mars 1997.
- Forslag fra utvalget om å etablere et nettverk av folkehelsekommuner etter mønster fra Nettverket av helse- og miljøkommuner og en rekke andre nettverk som f. eks. Trygge lokalsamfunn.
- Utvalget foreslår at kommunene på frivillig grunnlag kan etablere et Folkehelseråd, eventuelt legge det politiske ansvaret for folkehelsespørsmål til et

eksisterende utvalg som det faste utvalget for plansaker.
- Kommunene bør overveie å opprette politiske områdeutvalg.
- Fylkeskommunene kan organisere seg etter mønster fra f.eks. Akershus, Sogn og Fjordane, Buskerud, Østfold, Vestfold og Vest-Agder fylkeskommuner.

Utvalget omtaler videre i dette underkapitlet den rollen arbeidslivet og næringslivet kan ha i folkehelsearbeidet og likeledes rollen til massemedia.

I underkapittel 10.6 drøfter utvalget legens rolle i folkehelsearbeidet i kommunene, med utgangspunkt i en kortfattet beskrivelse av samfunnsmedisinsk legearbeid:
- overvåking av helsetilstanden i befolkningen og faktorer som kan påvirke helsen
- planlegging av tiltak
- gjennomføring av tiltak
- evaluering av tiltak og virksomhet

Utvalget slår fast at leger har sentrale oppgaver i folkehelsearbeidet, og at det derfor er viktig at dette arbeidet får vekstbetingelser også når fastlegeordningen skal gjennomføres.

Utvalget drøfter videre miljørettet helsevern, smittevern og beredskap i forhold til samfunnsmedisin og peker bl. a. på problemene som har oppstått i og med at kommuner ikke får søkere til kommunelegestillinger og helsesøsterstillinger.

Utvalgets Delutredning I og høringsuttalelsene er omtalt i kortversjon, og det må spesielt nevnes at mange støttet utvalgets forslag om å videreføre ordningen med fastlønnstilskudd, bl.a. for å sikre legedekningen i utkantkommuner. Utvalget understreker på nytt i denne sammenheng betydningen av å likestille kurative og ikke-kurative tjenester i finansiell henseende. Men utvalget understreker også at takster og per capita tilskudd i framtiden må samordnes med lønnsfastsettelsen for kommuneleger som fortsatt må skje i forhandlinger med Kommunenes Sentralforbund. Takster og per capita tilskudd må i framtiden fastsettes samtidig med lønnsfastsettelsen slik at størrelsen på takster og per capita tilskudd står i et rimelig forhold til resultatet av lønnsforhandlingene. Dette er en nødvendig forutsetning for å få søkere til de altfor mange ledige kommunelegestillingene.

Underkapittel 10.7 omhandler tiltak for å bedre de psykososiale forhold rundt svangerskaps- og fødselsomsorgen med utgangspunkt i en delutredning av dr. med. Reidun Førde, trykket som Vedlegg 1. Følgende modeller drøftes:
- Svangerskapsomsorg på helsestasjonen. Helsestasjonen kan være særlig viktig for familier med dårlig nettverk.
- Svangerskapsomsorg i praksis til kvinnens faste lege. Fordelene med denne modellen er at kvinnen får beholde kontakten med egen lege under hele svangerskapet. Det kan imidlertid by på problemer å få til et samarbeid med jordmor.
- Svangerskapsomsorgen foregår hos jordmor alene.

Utvalget konkluderer med at det viktigste potensialet for forbedring av forholdene til de som har en utilfredsstillende psykososial situasjon ligger i bedret økonomi og utdanning, men det er holdepunkter for at måten kvinner blir møtt på under svangerskapsomsorgen kan ha positiv betydning. Utvalget viser til Førdes drøfting av modellene og understreker at kvinnenes egne preferanser er like viktige som hvem som står for svangerskapsomsorgen.

I underkapittel 10.8 omtales helsestasjonsarbeidet og skolehelsetjenesten. Utvalget foreslår et knippe av tiltak som vil kunne gi et kraftig løft for helsestasjons-

og skolehelsetjenesten overfor barn og unge. Satsingen «Forebyggende og helsefremmende arbeid for barn og unge 0-20 år. Helsestasjon og skolehelsetjenesten i fokus 1999-2003» foreslås å ha en varighet på 5 år og må ses i sammenheng med de styrkingstiltak som er foreslått i statsbudsjettet for 1999.

I underkapittel 10.9 omtales utdanning av personell til folkehelsearbeid.

Personell i helse- og sosialtjenesten er sentrale aktører i folkehelsearbeidet, men utdanningen er først og fremst fokusert på kurativt individrettet arbeid. De delene av utdanningsprogrammene som omhandler forebyggende arbeid er i stor grad individorienterte. Befolkningsstrategier i sykdomsforebyggende arbeid må derfor etter utvalgets mening få større plass, og det vises i denne sammenheng til stortingsbehandlingen av Forebyggingsmeldingen, der sosialkomiteen understreket at folkehelseperspektivet må løftes fram i alle relevante utdanninger.

Etter- og videreutdanningstilbud bør utvides til både høgskoletilbud og masterstudier ved universitetene. Modulbasert undervisning til spesialiteten samfunnsmedisin må vurderes. Utvalget mener videre at folkehelseperspektvitet må bli tydelig og trekkes konkret inn i alle relevante opplærings- og undervisningsopplegg og ikke forbeholdes helse- og sosialfagutdanningene alene.

I underkapittel 10.10 omtales forskning, forsøk og utviklingsarbeid. Utvalget går bl. a. inn for:

- at folkehelseperspektivet tas inn som et gjennomgående perspektiv i alle naturlige programområder i Norges forskningsråd.
- at det opprettes et eget forskningsprogram for folkehelsearbeid under Området for kultur og samfunn i Norges forskningsråd.
- at det etableres et forsknings- og utviklingssenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
- at det etableres en kunnskapsbase for folkehelsearbeid som eventuelt knyttes til Kommunenes Sentralforbund.
- at alle utviklingsprosjekter som får støtte over den statlige stimuleringsordningen blir gjenstand for evaluering. Bl.a. kan følgeevaluering være nyttige for den type prosjekter det her er snakk om.

I underkapittel 10.11 oppsummeres forslagene fra kapitlene 8, 9 og 10.

Kapittel 11 Administrative og økonomiske konsekvenser

I dette kapitlet har utvalget vurdert eventuelle administrative og økonomiske konsekvenser av utvalgets forslag.

Når det gjelder organisering tolker utvalget det slik at det dreier seg om gode modeller for samarbeid både innen og mellom forvaltningsnivåene og ikke en diskusjon om hvordan f.eks. kommunene og fylkeskommunene skal organisere seg. Når det gjelder statens rolle og den statlige organiseringen av folkehelsearbeidet, foreslår utvalget at dette gjennomgås i egen utredning med henblikk på klar ansvarsplassering i de forskjellige sektordepartementene. Det understrekes imidlertid et påtrengende behov for samordning departementene i mellom, ikke minst når det gjelder politikk overfor kommunesektoren.

Når det gjelder bruk av virkemidler har utvalget fokusert på kommunenes inntekter og insentiver knyttet til styrking av folkehelsearbeidet. Som det framkommer av utvalgets 55 forslag til tiltak, er det ikke så mye «friske» penger som er mangelvare, men mangel på fleksibilitet til å bruke ressurser - penger, personell og regelverk - på andre måter enn det tradisjonelle og sektorbestemte. Utvalget har ikke foretatt en detaljert beregning av ressursbehovet til de relativt få forslag som vil kreve økonomiske ressurser.

Del I
Folkehelseplattformen

KAPITTEL 2

Innledning og bakgrunn

2.1 BAKGRUNNEN FOR UTVALGETS UTREDNING OM Å STYRKE FOLKEHELSEARBEIDET I KOMMUNENE

2.1.1 Innledning

I foredraget til mandat for og oppnevning av utvalget uttalte Sosial- og helsedepartementet:

> «Det generelle folkehelsearbeidet er grundig drøftet i NOU 1991:10 Flere gode leveår for alle og fulgt opp i St.meld. nr. 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid, jf Innst. S. nr. 118 (1993-94).

Behovet for en utredning om å styrke folkehelsearbeidet i kommunene

Folkehelsearbeid i vid forstand betyr bedring av folkehelsen gjennom forebyggende arbeid på mange samfunnssektorer. Helseministeren sa i sin folkehelsepolitiske redegjørelse til Stortinget i mai 1996 at bedring av folkehelsen gjennom forebyggende arbeid er et av det 20. århundres store suksesshistorier. Gjennom det forebyggende og helsefremmende arbeid er det ikke bare oppnådd store bedringer ved lengre levealder og mindre sykdom, men antakelig er mer oppnådd gjennom dette enn ved kurativ helsepleie. Helseministeren sa videre at historien om forebyggende helsearbeid er historien om oppfinnsomhet - om hvordan ny innsikt er oversatt til ny praksis som radikalt har bedret folks levekår. Helseministeren understreket at å arbeide for god folkehelse er et felles ansvar, helsesektorens såvel som mange andre samfunnssektorer. Poenget her er at begrepet folkehelse omfatter en rekke arbeidsområder og virkemidler som helsesektoren ikke har ansvaret for eller rår over.

Ved Stortingets behandling av St. meld. nr. 37 (Forebyggingsmeldingen) ble det pekt ut fire hovedsinnsatsområder for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i årene framover. Departementet har som følge av dette utarbeidet handlingsplaner for forebygging av belastningslidelser, ulykker og skader, astma og allergi og et aksjonsprogram om barn og helse som omfatter alle innsatsområdene. Erfaringene fra dette arbeidet er entydige når de peker på at det er i kommunene disse forebyggingsområdene må forankres - det er der folk blir født, lever, bor, utdanner seg, arbeider og blir gamle. Det er imidlertid mye som peker i retning av at kommunene ikke prioriterer forebyggende og helsefremmende arbeid. Dette må sentrale myndigheter bidra til å snu. Hensikten med en folkehelseutredning vil derfor være å få forslag til et faglig folkehelseståsted, samt administrative, juridiske og økonomiske virkemidler for å få kommunene til å se seg tjent med å satse på godt folkehelsearbeid for sine innbyggere.

Stortingets vedtak om utredning av psykososiale forhold rundt svangerskaps- og fødselsomsorgen

Stortinget vedtok 7. mars 1997 under behandlingen av Dokument 8:20 om egen takst for jordmor i privat praksis å be Regjeringen nedsette et utvalg som utreder de psykososiale forhold rundt svangerskaps- og fødselsomsorgen. I tilknytning til dette skal det utføres en kartlegging av jordmortjenesten i kommunene, antall stillinger i forhold til befolkningsgrunnlaget og tjenestens innhold.

Departementet har besluttet at denne delutredningen skal inngå i utredningen om å styrke folkehelsearbeidet i kommunene slik at en utredning om svangerskaps-

og fødselsomsorgen blir en del av folkehelseutredningen. Helsetilsynet er bedt om å komme med det nødvendige grunnlagsmateriale som innspill til Folkehelseutvalgets utredningsarbeid.

Spesielt om samfunnsmedisinens plass

En viktig del av folkehelsearbeidet er samfunnsmedisin som er omtalt i en rekke stortingsdokumenter. Her nevnes Ot.prp. nr. 40 (1986-87) Om miljørettet helsevern, i Folkehelserapporten som ble lagt fram våren 1996, i St.prp. nr. 1 (1996-97) Sosial- og helsedepartementet og nå sist i St.meld. nr. 23 (1996-97) Trygghet og ansvarlighet - Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen hvor det står bl.a.:

> «Denne meldingen tar ikke sikte på å gjennomgå det samfunnsmedisinske arbeidet i hele sin bredde. Det er imidlertid flere grunner til at det samfunnsmedisinske arbeid også bør omtales:
> – Det er kommunenes ansvar å sørge for at det samfunnsmedisinske arbeidet fungerer etter intensjonene, og at ressursene som brukes på samfunnsmedisin og allmennmedisin er riktig avveiet.
> – Det er, og bør være, nær sammenheng mellom allmennmedisin og samfunnsmedisin. En viktig forutsetning for å lykkes i det samfunnsmedisinske arbeidet, er at innsatsen kan knyttes til en definert del av befolkningen, og at legene som deltar, har kunnskaper om denne.» (s. 34-35)

I meldingen gis det en del føringer for hvordan kommunene kan løse de samfunnsmedisinske oppgavene, og det foreslås at:

– Kommunene stilles fritt til å organisere og definere omfanget av det samfunnsmedisinske arbeidet innenfor lovens rammer og tilpasset kommunens behov.
– Kommunen velger selv om den vil ansette leger som utelukkende skal ha sitt arbeid i skole, helsestasjon, sykehjem etc.
– Fastlegene har plikt til å delta i det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunene.
– Samfunnsmedisinske arbeidsoppgaver fordeles mellom listelegene før listene blir etablert.
– Leger som arbeider i kommunale bistillinger, utbetales kommunal lønn tilsvarende dagens avtaleleger, dvs. timelønn og praksiskompensasjon.
– Befolkningen oppfordres til å velge lege i nærheten av eget bosted for å lette samarbeidet mellom listelegene og andre yrkesgrupper i kommunen. (s. 35)

Det vises ellers til Innst. S. nr. 215 (1996-97) hvor det samfunnsmedisinske arbeidet er omtalt flere ganger og Stortingsdebatten om denne meldingen 11.6.97. Dette vil være et viktig grunnlag for utvalgets arbeid. Departementet vil komme tilbake til dette når Stortingets sluttbehandling av St.meld. nr. 23 foreligger.

Kommunenes rolle

Selv om de vedtak som Stortinget fattet på bakgrunn av forslagene i St.meld. nr. 23 kan bidra til å styrke deler av folkehelsearbeidet i kommunene, er det antakelig vanskelig å få skikkelig fart på denne oppgaven uten at kommunene selv ser seg tjent med å satse på samfunnsmedisin og folkehelsearbeid som noe som trengs i deres arbeid for innbyggerne. For å få dette til er det nødvendig å:

– Få kommunene til å føle ansvar for folkehelsen.
– Gjøre det lønnsomt for kommunene å gjøre godt helsefremmende og forebyggende arbeid.
– Sørge for at legene som kommunenes rådgivere i medisinsk-faglige saker får en faglig bakgrunn som gjør dem i stand til å utføre de samfunnsmedisinske oppgavene.

– Sørge for at ulike kommunale sektorer føler seg som medansvarlige for og medaktører i å bidra til god folkehelse.

Igangsetting av en folkehelseutredning

Det går derfor fram av meldingen at departementet vil samarbeide med bl.a. Folkehelsa og Helsetilsynet om en strategi for å styrke samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunene. Dette vil skje gjennom en utredning som vil fokusere på folkehelsearbeid i sin helhet - bl.a. andre yrkesgruppers og sektorers rolle - og ikke bare på samfunnsmedisin som legetjeneste. Det oppnevnes derfor et hurtigarbeidende utvalg til å forestå utredningsarbeidet med frist for en første delutredning 1. januar 1998. Den knappe tidsfristen har sammenheng med at en utredning om administrative, økonomiske og juridiske virkemidler for å styrke folkehelsearbeidet i kommunene, må være på plass før det legges fram lov- og budsjettproposisjoner knyttet til fastlegeordningen våren 1998. Departementet mener ut fra denne timeplanen at utvalget kan legge fram sin sluttutredning med frist 1.6.1998. Det tas sikte på at utredningene trykkes i serien Norges Offentlige Utredninger (NOU), og at den første delutredningen kan sendes på vanlig høring like over nyttår slik at den kan gi innspill til de proposisjoner som skal legges fram i forbindelse med fastlegeordningen. Sluttutredningen kan sendes på høring neste høst og gi de mer faglige føringer for hvordan kommunene kan innrette seg ved etablering av en fastlegeordning. Mandat og organisering av arbeidet beskrives i pkt. II og III nedenfor.»

(Oppnevningsbrev av 16.7.98)

2.1.2 Nærmere om St.meld. nr. 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid

Utvalget har som introduksjon til sin sluttutredning valgt å sitere deler av det som står i den første norske folkehelsepolitiske redegjørelsen som ble presentert for Stortinget våren 1996. Sitatet som er gjengitt i Boks 2.1 illustrerer på en god måte den gjensidigheten og avhengigheten som finnes mellom befolkningens helsetilstand og forholdene befolkningen lever under.

Boks 2.1

«Det forebyggende helsearbeidet har i dette århundret stått overfor tre utfordringer. Den første store utfordringen var infeksjonssykdommer som f.eks. tuberkulosen. Årsakene til infeksjonssykdommene lå først og fremst i lav levestandard og dårlig hygiene, men mangel på gode behandlingsmetoder og effektive medisiner var også medvirkende. Gjennomgripende endringer i sosial struktur, arbeidsforhold, boligstandard, ernæring og hygiene samt bedre behandlingsmetoder har gjort at infeksjonssykdommer har gått sterkt tilbake.

Den andre store utfordringen er livsstilssykdommene. Viktige eksempler på dette er hjerte- og karsykdommer og ulike former for kreft. Risikofaktorene bak disse sykdommene er bl.a. røyking og ugunstige kost- og mosjonsvaner.

Den tredje utfordringen er de såkalte «sam»-sykdommene, hvor forstavelsen «sam» er hentet fra ord som samfunn, samvær og samhold. I det moderne samfunnet har vi en rekke helseproblemer som har sin årsak i at samfunnet er i forandring og at folk har blitt påført nye belastninger. Dette er helseproblemer som ikke nødvendigvis gir store utslag på dødelighetsstatistikken, men som rammer mange og ofte fører til omfattende og langvarig funksjonshemming og lidelse. Psykososiale problemer og belastningslidelser er eksempler på slike helseproblemer.»

(Kilde: Folkehelserapporten, side 23)

Ved behandlingen av St.meld. nr. 37 (1992-93), jf Innst.S. nr. 118 (1993-94) vedtok et enstemmig Storting disse hovedinnsatsområdene i det forebyggende og helsefremmende arbeidet i årene framover: forebygging av skader etter ulykker, psykososiale problemer, belastningslidelser og astma, allergi og inneklimasykdommer. Det ble vedtatt en rekke konkrete mål for disse innsatsområdene, og det er utarbeidet nasjonale handlingsplaner for hhv forebygging av belastningslidelser, ulykker og astma, allergi og inneklimasykdommer, samt et Aksjonsprogram for barn og helse som tar opp i seg samtlige av de fire hovedinnsatsområdene. Meldingen viser videre til at departementet vil gå inn for å styrke innsatsen i mat- og ernæringspolitiske spørsmål og bygge på det gode grunnlaget som er lagt i mat- og ernæringsarbeidet siden 1975.

Det er i tillegg utarbeidet sentrale mål og handlingsplaner i forhold til en rekke andre helseproblemer som f.eks. forebygging av uønskede svangerskap og abort, forebygging av HIV/AIDS, forebygging av tobakksskader osv. Det ble høsten 1997 lagt fram en utredning for å forebygge og behandle kreft som er fulgt opp av en nasjonal kreftplan som Stortinget har sluttet seg til, jf St.prp. nr. 61 (1997-98) og Innst.S. nr. 226 (1997-98). I denne forbindelse er arbeidet med kostholds - og andre ernæringsspørsmål, samt tobakksforebygging intensivert. Videre har Regjeringen lagt fram St.prp. nr. 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse, jf Innst.S. nr. 222 (1997-98). Også her legges det vekt på forebygging.

Det vises ellers til *"Status for forebyggende arbeid i Norge"* i kapittel 4 hvor status for arbeidet med bl.a. de fire hovedinnsatsområdene omtales. En noe mer utførlig omtale av nasjonal kreftplan og opptrappingsplan for psykisk helse gis i 2.1.4 nedenfor.

St.meld. nr. 37 presiserte meget sterkt viktigheten av at det helsefremmende og forebyggende arbeid var forankret i kommunene. Erfaringene med det utviklings- og forsøksarbeidet som er gjort i ettertid har til fulle bekreftet dette. Utvalget vil imidlertid allerede nå peke på at det er til dels betydelige forskjeller i hvordan ansvar og organisering for det sykdomsforebyggende arbeidet er lagt opp, og hvordan det er for helsefremmende arbeid. Dette vil bli drøftet senere i utredningen.

2.1.3 Nærmere om St.meld. nr. 23 (1996-97) Trygghet og ansvarlighet - Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen

Fastlegeforsøket som lå til grunn for St.meld. nr. 23 (1996-97) tok ikke spesielt sikte på å bedre samfunnsmedisinen i kommunene. Forsøket ga heller ikke entydige svar på hvordan de samfunnsmedisinske og tverrfaglige oppgavene kunne løses bedre enn i dag. Avlønningsordningen stimulerer, både nå og når fastlegeordningen innføres, fortsatt leger tilknyttet den kommunale helsetjenesten til å legge vekt på individrettet pasientbehandling framfor tverrfaglig samarbeid og forebygging overfor hele eller grupper av befolkningen. Stortingsmeldingen ga heller ingen fullgode svar på de vanskelige spørsmålene knyttet til samfunnsmedinske oppgaver i en fastlegeordning.

Utvalgets mandat omfatter derfor å vurdere plassen til det samfunnsmedisinske arbeidet innenfor en fastlegeordning, og utvalget skal i en første delutredning legge fram forslag til aktuelle administrative, økonomiske og juridiske endringer som har sammenheng med denne. Utvalget avga denne delutredningen 23. januar 1998. Det var på det tidspunkt klart at fastlegeordningen ville bli etablert for fullt fra 1. januar 2000, og at departementets fastlegeprosjekt tar sikte på også å vurdere spørsmål som knytter seg til samfunnsmedisinske og andre offentlige legeoppgaver i kommunene. Utvalget anså seg ved å avgi Delutredning I, å ha kvittert ut den delen av man-

datet som var direkte knyttet opp mot etablering av fastlegeordningen når det gjaldt finansieringsordninger, organisering og budsjettmessige konsekvenser. Delutredningen har vært på en omfattende høring som har gitt viktige innspill til departementets videre arbeid med å tilrettelegge fastlegeordningen.

Oppfølgingen av St.meld. nr. 23 betyr at alle landets innbyggere skal få et tilbud om å velge fast lege i løpet av høsten 1999. Det legges til grunn at reformen skal være i full drift fra januar 2000. Formålet med reformen er å skaffe hele befolkningen en god og tilgjengelig allmennlegetjeneste gjennom tilknytning til fast primærlege. Det er i denne forbindelse bevilget 4,3 mill kroner i 1998 til oppstart av stimuleringstiltak for å styrke stabiliteten i allmennlegetjenesten i utkantkommuner.

I Sosial- og helsedepartementets siste rundskriv om innføring av fastlegeordningen (Rundskriv I-39/98 av 1.9.98) står det dette om offentlig legearbeid (inklusive samfunnsmedisin):

> «Kommunen må kartlegge hvilke offentlige legeoppgaver de får utført i dag og lage en plan for hvilke oppgaver de bør få utført i framtiden.
>
> Offentlig legearbeid er en samlebetegnelse for allmennmedisinske og samfunnsmedisinske oppgaver legen har utenom sin kurative og individrettede kliniske praksis.
>
> Samfunnsmedisin er rettet mot hele eller deler av befolkningen og er i sin karakter gruppe- og befolkningsrettet. Samfunnsmedisinske oppgaver er bl.a.:
>
> – kartlegging, overvåking og analyse av helsetilstanden i befolkningen
> – medisinskfaglig rådgivning iht. kommunehelsetjenesteloven
> – arbeid som smittevernlege iht. smittevernloven.
>
> Det er i første rekke kommuneoverlegen/kommunelege I og evt. ass. kommuneoverlege som er hovedaktører i dette arbeidet i kommunene.
>
> Individrettede offentlige oppgaver som framgår av kommunehelsetjenesteloven er:
>
> – lege på helsestasjon
> – lege i skolehelsetjenesten
> – lege ved sykehjem
> – lege for de innsatte i fengsler.
>
> Kommunen kan dessuten ha behov for lege knyttet til flyktningearbeid, oppgaver i forbindelse med kommunens videre- og etterutdanning og ulike oppgaver knyttet til sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid.
>
> Kommunen må også registrere andre legeoppgaver kommende fastleger vil kunne ha, for eksempel sjømannslege, trygdelege, leger i undervisning og forskning og lege i forsikringsselskap.
>
> Det er viktig at kommunen sørger for at de offentlige legeoppgaver gis tilstrekkelig tid og prioritet, og at den enkelte lege sikres en akseptabel ansvarsforpliktelse og total arbeidsmengde.
>
> Kommunene bør beregne et samlet timetall per uke til det offentlige legearbeid og fordele dette på fastlegene. Offentlig legearbeid til kommunelege I eller kommuneoverlege og evt. dennes stedfortreder, bør dimensjoneres noe høyere (evt. inntil hele stillinger) enn det som dimensjoneres for de øvrige fastleger. Fra departementets side legges det opp til at den enkelte fastlege i gjennomsnitt skal ha plikt til en dag offentlig legearbeid per uke.»

Som det går fram av ovenstående omtale, er kommunenes ansvar for offentlige legeoppgaver, herunder samfunnsmedisin, en viktig side ved etableringen av fastlegeordningen og viet stor oppmerksomhet i departementets fastlegeprosjekt. Utvalget ser det derfor ikke som sin hovedoppgave å utrede dette temaet nærmere.

Enkelte spørsmål som knytter seg til samfunnsmedisinens plass i folkehelsearbeidet tas likevel opp i sluttutredningens kapittel 10. Det legges særlig vekt på å belyse ordninger som kan få kommunene til å etterspørre mer samfunnsmedisinske eller ikke-kurative tjenester i sin helsetjeneste, samt samfunnsmedisinerens plass i folkehelsearbeidet. Det vises i denne forbindelse til de spørsmål utvalget reiser på side 12 i Delutredning I, jf punkt 3.3.8.

2.1.4 Annet relevant helse- og sosialpolitisk meldings- og utredningsarbeid

Utvalgets mandat er svært vidt. Utvalget vil vise til at mange av spørsmålene som er relevante for folkehelsearbeidet er belyst eller vil bli belyst i andre utredninger og stortingsdokumenter. I den grad det er viktige berøringsflater mellom disse og folkehelsearbeidet, gis det nedenfor en kort omtale. Felles for mange av dokumentene er at de har munnet ut i nasjonale handlingsplaner, og at de trekker fram barn og unge som viktige målgrupper. Som eksempel er forebygging av kreft. Dette er nylig behandlet av Stortinget, jf St.prp. nr. 61 (1997-98) og Innst.S. nr. 226 (1997-98) Nasjonal kreftplan. Det samme gjelder psykiske lidelser, jf St.prp. nr. 63 (1997-98) og Innst.S. nr. 222 (1997-98) Opptrappingsplan for psykisk helse. Det vil senere i utredningen bli henvist til disse dokumentene, og i noen tilfeller vil utvalget komme nærmere tilbake til viktige innsatsområder for folkehelsen som f. eks.betydningen av riktig og sunt kosthold, mosjon og røykfrihet.

St.meld. nr. 36 (1989-90) Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane

Denne stortingsmeldingen som ble lagt fram 30. mars 1990 oppsummerte erfaringene med kommunehelsetjenesteloven av 19. november 1982 nr. 66, ikrafttreden 1. januar 1984. Oppsummeringen omfattet utviklingen i forebyggende oppgaver som helsestasjons- og skolehelsetjeneste, smittevern, miljørettet helsevern og helseopplysning. Oppsummeringen munnet ut i et ønske om økt satsing på forebyggende arbeid i kommunene. Sosialkomiteen viste i denne forbindelse i Innst. S. nr. 219 (1989-90) til sin uttalelse til St. meld. nr. 41 (1987-88) Helsepolitikken mot år 2000 - Nasjonal helseplan:

> «Komiteen vil understreke at forebyggende og helsefremmende arbeid må være et viktig satsningsområde for den offentlige politikk i flere sektorer. Det er en gradvis økning av miljøbetingede sykdommer og skader, livsstilsykdommer, psykiske lidelser, hjemme- og fritidsulykker. Dette dreier seg om sykdommer og skader som i stor grad kan forebygges med målrettet og økt innsats på flere felter.» (Innst. S. nr. 120 (1988-89))

Sosialkomiteen understreket ellers betydningen av helsestasjonene og skolehelsetjenesten som hjørnestener i det forebyggende arbeidet, og at barn og unge var en spesielt viktig målgruppe. Det ble presisert at helsestasjonstilbudet skal gjelde alle barn. Videre stilte komiteen seg positiv til at svangerskapskontrollen i større grad ble lagt til helsestasjonene. Det vises ellers til omtale i Innst. S. nr. 219 (1989-90).

Både denne stortingsmeldingen og St.meld. nr. 41 (1987-88) var forløpere til St.meld. nr. 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid og den utredningen som lå til grunn for meldingen - NOU 1991:10 Flere gode leveår for alle. Forebyggingsstrategier. For nærmere omtale vises til punkt 2.1.2 og *"Lovgrunnlag og definisjoner"* i kapittel 3.

St. meld. nr. 16 (1993-94) «Lat ikkje graset gro att mellom grannar». Om videreføring av arbeidet med frivillighetssentraler

Meldingen tok opp erfaringene fra forsøkene med frivillighetssentraler. De viste at sentralene fanger opp og gir mulighet til en ny type frivillighet. Sentralene

deltar også i lokalt nettverks- og nærmiljøarbeid. Alt dette virker forebyggende. Det ble foreslått å videreføre arbeidet med frivillighetssentraler. Det ble også foreslått å opprette FRISAM (Frivillighetens samarbeidsorgan). Det arbeides nå med å finne fram til en permanent organisering for FRISAM.

St.meld. nr. 16 (1996-97) Narkotikapolitikken

Formålet med meldingen er å redegjøre for utviklingen av narkotikasituasjonen de senere år og for mål og virkemidler i årene framover. Det framholdes at Sosial- og helsedepartementets del av ansvaret for narkotikapolitikken inngår i en samlet rusmiddelpolitikk, hvor målet er i størst mulig utstrekning å begrense de individuelle og samfunnsmessige skadene ved bruk og misbruk av rusmidler. Det legges stor vekt på den forebyggende innsatsen, og departementet vil legge til grunn disse prinsippene:

- Den forebyggende innsatsen skal rettes mot hele befolkningen, og mot risikogrupper.
- Det forebyggende arbeidet skal ha et langsiktig perspektiv.
- Kommuner og lokalmiljøet skal spille en sentral rolle i det forebyggende arbeidet.
- Bred mobilisering av frivillige krefter og ungdomskulturelle miljøer.

St.prp. nr. 58 (1997-98) Handlingsplan for redusert bruk av rusmiddel (1998-2000)

Sosial- og helsedepartementet la 8. mai 1998 fram en proposisjon om handlingsplan for redusert bruk av rusmidler for perioden 1998-2000. Proposisjonen er et samarbeid mellom Sosial- og helsedepartementet, Barne- og familiedepartementet, Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet og Justisdepartementet. Handlingsplanen er dels en oppfølging av St.meld. nr. 16 (1996-97) Narkotikapolitikken, dels av revisjonen av alkoholloven i 1997. Planen tar sikte på å presentere strategier og satsingsområder i det holdningsskapende og forebyggende arbeidet mot rusmiddelbruk. I handlingsplanen legges det opp til strategier med et sterkt forebyggingspreg:

- Samarbeid med hjem, skole og fritidstiltak i det holdningsskapende arbeidet.
- Bred mobilisering av frivillige krefter, organisasjoner og ungdomskulturelle miljøer.
- La kommunene, det lokale politi og lokalmiljøene spille en sentral rolle i det forebyggende arbeidet.
- La det forebyggende arbeidet ha et langsiktig perspektiv.
- Rette innsatsen mot hele befolkningen og risikogrupper.
- La ungdom og voksne være viktige målgrupper for innsatsen.
- Sørge for at behandlings- og omsorgstiltak spiller på lag med frivillige organisasjoner, grupper og enkeltpersoner.
- Styrking av ettervernet.

Som støtte i forebyggingsarbeidet vil regjeringen oppnevne et rusmiddelpolitisk råd som skal fungere som en referansegruppe for sosialministeren. Videre søker en å stimulere til økt samarbeid med foreldre, økt innsats i skolen og samarbeid med frivillige organisasjoner i nærmiljø og ungdomskulturelle miljøer. Det legges også i denne handlingsplanen sterk vekt på kommunal planlegging, jf at alle kommuner er pålagt å utarbeide en alkoholpolitisk handlingsplan som skal behandles i hver kommunestyreperiode slik at en skal få en rusmiddelpolitisk debatt i alle landets kommuner. Det vises ellers til *"Status for forebyggende arbeid i Norge"* i kapittel 4.

St.meld. nr. 34 (1996-97) Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre

Meldingen legger opp til videreføring av handlingsplanen for funksjonshemmede for 4-årsperioden 1998-2001. Sosialkomiteen sluttet seg til satsingsområdene for planperioden: Planlegging og brukermedvirkning, funksjonshemmedes rettigheter og et tilgjengelig samfunn. Komiteen understreket ellers meget sterkt at arbeidet i forhold til barn og unge må settes på dagsorden. Komiteen er også opptatt av problemer som funksjonshemmede med små barn kan ha. Det vises til Innst.S. nr. 114 (1997-98).

Det skal fremmes en egen stortingsmelding om den tredje planperioden høsten 1998. De to forutgående handlingsplanene for funksjonshemmede og den tredje planen for 1998-2001 har som mål å gi funksjonshemmede muligheter til full deltaking og likestilling i samfunnet. Tiltakene er rettet mot bedre livskvalitet, mestring og kontroll over egen livssituasjon.

Utvalget viser til *"Frivillig sektor"* i kapittel 9 hvor frivillig sektor er omtalt. Her utgjør funksjonshemmedes organisasjoner en stor andel.

Forente Nasjoners (FN) Standardregler for like muligheter for mennesker med funksjonshemning

FNs standardregler handler om et samfunn som gir alle mennesker muligheter for deltakelse og utfoldelse. Standardreglene handler om solidariteten i samfunnet, og et samfunn som inkluderer alle

(Kilde: Peter Hjort: FNs standardregler: Et samfunn for alle - men hvem har ansvar for det? En kartlegging i sju departement og i funksjonshemmedes organisasjoner, Rådet for funksjonshemmede 1997). FNs standardregler er trykket som vedlegg til Regjeringens tredje handlingsplan for funksjonshemmede 1998-2001 og til St.meld. nr. 34 (1996-97). Det vises til disse dokumentene for nærmere omtale.

St.meld. nr. 8 (1998-99) Om handlingsplan for funksjonshemma 1998-2001. Deltaking og likestilling

Regjeringen framla 9. oktober 1998 St.meld. nr. 8 (1998-99) Om handlingsplan for funksjonshemma 1998-2001. Undertittelen «Deltaking og likestilling» forteller hva handlingsplanen har som overordet målsetting. Handlingsplanen omfatter fire satsingsområder:

- et tilgjengelig samfunn
- samfunnsplanlegging og brukermedvirkning
- funksjonshemmedes rettigheter
- yrkesaktivitet for funksjonshemmede

Viktige nye tiltak er:

- et offentlig utvalg som skal se på funksjonshemmedes rettigheter i en større sammenheng
- lovfesting av tilbud om brukerstyrt personlig assistanse
- egen handlingsplan for økt yrkesaktivitet for funksjonshemmede
- handlingsplaner for funksjonshemmede ved universitet og høgskoler

Gjennomføringen av planen skal skje etter sektoransvarsprinsippet - dvs at det er de vanlige instansene og sektorene i samfunnet som skal gi tilbud til funksjonshemmede på lik linje med befolkningen ellers. 10 departementer har ansvar for gjennomføring av planen. Her nevnes spesielt Miljøverndepartementets ansvar for å gjennomføre slike tiltak i planperioden:

- Utarbeide rundskriv til fylkeskommuner og kommuner om arealplanlegging og funksjonshemmedes behov.
- Vurdere endringer i plan- og bygningsloven og rikspolitiske retningslinjer.
- Etablere forsøks- og utviklingsprosjekt i fylkeskommuner og kommuner.
- Sørge for at kunnskap om planlegging for funksjonshemmede kommer inn i

grunnutdanningen ved høgskolene og i etterutdanning for planleggere og interesseorganisasjoner.

Det vises ellers til omtale av Nasjonalt Egenkraft Senter (ett av tiltakene i handlingsplanen) i *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8 og til omtalen av grupper blant funksjonshemmede i *"Tendenser - dilemmaer - utfordringer"* i kapittel 7.

St.meld. nr. 50 (1996-97) Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet - respekt - kvalitet

Handlingsplan for eldreomsorgen og Innst.S. nr. 294 (1996-97) legger grunnlaget for en utbygging som skal sikre et godt og fleksibelt tjenestetilbud for eldre. Staten bidrar med tilskudd til utbygging av omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Det gis øremerkede midler til styrking av pleie- og omsorgstjenestene. I handlingsplanen er det først og fremst lagt vekt på å øke kapasiteten i omsorgen i takt med økningen i antall eldre over 70 år. I Sosial- og helsedepartementets rundskriv til bl.a. landets kommuner (I-32/98) med veiledning for kommunale planer for 1999, er det imidlertid lagt vekt på forebygging innen eldreomsorgen:

«Forebyggende tiltak i pleie- og omsorgstjenesten

Ved planleggingen av pleie- og omsorgstjenesten framover vil det være viktig å tenke forebyggende. Bygging av boliger med livsløpsstandard kan redusere behovet for omsorgsboliger eller sykehjemsplasser. Tilpasning av hjelpemidler og større bruk av fysioterapi, opptrening og ergoterapitjenester vil bidra til å øke funksjonsdyktigheten hos brukerne og redusere behovet for hjelp. Tilbud om trygghetsalarm, utbygging av trygghetsavdelinger, eldresentra, dagsentra, m.v. vil kunne avlaste behovet for omfattende pleie- og omsorgstjenester. I planarbeidet bør tiltak som har slik forebyggende effekt vurderes.» (side 13)

Som det går fram av *"Tendenser - dilemmaer - utfordringer"* i kapittel 7 er det etter utvalgets mening enkelte grupper blant eldre som er spesielt sårbare og viktige å prioritere i et folkehelseperspektiv. Det vises også til omtalen av folkehelsearbeidet blant eldre i Japan slik det er beskrevet i *"Folkehelsearbeidet i enkelte andre land"* i kapittel 6 og i Vedlegg 3.

St.prp. nr. 61 (1997-98) Om Nasjonal kreftplan og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus, jf NOU 1997:20 Omsorg og kunnskap. Norsk kreftplan

Under behandlingen av St.meld. nr. 50 (1993-94) Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste, fattet Stortinget vedtak hvor regjeringen ble bedt om å utarbeide en nasjonal kreftplan. Vedtaket ble fulgt opp ved at det ble nedsatt en ekspertgruppe som avga NOU 1997: 20 Omsorg og kunnskap. Norsk kreftplan. I regjeringen Bondeviks tiltredelseserklæring ble det varslet en nasjonal handlingsplan for kreftomsorgen. Denne ble lagt fram våren 1998 jf St.prp. nr. 61 (1997-98) Om Nasjonal kreftplan mv. Et hovedinnsatsområde vil være forebyggende arbeid i forhold til barn og unge. Hovedstrategier for å forebygge kreft er knyttet til innsatsen mot tobakk og tiltak for et riktigere kosthold. For nærmere omtale vises til *"Status for forebyggende arbeid i Norge"* i kapittel 4.

St.prp. nr. 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006, jf St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene

Regjeringen Jagland la våren 1997 fram St.meld. nr. 25 (1996-97) Psykiatrimeldingen. Meldingen ga en oversikt over status for tjenestene og utfordringer når det gjelder psykisk helsevern og hovedlinjene for utviklingen av tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser.

Meldingen la sterk vekt på bl.a. primærforebyggende arbeid for å redusere forekomst av psykiske lidelser og psykososiale problemer i befolkningen. Det ble vist til Stortingets behandling av St.meld. nr. 37 Forebyggingsmeldingen hvor det

ble slått fast at forebygging av mentale lidelser og psykososiale problemer skal være et hovedinnsatsområde i folkehelsearbeidet. Sosialkomiteen la ved behandlingen av Psykiatrimeldingen sterk vekt på nettverksbygging i lokalsamfunn og nærmiljø:

> «Komiteen har spesielt merket seg at undersøkelser tyder på at tiltak som tar sikte på å styrke det sosiale nettverk, har forebyggende virkning på psykisk helse. Lokalsamfunnet og den enkeltes nærmiljø er viktig for nettverksbyggingen. Komiteen mener derfor det er nødvendig å satse aktivt på å bygge opp levende lokalmiljøer, der det er trygt og godt å bo, og der folk føler at de hører til i et nærmiljø. Det offentlige må støtte mer opp om frivillige organisasjoner, som er viktige bidragsytere i nettverksbyggingen i lokalsamfunnet. Organisasjonene er viktige byggesteiner i det forebyggende arbeidet med å motvirke de negative trendene i samfunnet.»

(Innst. S. nr. 258 (1996-97), side 13).

Komiteen framhevet ellers familiens betydning i det forebyggende arbeidet og understreket helsestasjonenes plass både i forhold til foreldre, små barn og ungdom. Det ble også pekt på at kunnskap er avgjørende for hvordan lokalsamfunnet møter mennesker som rammes av psykiske lidelser, og at slik kunnskap er like viktig i lokalmiljøet som på andre arenaer som på arbeidsplassen og i skolen.

Under behandlingen av Psykiatrimeldingen ba Stortinget regjeringen snarest å fremme forslag om en forpliktende handlingsplan for psykiatrien og senest i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 1998. Regjeringen Bondevik bebudet derfor i sin tiltredelseserklæring at en slik plan skulle legges fram. Dette skjedde i St.prp. nr. 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. Også dette stortingsdokumentet og behandlingen av det, gir føringer for det framtidige folkehelsearbeidet i kommunene. Det slås fast at det forebyggende arbeidet er for svakt, og at en skal forebygge der det er mulig, og i hvert fall søke å påvirke forløp, alvorlighetsgrad og konsekvenser. Det sies i meldingen at forebyggende tiltak er sentralt, og at forebygging på sikt er bedre ressursbruk enn kostbar behandling. Det understrekes også at det er kommunene som har hovedansvaret for primærforebygging, men at fylkeskommunene må bistå kommunene med sin kompetanse i det forebyggende arbeidet. Dette innebærer at både kommunene og fylkeskommunene må ha et forebyggingsperspektiv i sin samfunnsplanlegging gjennom hhv kommune- og fylkesplanleggingen.

Det vises spesielt til de forslag som angår barn og unge, og som Sosialkomiteen har sluttet seg til: styrking av tilbudene ved helsestasjonene og skolehelsetjenesten og etablering av helsestasjon for unge i alle landets kommuner. Det vises ellers til omtale senere i utredningen.

Handlingsplan for helse- og omsorgspersonell 1998-2001 -Rett person på rett plass

Handlingsplan for helse- og omsorgspersonell 1998-2001 konsentrerer seg om de personellmessige sidene ved helsereformene og handlingsplan for eldreomsorgen med en rekke konkrete tiltak. Det er for 1998 bevilget 100 mill kroner som ramme for handlingsplanen. Bortsett fra tiltak for å bedre dekningen av leger og annet helsepersonell i områder hvor dekningen i dag er dårlig, er det ingen tiltak som direkte angår helsefremmende arbeid. Handlingsplanen kan likevel få en indirekte positiv effekt ved å styrke helsepersonellressurser til oppgaver som er viktige i folkehelsearbeidet.

Forslag til tiltak når det gjelder utdanning av personell til å delta i folkehelsearbeidet omtales i kapittel 10.

Arbeidet med stortingsmeldingen om rehabilitering

Sosial- og helsedepartementet arbeider nå med en stortingsmelding om rehabilitering som skal legges fram innen utgangen av 1998. Meldingen skal gi en klarere og mer samlet politikkutforming på tvers av målgrupper, profesjoner og sektorer. Dette antas å gi en sterkere effekt av rehabiliteringsarbeidet. Meldingen vil understreke brukernes behov og ønsker i utformingen av tiltakene samt foreslå retningslinjer for samarbeid mellom forvaltningsnivåene.

Siden det pågår arbeid med en stortingsmelding om rehabilitering, går ikke utvalget inn i dette feltet utover at det berøres der det er naturlig senere i utredningen.

Arbeidet med stortingsmeldingen om utjevning av levekår

Regjeringen har igangsatt et arbeid med en stortingsmelding om utjevning av levekår. Meldingen skal legges fram våren 1999 samtidig med den neste Folkehelserapporten. Meldingen vil ta for seg ulike levekårsarenaer, fordeling av økonomiske ressurser og andre sentrale levekårskomponenter i befolkningen. Levekår som utdanning, arbeid, helse, boforhold og nærmiljø, omsorg, familie og sosiale relasjoner, rekreasjon, fritid og kultur, trygghet, deltakelse og politiske ressurser er her viktige. Meldingen vil identifisere hvem som har dårlige levekår og lave inntekter og legge vekt på opphoping av dårlige levekår. Når det gjelder omtalen av helse som levekårskomponent vil meldingen bygge på det faktamateriale som utarbeides til Folkehelserapporten 1999.

Utvalget viser til omtalen i kapitlene 7 og 10 om hva betydningen av ulikheter i helse og sosiale levekår har for folkehelsen.

Arbeidet med handlingsplan for samisk helse- og sosialtjeneste

Regjeringen vil følge opp NOU 1995:6 Plan for helse- og sosialtjenester for den samiske befolkning i Norge gjennom en egen handlingsplan. Det er allerede fastslått at det i det samiske språklovsområdet skal legges til rette for bruk av samisk språk i helseinstitusjonene. Det er også meningen at samiskspråklige pasienter skal få fortrinnsrett til samiske fastleger, og at det må utarbeides fleksible ordninger som sikrer reindriftssamene en tilfredsstillende primærlegetjeneste. En særskilt utfordring er å tilrettelegge tjenester til samisk kulturell kontekst. Dette gjelder ikke minst den institusjonsbaserte eldreomsorgen som kan virke fremmed fra et samisk ståsted. Sosialt arbeid bør også i større grad ta slike hensyn - ikke minst gjennom å spille på kunnskap om samiske slektskapsstrukturer og tradisjoner for bearbeiding av konfliktfylte relasjoner.

Det vises ellers til *"Tendenser - dilemmaer - utfordringer"* i kapittel 7 hvor den samiske befolkning er nevnt i beskrivelsen av enkelte grupper i befolkningen det kan være spesielt viktig å rette oppmerksomheten mot. Men på bakgrunn av arbeidet med handlingsplanen, vurderer ikke utvalget spørsmål som angår den samiske befolkning utover dette, spesielt.

Arbeidet med oppfølging av NOU 1996:10 Effektiv matsikkerhet

Dagens nasjonale næringsmiddellovgivning er preget av mange lover, lite samordning og uklare avgrensinger mot andre lover. En slik oppsplittet lovstruktur er et praktisk problem både for næringsutøverne og for det offentlige. I NOU 1996: 10 Effektiv matsikkerhet foreslås en omorganisering som resulterer i at dagens fem lover erstattes med en lov om matsikkerhet, og at all statlig forvaltning av mattilsyn bør legges til Sosial- og helsedepartementet. Det foreslås videre at det opprettes et nytt Statens mattilsyn som skal omfatte Statens næringsmiddeltilsyn, de deler av Fiskeridirektoratets kontrollverk som har ansvar for kvalitetskontroll med fisk, de kommunale næringsmiddeltilsynene og de gjenværende kommunale kjøttkontrollene. NOU 1996:10 har vært på en bred offentlig høring og følges nå opp i et samarbeid mellom de lovgivende departementer - Landbruksdepartementet, Fiskeridepar-

tementet og Sosial- og helsedepartementet i samarbeid med Nærings- og handelsdepartementet.

Utvalget vurderer dette arbeidet til å være i god gjenge og vil ikke ta opp spørsmål som angår den sentrale organiseringen av matsikkerhet og mattilsyn.

Revisjon av helselovgivningen

Sosial- og helsedepartementet sendte fire høringsnotater til nytt lovverk på høring i 1997. Dette er:

- Lov om pasientrettigheter
- Lov om rettssikkerhet og særlige tiltak for mennesker under psykisk helsevern
- Lov om helsepersonell m.m.
- Lov om spesialisthelsetjenester

Ny apoteklov har nylig vært på høring og en Ot.prp. fremmes høsten 1998. Endringer i kommunehelsetjenesteloven i forbindelse med framleggelse av Ot.prp. om fastlegeordningen følger våren 1999.

I tillegg har utkast til ny lov om helsemessig og sosial beredskap vært på høring. Det er forutsatt at odelstingsproposisjoner om de første fire lovene skal fremmes innen utgangen av 1998, mens forslag til lov om helsemessig og sosial beredskap ventes framlagt våren 1999. Det er først og fremst lov om spesialisthelsetjenester og lov om helsemessig og sosial beredskap som er av interesse i et folkehelseperspektiv. Det vises til nærmere omtale i *"Lovgrunnlag og definisjoner"* i kapittel 3.

Arbeidet med ny strålevernlovgivning

Den generelle loven innen strålevern, lov om bruk av røntgenstråler og radium m.v. er fra 1938. På grunn av lovens alder, og den utviklingen som har skjedd innen strålebruk, ble det i 1997 igangsatt en gjennomgang av strålevernlovgivningen med sikte på å fremme forslag om en revidert strålevernlov som i større grad fyller det behov som en moderne strålevernforvaltning krever. Forslag til ny lov om strålevern og bruk av stråling er nylig sendt på høring, og Ot.prp. om ny lov skal etter planen fremmes våren 1999.

Det vises til en noe mer utførlig omtale i kapitlene 3 og 4.

Utredning om kvinnehelse

Et utvalg som skal utrede kvinners helse i Norge ble oppnevnt høsten 1997 med frist innen utgangen av 1998. Kvinners helse, sykdom og møte med helse- og velferdsordninger vil bli drøftet og framstilt i et kjønns- og likestillingsperspektiv. Utredningen vil danne grunnlag for vurdering av tiltak.

Utvalget omtaler enkelte spesielt sårbare grupper blant kvinnene i *"Tendenser - dilemmaer - utfordringer"* i kapittel 7.

Arbeidet med nasjonal handlingsplan for miljø og helse

Alle medlemslandene i Europaregionen til WHO undertegnet i Helsinki 1994 en deklarasjon om miljø og helse. Deklarasjonen forplikter helse- og miljøvernmyndighetene i de enkelte landene til å utarbeide en felles nasjonal handlingsplan for å redusere miljøets bidrag til helseproblemer i befolkningen og til å ta vare på de miljøkvaliteter som bidrar positivt til helse og livskvalitet. Etter deklarasjonen skal planen være nært knyttet opp mot statens øvrige miljø- og helsehandlingsplaner. Deklarasjonen legger vekt på:

- å opprettholde solidaritet både mellom nasjoner og innad i hver stat
- å basere seg på «subsidiarity» eller nærhetsprinsippet om at tiltak og beslutninger skal gjøres på det mest hensiktmessige og effektive nivå
- å sikre bærekraftig utvikling slik at tilfredsstillelse av dagens behov ikke må undergrave muligheten av å tilfredsstille framtidige behov
- samarbeid med alle relevante sektorer

Handlingsprosjektet har vært inndelt i følgende delprosjekter: 1) nasjonale helse- og miljømål og -virkemidler, 2) miljøforhold og helse/overvåking, 3) forvaltningsmetodikk. Handlingsplandokumentene består av tre deler:

Implementeringen av handlingsplanen starter i 1999, og plandokumentet vil bli presentert på ministerkonferansen om helse og miljø i London i juni 1999.

2.1.5 Viktig kommunalpolitisk meldings- og utredningsarbeid

Kommuneloven

Lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) trådte i kraft 1. januar 1993 og erstattet lov om styret i herreds- og bykommuner og lov om fylkeskommuner. De sentrale elementer i kommuneloven er regler om den politiske organiseringen, om arbeidsmåte og beslutningsprosess i politiske organer, om de folkevalgtes rettighet og plikter, om administrasjon i kommuner/fylkeskommuner, om planlegging, økonomiforvaltning og egenkontroll i kommunesektoren, om gjeldsforfølging overfor kommuner og fylkeskommuner, om statlig tilsyn og kontroll, særlig vedrørende godkjenning av og lovlighetskontroll med kommunale/fylkeskommunale vedtak.

Kommuneloven er mao en alminnelig lov om styringssystemet i kommuner og fylkeskommuner og kan generelt karakteriseres som en «forfatningslov» for kommunesektoren.

Harmonisering av særlovene

I forbindelse med vedtakelse av kommuneloven, besluttet Stortinget at en skulle gjennomgå særlovgivning rettet mot kommunesektoren. Med mindre tungtveiende nasjonale hensyn tilsa noe annet, skulle særlovgivningen harmoniseres til ny kommunelov. Dette skjedde i to omganger hvor den første fasen bestod i bl.a. å oppheve særlovsbestemmelser som påla kommunesektoren å opprette bestemte folkevalgte organer og bestemte stillinger av administrativ karakter. Av politiske fagorgan er kommunene fra 1. januar 1994 pålagt å ha et fast utvalg for plansaker og havnestyre der dette er aktuelt, men ingen andre særlovsnemnder. Det står således kommunene fritt å velge politisk organ til å ta seg av f.eks. helse- og sosialsaker. Mange kommuner har beholdt eget helse- og sosialstyre/helse- og sosialutvalg, men svært mange kommuner har valgt andre politiske fora. Samtidig falt pålegget om å ansette en sosialsjef som leder av sosialkontortjenesten bort, det samme gjorde kommunelegens rett og plikt til å delta i helse- og sosialstyrets møter samt i (plan- og) bygningsrådet. I neste omgang ble det gjort enkelte endringer som gikk på enkeltpersoners rettigheter og standardkrav for tjenester. I denne omgangen skjedde det relativt små endringer ettersom de fleste rettighetsreglene ble ansett for å være av «tungtveiende nasjonale hensyn»-karakter. Endringene trådte i kraft 1. januar 1997.

Norges forskningsråd igangsatte 1997 et forskningsprogram om kommuneloven (Kommunale beslutningsprosesser og statlig intervensjon. En vurdering av Kommunelovens og særlovenes betydning for utviklingen av kommunaldemokratiet og kommunalforvaltningen). Programmet varer ut 2002. Programmets siktemål er å kartlegge og analysere virkningene av den nye kommuneloven for det kommunale og fylkeskommunale styringssystemet, for den statlige styringen og for innbyggerne, og for å øke forskningskompetansen som grunnlag for eventuell ny lovgivning, andre tiltak eller endringsprosesser. Programmets portefølje omfatter en rekke prosjekter av stor interesse for folkehelsearbeidet i kommunene. Det vises ellers til omtale av forskningsprogrammet i underkapittel 10.10 og *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8.

St.meld. nr. 23 (1992-93) Forholdet mellom staten og kommunane

Stortingsmeldingen som ble fremmet 26. februar 1993 konsentrerer seg om kommunalforvaltningen som tjenesteprodusent og om rollen kommunalforvaltningen har i vårt demokrati. Kommunal- og miljøvernkomiteen viste til at den nye kommuneloven og inntektssystemet bygger på helhetsstyring og lokal prioritering og sluttet seg til at utgangspunktet for statens styring av kommunesektoren bl.a. bør være:

- Lokale folkevalgte organer er en viktig del av folkestyret. Statlig styring må derfor finne sin plass i skjæringspunktet mellom verdier knyttet til det lokale selvstyret og nasjonale hensyn.
- Det skal legges vekt på samhandling og dialog mellom de ulike forvaltningsnivåene.
- Kommunalforvaltningens inntektsfundament skal i hovedsak være sammensatt av skatteinntekter og rammeoverføringer.
- Det er et klart kommunalt ansvar å tilpasse de årlige utgiftene til de gitte inntektsrammene.
- Kommunesektoren må stadig bli bedre til å utnytte ressursene sine slik at verdiskapningen øker.
- Kommunalforvaltningens ansvar er i utgangspunktet negativt avgrenset. Når kommuner og fylkeskommuner blir pålagt å iverksette nasjonale oppgaver, bør dette være fastsatt i lov.
- Det er behov for supplerende statlige virkemidler.
- Den statlige styringen skal være konsistent. Krav om oppgaveløsning må stå i samsvar med de tilgjengelige ressursene.

(Kilde: Innst.S. nr. 156 (1992-93) side 8)

Komiteen understreket også behovet for en sterkere samordning på sentralt statlig hold når det gjelder tiltak som vil få vesentlig økonomisk og/eller administrativ betydning for kommunesektoren. Kommunal- og arbeidsdepartementets rolle i samordningsarbeidet ble understreket (Innst.S. nr. 156 (1992-93) side 9).

Utvalget har lagt innholdet i denne meldingen til grunn for sitt syn på forholdet mellom staten og kommunene.

Redegjørelse om lokaldemokratiet

Kommunal- og regionalministeren holdt 19. mars 1998 en redegjørelse for Stortinget om lokaldemokratiet. I forbindelse med debatten i Stortinget fremmet partiene flere forslag som det ble votert over. Seks av disse fikk flertall. Det er i St.prp. nr. 60 (1997-98) Om kommuneøkonomien 1999 m.v. gjort rede for hvordan disse sakene er tenkt fulgt opp. Det gjelder:

- Gjennomgang av plan- og bygningsloven med særlig vekt på å redusere og samordne ulike statlige etaters mulighet til å gripe inn i planprosesser.
- Det er utarbeidet retningslinjer for arbeid med statlig regelverk, med vekt på sektorregelverk.
- En vurdering av fylkesmennenes rolle for å etablere skiller slik at fylkesmennene ikke har saksforberedende eller utøvende ansvar på områder hvor de har anke-/ kontrollansvar.
- Samordning av offentlig service - bedre samordning og samarbeid mellom offentlige kontorer. Etter modell av offentlige servicekontor.
- Tiltak som kan stimulere barn og unge til å bli engasjert i lokalpolitikken gjennom f.eks. barnas kommunestyre og liknende.

Det ble samtidig foreslått to forsøksordninger for hhv forsøk med beskatningsfrihet i 20 kommuner og 2 fylkeskommuner og forsøk med rammebevilgning i stedet for øremerkede tilskudd for et tilsvarende antall kommuner og fylkeskommuner.

Kommunal- og miljøvernkomiteens flertall var ikke tilfreds med regjeringens opplegg for gjennomgang av særlovgivningen med sikte på bedre samordning av offentlig service. Flertallet viste til at altfor mange mennesker er «kasteballer» mellom ulike offentlige kontorer og etater, og at disse etatene ofte viser til særlovgivningen som begrunnelse mot å samarbeide så tett som en burde av hensyn til brukerne. Flertallet viste til at en gjennomgang av særlovgivningen derfor er nødvendig og forventer at regjeringen følger opp Stortingets vedtak snarest mulig og framlegger saken for Stortinget senest i forbindelse med kommuneøkonomiproposisjonen for år 2000. Komiteens flertall sa også nei til forsøk med fri beskatningsrett, men ja til forsøk med rammebevilgning i stedet for øremerkede tilskudd. Det vises til Innst.S. nr. 250 (1997-98).

Flere av disse temaene vil bli nærmere omtalt i kapittel 10. Utvalget er spesielt opptatt av:

– Samordning av offentlig service (lov- og regelverk, samlokalisering, finansieringsordninger m.v.).
– Forsøk med rammebevilgning i stedet for øremerkede tilskudd.

2.1.6 Annet meldings- og utredningsarbeid av relevans for folkehelsen

St.meld. nr. 17 (1996-97) Om innvandring og det flerkulturelle Norge

Meldingen ble behandlet av Stortinget 12. juni 1997, jf også Innst.S. nr. 225 (1996-97). Som oppfølging av meldingen skal det iverksettes tiltak på følgende hovedområder:

– Forutsetninger for deltakelse og fellesskap (tiltak for å motvirke rasisme og diskriminering).
– Kvalifisering, arbeid og inntektssikring (opplæring, godkjenning av utdanning fra utlandet, deltakelse på arbeidsmarkedet m.v.).
– Oppvekst, nærmiljø og utdanning (barne- og ungdomspolitikk, boforhold, barnehage, skole, barnevern, kvinner og likestilling, helse og omsorg).
– Kultur, innflytelse og religion (kulturpolitikk, organisasjonsliv, politisk deltakelse og statsborgerskap, religiøst mangfold).
– Ansvarsdeling og kunnskap.

Barn og ungdom i tillegg til kvinner er også på dette området viktige målgrupper, og flere av de foreslåtte tiltakene retter seg mot disse gruppene.

Av spesiell interesse kan være at Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) har igangsatt et tre-årig utviklingsprosjekt rettet mot unge innvandrere med funksjonshemminger, og at Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede retter søkelyset mot barn og unge og minoritetsspråklige som også er funksjonshemmede. Videre har fylkeslegen i Hordaland vært med på å igangsette arbeid med å utvikle en tiltaksplan for barn og unge med krigsoppleving. Dette er en del av Hordaland fylkes arbeid med Aksjonsprogrammet barn og helse (Sosial- og helsedepartementet) og Foreldreveiledningsprosjektet (Barne- og familiedepartementet). Det arbeides med å etablere en kompetanseenhet for somatisk og psykisk helse og omsorg blant personer med innvandrerbakgrunn. Det er nylig etablert et Kontaktutvalg for innvandrere og helse i regi av Sosial- og helsedepartementet. Dette kontaktutvalget må ikke forveksles med det regjeringsoppnevnte Kontaktutvalget mellom innvandrere og norske myndigheter (KIM) som har eksistert i mange år, og som har et atskillig bredere mandat og virkeområde. KIM er nå oppnevnt for 6 gang - og for første gang for en fireårs-periode. KIM har 33 representanter hvorav 16 har innvandrerbakgrunn, og 16 representerer offentlige myndigheter og politiske partier.

Det er nylig vedtatt mandat for Senter mot etnisk diskriminering, og stilling som leder er utlyst. Senteret som skal starte med en prøveperiode på fem år (1998-2002), skal gi juridisk bistand til personer som utsettes for diskriminering på grunn av sin hudfarge, tro eller etnisk opprinnelse. Senteret skal sikres faglig frihet. Det skal samarbeide med de frivillige organisasjonene som arbeider med kamp mot rasisme og diskriminering.

Kommunal- og regionaldepartementet har nylig invitert interesserte kommuner til å komme med forslag til prosjekter med formål å vri inntekten for nyankomne flyktninger og innvandrere fra passiv sosial støtte til aktive tiltak som fremmer kvalifisering for ordinært arbeid og utdanning. Tiltaket vil ha varighet maksimalt ut 2000.

Det vises til *"Tendenser - dilemmaer - utfordringer"* i kapittel 7 hvor innvandrere og flyktninger er nærmere omtalt.

St.meld.nr. 29 (1996-97) Regional planlegging og arealpolitikk

Miljøverndepartementet legger hvert fjerde år fram en stortingsmelding om regional planlegging og arealpolitikken. Kommunal- og regionaldepartementet (tidligere Kommunal- og arbeidsdepartementet) legger samtidig fram en stortingsmelding om distrikts- og regionalpolitikken. Formålet med St.meld.nr. 29 er å drøfte erfaringer med bruk av plan- og bygningsloven på bakgrunn av ti års praksis og å gjøre loven mer praktiserbar. Det blir også lagt vekt på samhandlingen mellom de folkevalgte organene i kommuner og fylkeskommuner og de regionale statsetatene for å sikre helhet og sammenheng i gjennomføringen av planleggingen slik at en når målene på en mest mulig effektiv måte. Det slås fast at plan- og bygningsloven i hovedsak fungerer som forutsatt, men at det likevel er behov for en samlet gjennomgang av lovverket med vekt på:

- Gjøre enklere, effektivisere og sikre deltaking i prosessene etter plan- og bygningsloven.
- Fastsette og konkretisere nasjonale mål for noen prioriterte områder.
- Sikre ny kunnskap i planarbeidet.
- Klargjøre behov for endringer i lys av framtidens behov.

Når det gjelder kommuneplanleggingen vises det til at utfordringene som ligger i Lokal Agenda 21 vil innebære en politisk og faglig vitalisering av kommuneplanleggingen med vekt på samarbeid mellom sektorer, forvaltningsnivåer og mellom offentlig forvaltning, næringsliv, lokale organisasjoner, individer og husholdninger.

St.meld. nr. 31 (1996-97) Om distrikts- og regionalpolitikken

Meldingen bygger på Langtidsprogrammet 1998-2001. Utviklingen i bosetting og levekår analyseres og ses i sammenheng med næringsutvikling og utvikling på andre politikkområder som: samferdsel, landbruk, fiskeri, kultur og kommunesektoren.

Utvalget vil peke på at disse to temamessig beslektede stortingsmeldingene understreker behovet for god samordning mellom Kommunal- og regionaldepartementet og Miljøverndepartementet. Begge har ansvar for hver sin del av plan- og bygningsloven - Miljøverndepartementet for plandelen, Kommunal- og regionaldepartementet for bygningsdelen.

Utvalget vil komme tilbake til dette samordningsbehovet i kapitlene 8 og 10.

St.meld. nr. 27 (1996-97) Om statens forhold til frivillige organisasjoner og St.meld. nr. 44 (1997-98) Tilleggsmelding

Regjeringen Jagland la 14. mars 1997 fram St.meld. nr. 27 (1996-97) Om statens forhold til frivillige organisasjoner. Regjeringen Bondevik fremmet 28. mai 1998 sin tilleggsmelding - St.meld. nr. 44 (1997-98). Meldingen har ikke rukket å bli behandlet av Stortinget.

Av størst interesse for dette utvalget er forslagene til hvordan staten kan nå fram til lokale lag og foreninger. Regjeringen tar som utgangspunkt at en har to mulige kanaler ned til lokallagene: organisasjonenes sentralledd eller gjennom fylkeskommuner/kommuner. Meldingen argumenterer for at det vil være vanskelig å etablere en helhetlig og samordnet statlig politikk overfor lokalt medlemsbasert virke gjennom organisasjonenes nasjonale ledd. Regjeringen går i stedet inn for å benytte de ulike offentlige forvaltningsnivå som kanal ut til lokale, frivillige organisasjoner. Dette vil skje ved at staten i første rekke baserer seg på et samarbeid med fylkeskommunene, og at alle fylkeskommuner gis et grunntilskudd på 1 mill kroner. Et overskytende beløp fordeles per innbygger under 18 år. Kommunens rolle vil være å informere lokale lag og foreninger om støtteordningen. Det vises ellers til omtale av frivillig sektor i *"Frivillig sektor"* i kapittel 9 og til tiltak når det gjelder finansieringsordninger i kapittel 10.

Ny opplæringslov

Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet la 3. april 1998 fram lov om grunnskolen og videregående opplæring (opplæringsloven), jf Ot.prp. nr. 46 (1997-98) og Innst.O. nr. 70 (1997-98). Den nye loven erstatter grunnskoleloven, lov om videregående opplæring og fagopplæringsloven samt enkelte deler av voksenopplæringsloven. I forbindelse med lovarbeidet har Kirke,- utdannings- og forskningsdepartementet til vurdering om arbeidsmiljøloven bør gjøres gjeldende for skoleelever og en utredning av en egen ulykkesforsikringsordning for alle elever i grunnskolen og videregående opplæring. Det vises ellers til *"Lovgrunnlag og definisjoner"* i kapittel 3 hvor enkelte bestemmelser er omtalt. Temaet omtales i kapittel 10 hvor tiltak som gjelder bestemmelser om helse, miljø og sikkerhet for barn og unge vurderes.

Bli med! Utviklingsprogram for styrking av oppvekstmiljøet

Barne- og familiedepartementet har iverksatt et utviklingsprogram for å styrke oppvekstmiljøet for alle barn og ungdommer og for å redusere mulighetene for at barn og ungdom utvikler problemer. Det tas sikte på å videreføre programmet over flere år, bl.a. med en omfattende ordning med tilskudd til lokale initiativ og tiltak blant barn og unge. Målgruppen er alle barn og unge opp til 25 år, mens aldersgruppen 13 - 18 år er spesielt fokusert. Programmet skal legge til rette for å mobilisere lokale frivillige krefter, kommuner og statlige myndigheter til en felles innsats. 9 departementer er med i arbeidet som koordineres av Barne- og familiedepartementet.

2.2 UTVALGETS OPPNEVNING OG MANDAT

2.2.1 Mandat

Utvalget fikk som mandat:

> «Utvalget skal legge fram forslag til en definisjon av folkehelsearbeidet i kommunene som omfatter alle relevante spørsmål, herunder spesielt plassen til det samfunnsmedisinske arbeidet og miljørettet helsevern.
>
> Utvalget skal foreta en analyse av status for folkehelsearbeidet i dag og gi en bred faglig vurdering av hva som bør omfattes av begrepet folkehelsearbeid, med hovedvekt på folkehelsearbeidet i kommunene.
>
> Utvalget skal beskrive, vurdere og legge fram forslag til organisering av folkehelsearbeidet og bruk av virkemidler i kommunene, herunder
>
> a) beskrive de administrative virkemidler som benyttes i dag som f.eks. kartlegging, overvåking, analyse og evaluering,
>
> b) beskrive organisering og bruk av virkemidler innenfor bl.a. miljørettet helsevern, smittevernarbeidet, helsestasjons- og skolehelsetjenesten og

svangerskaps- og fødselsomsorgen, jf Stortingets vedtak av 7.3.97 under behandling av Dokument 8:20,

c) vurdere virkemidlenes effekt i forhold til måloppnåelse og kostnadseffektivitet,
d) beskrive og vurdere effekten av eksisterende juridiske og økonomiske virkemidler, bl.a. finansieringsordninger som virkemiddel i forebyggingspolitikken, og
e) fremme konkrete forslag til effektivisering av virkemiddelbruken, herunder forslag om samarbeid mellom fagmyndigheter og om koordinering av virkemidler og tiltak.

Utvalget skal videre legge fram en vurdering av hva statens og fylkeskommunenes rolle bør være i forholdet til folkehelsearbeidet i kommunene, herunder eventuelle forslag til organisering.

Utvalget skal utrede økonomiske og administrative konsekvenser av sine forslag, herunder vurdere behovet for eventuelle overgangsordninger. Minst et av forslagene skal baseres på uendret ressursbruk for folkehelsearbeidet i kommunene. Dette omfatter beregning av konsekvenser av forslagene for kommunene, for legetjenesten og andre berørte helsetjenester i kommunene og for staten, samt en analyse av virkningene for samme grupper av berørte. Utvalget skal også vurdere behovet for juridiske virkemidler, herunder eventuelle lovendringer.

Utvalget forutsettes å legge fram sin første delutredning senest 1. januar 1998. Delutredning I skal omhandle forslag til aktuelle administrative, økonomiske og juridiske endringer som har sammenheng med innføring av en fastlegeordning fra 1.1.1999.

Utvalget har frist til 1.6.98 med å legge fram en avsluttende utredning om de sider ved folkehelsearbeidet som gjenstår etter delutredning I.»

Som nevnt ovenfor avga utvalget en delutredning om innpassing av samfunnsmedisinske og andre offentlige legeoppgaver i en fastlegeordning til helseministeren 23.1.98. Utvalget ba senere om å få utsettelse med sin sluttutredning til 15.9.98. Dette ble innvilget.

2.2.2 Oppnevning, organisering og arbeidsgrunnlag

Oppnevning og sammensetning

Departementet la ved sammensetning av utvalget stor vekt på at utvalget skulle være representert fra kommunesektoren samt fra brukersiden.

Departementet oppnevnte ut fra dette i brev av 16. juli 1997 følgende medlemmer:

Ordfører Arnfinn Ellingsen, Røst kommune (leder)

Ass. generalsekretær Liv Arum, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon

Seksjonssjef Anne Marie Borgersen, Kommunenes Sentralforbund

Byråsjef Greta Billing, Kommunal- og arbeidsdepartementet (Kommunal- og regionaldepartementet)

Avdelingsdirektør Hans Ånstad, Sosial- og helsedepartementet

Utvalgets sekretariat har bestått av hovedsekretær rådgiver Siri P. Hole og deltidssekretær byråsjef Jan Berg (begge Sosial- og helsedepartementet). Konsulent Kristin L. Andersen (Sosial- og helsedepartementet) deltok i sekretariatet fram til nyttår og har gitt praktisk bistand i utvalgets siste arbeidsfase. Fagsjef Sidsel Graff-Iversen (Statens helseundersøkelser) har vært deltidssekretær i tiden juni til 15. september 1998.

Organisering og arbeidsgrunnlag

Utvalget har hatt 21 møter hvorav 5 har vært to-dagersmøter. Utvalget har i tillegg hatt 2 dagsseminarer med eksterne innledere. Sekretariatet har foretatt en studietur til Sverige (Södra Skaraborg) og har sammen med utvalget vært på studietur til Danmark (Århus og Vejle). Utbyttet av disse studieturene gjengis i *"Folkehelsearbeidet i enkelte andre land"* i kapittel 6 om folkehelsearbeidet i enkelte andre land samt i *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8. Medlemmer av utvalget samt sekretariatet har ellers deltatt i en rekke internasjonale og nasjonale møter og konferanser om spørsmål som angår folkehelsearbeidet.

En bredt sammensatt referanse- og faggruppe bestående av representanter for en rekke fagorganisasjoner og forebyggingsinstitusjonene har bistått utvalget aktivt i utredningsarbeidet - dels gjennom fellesmøter - dels som uformelle høringsinstanser underveis. Gruppen har bestått av:

1. Anne Marit Tangen, Den Norske Jordmorforening
2. Turi Bondesen, Den norske lægeforening
3. Arne Jonannesen, Den norske lægeforening
4. Brith Munthe, Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere
5. Finn Martinsen, Forum for miljø og helse. Svein Arne Hoff fra 15.7.98
6. Rita Lekang, Landsorganisasjonen i Norge
7. Siri Bøgh, Norsk Helse- og Sosialforbund
8. Jan Larsson, Norsk Helse- og sosiallederlag
9. Anne Inger Helmen Borge, Norsk Psykologforening
10. Sissel Weik, Norsk Sykepleierforbund
11. Nina Misvær, Norsk Sykepleierforbund
12. Gro Jamtvedt, Norske Fysioterapeuters Forbund
13. Ola Lilleholt, Kommunenes Sentralforbund
14. Jon Hilmar Iversen, Statens institutt for folkehelse
15. Erik Dybing, Statens institutt for folkehelse
16. Petter Øgar, Statens helsetilsyn
17. Tone Poulsson Torgersen, Statens helsetilsyn
18. Frøydis Langmark, Kreftregisteret
19. Sidsel Graff-Iversen, Statens helseundersøkelser
20. Sissel Blåsternes, Statens tobakksskaderåd
21. Hanne Kristin Larsen, Statens ernæringsråd
22. Ole Harbitz, Statens strålevern
23. Birger Willumsen, Statens næringsmiddeltilsyn
24. Harald Ribe, Statens næringsmiddeltilsyn
25. Sigbjørn Gregusson, KNT-forum. Hallgeir Herikstad fra 17.7.98
26. Svein Jacobsen, Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver
27. Marianne Sperre, Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver

Utvalget har ellers trukket på kompetansen og ekspertisen til andre som ikke har vært representert i referansegruppen. Det har vært avholdt 2 fellesmøter mellom utvalget, referansegruppen og forebyggingsinstitusjonene. I tillegg har disse faginstansene bidratt med skriftlige innspill underveis i utredningsarbeidet. Deler av utkast til sluttutredning har vært på en minihøring i referansegruppen. Høringsuttalelsene har vært til stor nytte i sluttfasen av arbeidet.

Utvalget har mottatt mange skriftlige og muntlige henvendelser om spørsmål som berører forebyggende arbeid generelt og folkehelsearbeidet spesielt. Utvalgets leder og flere av medlemmene har holdt en rekke foredrag om styrking av folkehelsearbeidet, og utvalget vurderer interessen både i kommunene, i ulike faggrupper, i frivillige organisasjoner og hos publikum som stor.

Utvalget engasjerte høsten 1997 forsker lege Betty Pettersen til å foreta en delutredning om søkelys på samfunnsmedisinen. Hennes arbeid er trykket i sin helhet som Vedlegg 4. Enkelte av resultatene er brukt direkte i utvalgets Delutredning I og i noe mindre grad i sluttutredningen. Utvalget har videre engasjert dr. med. Reidun Førde til å utrede de psykososiale forhold rundt svangerskaps- og fødselsomsorgen, jf Stortingets vedtak 7. mars 1997 under behandlingen av Dokument 8:20 om egen takst for jordmor i privat praksis. Delutredningen er trykket som Vedlegg 1 samt at hovedfunnene er benyttet i selve utredningen. Prosjektleder og lege Arild Aambø har vært engasjert for en delutredning om «empowerment» som har gitt viktige innspill til *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8. Rådgiver Thomas Mauritzen har laget en utredning om folkehelsearbeidet i Japan. Begge disse innspillene er trykket som hhv Vedlegg 2 og 3.

Utvalget har henvendt seg til landets fylkeskommuner og et utvalg kommuner for å få en oversikt over hva som faktisk drives av ulike typer folkehelsearbeid i dag. Et imponerende bredspektret og stort materiale kom tilbake til utvalget og er brukt i arbeidet med utredningen og er konkret omtalt i *"Mangfold i folkehelseabeidet i kommuner og fylkeskommuner"* i kapittel 5.

2.3 UTVALGETS FORTOLKNING AV MANDATET OG AVGRENSING AV UTREDNINGEN

Som det går fram av mandatet fikk utvalget i oppdrag å legge fram en definisjon av folkehelsearbeidet i kommunene som omfatter alle relevante spørsmål. Det samfunnsmedisinske arbeidet og miljørettet helsevern ble spesielt uthevet. Samtidig skal utvalget foreta en analyse av status for folkehelsearbeidet i dag samt gi en faglig vurdering av hva som bør omfattes av begrepet folkehelsearbeid. Utvalget skal videre beskrive, vurdere og legge fram forslag til organisering av folkehelsearbeidet og bruk av virkemidler i kommunene: organisatoriske, økonomiske, juridiske og virkemidler av mer faglig karakter. Som det går fram av mandatet og omtalen i punkt 2.1.3 ovenfor, fikk utvalget meget kort frist for sine utredninger. Dette har virket forstyrrende inn på utvalgets utredningsarbeid og valg av arbeidsform som hele tiden har vært under meget sterkt tidspress.

Når det gjelder mandatet har utvalget hatt som utgangspunkt at folkehelsearbeidet er et meget vidtfavnende tema, og at hovedfokus er rettet mot kommunene. Dette betyr ikke at fylkeskommunene og staten har uvesentlige roller i dette arbeidet. Utvalget har under hele sitt utredningsarbeid satt menneskene i sentrum og vært mer opptatt av å styrke folks ressurser, mestring, styring og kontroll over egne liv og egen situasjon enn av «systemenes«, «profesjonenes«, «myndighetenes«rolle i folkehelsearbeidet. Utvalgets erfaring gjennom arbeidet med utredningen har vist at mange faginstanser har et stort engasjement i folkehelsearbeidet. Utfordringen er, slik utvalget ser det, å få alle krefter på området til å jobbe sammen mot et felles mål - nemlig at folk skal få det bedre i forhold til livskvalitet, påvirkningsmuligheter, delaktighet, mestring, solidaritet med andre, helse m.v.

Utvalget er bl.a. gjennom høringen på Delutredning I og en minihøring på deler av sluttutredningen klar over at det er mange oppfatninger av hva folkehelsearbeid er, og at flere faginstanser savner en mer samfunnsmedisinsk og vitenskapelig tilnærming til temaet. Det er likevel å håpe at andre vil kjenne sine egne tanker og visjoner igjen, og at utredningen kan bidra til et løft for styrking av folkehelsearbeidet så vel i kommunene som på fylkeskommunalt og statlig nivå.

Fortolkning av mandatet

Utvalget vil nedenfor gi noen presiseringer av spørsmål som er tatt opp i mandatet. Det vises ellers til underkapittel 3.2 hvor utvalget beskriver hvordan det

ønsker at rammene omkring folkehelsearbeidet i kommunene skal være. Denne beskrivelsen gir samtidig rammene rundt hvorfor utvalget har valgt å konsentrere seg om visse ting i sin utredning og utelatt andre ting.

Presisering I - Statens og fylkeskommunenes rolle i forholdet til folkehelsearbeidet i kommunene

Utvalget vil presisere et spesielt forhold i mandatet: «Utvalget skal videre legge fram en vurdering av hva statens og fylkeskommunenes rolle bør være i forholdet til folkehelsearbeidet i kommunene, herunder eventuelle forslag til organisering.» Utvalget har tolket dette punktet i mandatet slik at det dreier seg om gode modeller for samarbeid både innen og mellom forvaltningsnivåene og ikke en diskusjon om hvordan f.eks. fylkeskommunen skal organiserer seg. Gjennom det omfattende materialet fylkeskommunene har sendt utvalget, går det fram at det er mange og spennende måter å drive fylkeskommunalt folkehelsearbeid på. *"Mangfold i folkehelseabeidet i kommuner og fylkeskommuner"* i Kapittel 5 om mangfold i folkehelsearbeidet illustrerer dette i fullt mon.

Presisering II - Arbeidshelse- og arbeidssikkerhetsspørsmål

Arbeidshelse- og arbeidssikkerhetsforhold omfattes ikke av utvalgets definisjon av samfunnsmedisinske oppgaver i kommunene. Utvalget vil imidlertid understreke arbeidslivets og arbeidshelsens store betydning for folkehelsen. Dette gjelder både i positiv og negativ retning. Utvalget vil slå fast at arbeidslivet er en svært viktig arena for både sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltak. Arbeidslivet som arena er derfor også nevnt i utvalgets drøfting av tendenser, problemer og utfordringer i *"Tendenser - dilemmaer - utfordringer"* i kapittel 7 og er en viktig arena for empowermentstrategien som omtales i *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8.

At arbeidshelse- og arbeidssikkerhetsspørsmål ikke har fått en mer dominerende plass i utvalgets utredning, har sammenheng med utvalgets mandat og sammensetning. Disse spørsmålene sorterer under Arbeidstilsynet og bedriftshelsetjenesten som utvalget ikke har hatt tilstrekkelig kunnskap om. Utvalget vil likevel peke på at det synes behov for et bedre samarbeid mellom arbeidsmedisinen, samfunnsmedisinen og de behandlende leger, men regner med at dette tas opp i forbindelse med etableringen av fastlegeordningen.

Presisering III - Sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid

Utvalget legger til grunn at alt folkehelsearbeid har elementer av helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid innebygget.

Med sykdomsforebyggende arbeid mener utvalget tiltak for å forebygge folkesykdommer som f. eks.:

- psykososiale problemer,
- belastningslidelser (muskel- og skjelettplager),
- skader etter ulykker,
- astma, allergi og andre inneklimasykdommer,
- hjerte-karlidelser,
- kreft,
- lungelidelser m.v.
- infeksjonssykdommer.

Med helsefremmende arbeid mener utvalget den forebyggingsstrategien som antakelig betyr mest, og som på sikt kan gi best resultater på kommunenivå. Den helsefremmende innsatsen dreier seg om:

- styrking av at folk blir i stand til å definere sine egne problemer ut fra egen situasjon og finne sine løsninger i fellesskap med andre (empowerment),
- utvikling av aksepterende, støttende og gode lokalsamfunn,

– arbeid med sikte på at alle skal ha en mulighet for å føle seg verdsatt og nyttig for seg selv og andre,
– samarbeid med borgerne, brukerne og frivillig sektor.

Utvalget mener at staten med Sosial- og helsedepartementet som pådriver, har en klart mer aktiv og styrende rolle i det sykdomsforebyggende arbeidet enn i det helsefremmende arbeidet selv om kommunene og delvis fylkeskommunene står sentralt i forhold til både sykdomsforebygging og helsefremming. I det helsefremmende arbeidet må kommunene ha frihet til å prioritere og organisere seg som de vil. Alle departementer har viktige oppgaver innenfor sitt fag- og sektoransvar. Utvalget kommer nærmere tilbake til denne drøftingen i kapitlene 8 og 10.

Spesielt om Stortingets vedtak om utredning av psykososiale forhold rundt svangerskaps- og fødselsomsorgen

Utvalget fikk som det går fram av mandatet som oppgave å utrede de psykososiale forhold ved svangerskaps- og fødselsomsorgen. Utvalget har løst denne oppgaven gjennom å få utarbeidet en delutredning «Den psykososiale delen av svangerskapsomsorgen - bør den styrkes?». I tillegg har utvalget basert seg på en undersøkelse foretatt av Den Norske Jordmorforening våren 1997 samt SSB-statistikk fra Styrings- og informasjonssystemet for helse- og sosialtjenesten i kommunene 1998 (statistikk per 31.12.97). Det er også lagt vekt på innholdet i SSB's Rapporter 98/11. Hvordan møter småbarnsfamiliene helsetjenesten: Analyser av variasjoner i helsetilstand, sosiale nettverk og erfaringer med helsetjenesten (SSB og Folkehelsa: Hanna Bild, Kari Kveim Lie, Rannveig Nordhagen, Jon Erik Finnvold). Utvalget har ikke funnet det tidsmessig mulig å få laget en egen undersøkelse om jordmødre i landets kommuner.

Avgrensing av utredningen

Som det går fram av oppsummeringen i punktene 2.1.4 - 2.1.6 pågår det svært mye arbeid på mange områder og i forhold til mange målgrupper - arbeid som er beslektet med utvalgets definisjon av folkehelsearbeid. Utvalget har forsøkt å unngå overlapping på disse områdene. Noe av det utvalget har sett på som spesielt viktig, er å legge opp til en politikk og ordninger som bidrar til at kommunene - og i den grad det er nødvendig også fylkeskommunene og staten - lettere kan koordinere sin virksomhet og sine aktiviteter og unngå uheldig konkurranse mellom statlige initiativ - det være seg handlingsplaner, planleggingskrav, nasjonale reformer m.v. som retter seg mot kommunene og de samme etatene og personellgruppene.

2.4 BEGREPET FOLKEHELSEARBEID OG OPPBYGGING AV UTREDNINGEN

Hva legger utvalget i begrepet folkehelsearbeid?

Utvalget har brukt mye tid på å finne fram til en enkel og praktisk definisjon på hva folkehelsearbeid er. Denne definisjonen ble presentert i høringsbrevet til Delutredning I og møtte svært få motforestillinger. Enkelte mente at definisjonen var for vid, men mange mente den burde være så vid at den favnet atskillig bredere enn helse i betydningen fravær av sykdom. Utvalgets definisjon av folkehelse går fram av Boks 2.2.

For en nærmere drøfting av definisjonen vises til *"Lovgrunnlag og definisjoner"* i kapittel 3.

Boks 2.2

Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen. I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon.

Oppbygging av utredningen

Utredningen starter med et sammendrag som omfatter hovedtrekkene. Den er ellers bygget opp i to deler. Den første delen omhandler det utvalget kaller «folkehelseplattformen» som består av:

Kapittel 2 Innledning og bakgrunn
Kapittel 3 Lovgrunnlag og definisjoner
Kapittel 4 Status for forebyggende arbeid i Norge
Kapittel 5 Mangfold i folkehelsearbeidet i kommuner og fylkeskommuner
Kapittel 6 Folkehelsearbeidet i enkelte andre land

Den andre delen tar først for seg de tendenser, problemer og utfordringer vi ser framover, dernest hvilke muligheter som finnes, hvilke strategier vi kan benytte, og hva vi rent konkret kan gjøre for å styrke folkehelsearbeidet. Til slutt omtales de administrative og økonomiske konsekvensene av utvalgets forslag til tiltak:

Kapittel 7 Tendenser - dilemmaer - utfordringer
Kapittel 8 Livskvalitet - deltakelse - mestring
Kapittel 9 Frivillig sektor
Kapittel 10 Muligheter - strategier - tiltak
Kapittel 11 Administrative og økonomiske konsekvenser

Som trykte vedlegg følger delutredning om de psykososiale forhold rundt svangerskaps- og fødselsomsorgen (Vedlegg 1), delutredning om empowerment (Vedlegg 2), delutredning om folkehelsearbeidet i Japan (Vedlegg 3) og delutredning om samfunnsmedisin (Vedlegg 4). Utvalget vil understreke at disse delutredningene står for forfatternes regning. Som det går fram av flere av kapitlene, har imidlertid delutredningene gitt mye nyttig materiale til utvalgets sluttutredning.

KAPITTEL 3

Lovgrunnlag og definisjoner

3.1 INNLEDNING

Dette kapitlet er i hovedsak av rent beskrivende art. Utvalget har imidlertid også foretatt egne vurderinger og valg av definisjoner i forhold til enkelte, spesielt viktige områder: samfunnsmedisinsk arbeid, miljørettet helsevern, smittevern, og forholdet mellom disse oppgaveområdene og folkehelsearbeid i kommunene.

Kapitlet starter i underkapittel 3.2 med det utvalget mener må være rammen om folkehelsearbeidet i kommunene. Dette er den samme rammen som er gitt innledningsvis i Delutredning I. En oversikt over det viktigste lovgrunnlaget for forebyggende og helsefremmende arbeid gis i underkapittel 3.3 og det faglige grunnlaget i underkapittel 3.4. Her står på den ene siden helselovgivningen sterkt, på den andre siden føringene i St.meld. nr. 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid. Samfunnsmedisinsk arbeid omtales i underkapittel 3.5, miljørettet helsevern og det kommunale næringsmiddeltilsynet i 3.6, smittevernet i 3.7 og forholdet mellom samfunnsmedisin og folkehelsearbeidet i 3.8. Til slutt i underkapittel 3.9 gir utvalget sin definisjon av begrepet folkehelsearbeid. Det vises ellers til utvalgets Delutredning I om innpassing av samfunnsmedisin og andre offentlige legeoppgaver i en fastlegeordning for mer utførlig omtale av samfunnsmedisin og til kapitlene 4 og 10.

3.2 RAMMEN RUNDT FOLKEHELSEARBEIDET I KOMMUNENE

Folkehelsearbeidet krever en folkebevegelse

Ser vi noen tiår tilbake, oppdages det lett at folkehelsearbeidet i Norge er historien om å lykkes. Vi fikk bukt med mange av de virkelig truende sykdommer, noe som både har forlenget vår levealder og gitt bedre livskvalitet. De store seire forebyggende virksomhet har vunnet, skulle være det beste utgangspunkt for å skape en ny bølge - en folkebevegelse - rundt helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, forutsatt at det legges gode rammer for et slikt arbeid.

Mens tidligere tiders folkehelsearbeid tok utgangspunkt i alvorlige og livstruende sykdommer, må dagens i stor grad ta utgangspunkt i sunnhet og helse. Målet må i størst grad være å beholde god helse mer enn å kjempe seg ut av farlige sykdommer. I denne sammenheng vil de såkalte livsstilsykdommer og vårt levesett stå sentralt. Til tross for dette må vi likevel ikke glemme at sunnhet og god helse ikke er likelig fordelt - verken i Norge eller rundt om i verden ellers. Selv om «sykdommer vi lider av, men ikke dør av» er blitt et økende folkehelseproblem, betyr det på ingen måte at kampen mot gårsdagens sykdommer er vunnet. Her er det tilstrekkelig å nevne en «gammel» smittsom sykdom som tuberkulose og en ny som HIV-infeksjon. Ved smittsomme sykdommer kan trusselbildet og folkehelsen endre seg raskt til det verre samtidig som vi vil ha de mer moderne folkesykdommer å kjempe mot. Folkehelsearbeidet må omfatte alt dette.

Filosofien innenfor «det nye folkehelsearbeidet» må legges til grunn:

- I vår tid dreier det seg om deltakelse, mestring og kontroll over egen situasjon, om å la engasjement og initiativ avløse avmaktsfølelse.
- Troen på egne evner, anlegg og pågangsmot skal skape optimisme og gi mulighet for å bety noe for fellesskapet.

– En rekke utviklingsprosjekter i lokalsamfunnene dokumenterer til fulle at eget engasjement er det beste for helse og livssituasjon - både for enkeltmennesket og grupper.

Lokal forankring må til

Skal folkehelsearbeidet gi resultater, må det forankres lokalt. Det er i lokalsamfunnet at folkehelsen utvikles og vedlikeholdes, ganske enkelt fordi det er her folk bor og virker. Folkehelsearbeidet er først og fremst en politikerjobb. Det er bare politikerne som kan legge rammer slik at innbyggerne bor tilfredsstillende, opplever trygge og gode oppvekstmiljøer, satser på å utvikle «sikre» lokalsamfunn som omfatter folk flest m.v. Derfor bør alt kommunalt planverk ha som utgangspunkt at alle politiske og administrative opplegg underordnes prinsippet om å styrke folkehelsen. Det vi gjør på tiltakssektoren - innenfor miljø, oppvekst, omsorg mm - skal ha som overordnet mål å skape en sunn befolkning med slitestyrke, pågangsmot, medansvar og solidaritet. Bare i en så omfattende sammenheng får innsatsen på de enkelte delområder fullgod mening.

Å vekke det politiske Norge til en omfattende og sammenhengende folkehelsedyst krever grundig skolering med holdningsutvikling og atferdsendring som effekt. Folkehelsearbeid er ikke en sak primært for helsepersonell. Skal vi lykkes, kreves gode medisinskfaglige råd i vid forstand som grunnlag for samspill mellom politikk, administrasjon, frivillige grupper og organisasjoner og alle samfunnssektorer. Det kreves mao en folkebevegelse. Fastlegeordningen - med den kunnskap om mennesker og lokalmiljø ordningen innebærer - vil være ett viktig element i folkehelsearbeidet.

Det er imidlertid en stor utfordring å finne økonomiske, organisatoriske og arbeidsmiljømessige løsninger som er gode nok til å skaffe alle kommuner bl.a. en tilfredsstillende legedekning. Dette er viktig ut fra målsettingen om et rimelig likt helsetilbud for alle og et rimelig likt medisinsk-faglig fundament for folkehelsearbeidet.

Belønning

I dag er det ingen direkte økonomisk positiv effekt av å drive folkehelsearbeid for kommunene. De vil stort sett pådra seg utgifter der fylkeskommunene og stat tar gevinsten i form av redusert forbruk av helsetjenester, medisiner og trygdeutbetalinger. Ordninger som fører til dette må unngås. Kommunene må motiveres og skoleres. Utfordringene er å synliggjøre de positive effektene godt folkehelsearbeid har for kommunene.

Kommunene tar jobben

Etter 10/90-regelen («Doing better and feeling worse: The political pathology of health policy«, Aaron Wildavsky, Boston 1979), kan helsetjenesten (leger, medisiner og sykehus) avhjelpe 10 prosent av folks helseproblemer. De øvrige 90 prosent må samfunn og fellesskap ta seg av. Det innebærer at helse som har vært et faglig og administrativt anliggende, nå blir politikk. Det er åpenbart at vi vanskelig kan bevilge oss ut av helsekøene. Vi må heller hindre at mennesker havner i kø.

Politikerne - med sitt ansvar for folks velferd og for samfunnsøkonomien - skulle være den gruppe som har de mest legitime interesser for å forebygge. Det må derfor være politikerjobb nr. 1 å bygge trygge samfunn, skape forståelse for forskjellen mellom bedriftsøkonomi og samfunnsøkonomi, mellom bedrift og samfunn i denne markedstenkningens tid. Kommunene med sine politiske og administrative systemer burde kunne trekke med alle grupper og lag av befolkningen i folkehelsearbeidet. Her ligger mulighetene til å unngå de store forskjeller i livsvilkår, livskvalitet og levestandard som vi vet fører til dårligere helse. En kan se for seg at kommunene får tilgang på midler som i dag disponeres av Rikstrygdeverket og

arbeidsmarkedsetaten samt statlige prosjektmidler m.v. til å skape gode tiltak i lokalsamfunnet - ikke minst for grupper med spesielle behov i arbeids- og samfunnsliv. Disse midlene brukt i kombinasjon med kommunale næringsfond, sosialbudsjetter osv vil kunne sørge for at enkeltpersoner og grupper på en helt annen måte opplever mer mening i hverdagen - takket være nærmiljøets motivering, oppfølging og kunnskaper om enkeltpersoner og grupper og det miljø som preger deres tilværelse. Et eksempel på at dette lar seg gjennomføre i praksis, finner vi i vårt naboland, Sverige. I fire kommuner i Skaraborg foregår det en utviklingsprosess «Det finns bruk för alla» hvor et delprosjekt «Möjligheternas sektor/Bruk för alla» prøver ut en slik modell hvor en av lærdommene har vært at med felles innsats og pågangsmot går det an å gjøre det umulige, mulig.

Målet må være å øke befolkningens selvfølelse og respekt for seg selv og andre. Gjennom deltakelse kan vi komme til å bety noe og være etterspurt, hver på vårt område. Da vil det forhåpentligvis være behov for færre kroner til reparasjon og noen flere til forebygging.

3.3 FOREBYGGENDE OG HELSEFREMMENDE ARBEID - LOVGRUNNLAGET

3.3.1 Innledning

I dette underkapitlet gis en kortfattet omtale av de viktigste lovbestemmelser som utredningen bygger på. Grunnlagsmaterialet er hentet fra sunnhetsloven av 1860, Ot.prp. nr. 36 (1980-81)/Ot.prp. nr. 66 (81-82) Kommunehelsetjenesteloven, Ot.prp. nr. 40 (1986-87) Miljørettet helsevern, NOU 1991:10 Forebyggingsutredningen, St.meld. nr. 37 (1992-93) Forebyggingsmeldingen, Ot.prp. nr. 28 (1993-94), jf Ot.prp. nr. 91 (1992-93) Smittevernloven, St. meld. nr 23 (1996-97) Fastlegemeldingen og annen aktuell forebyggingslovgivning på andre samfunnssektorer. For helhetens skyld omtaler utvalget også utkastene til ny lov om spesialisthelsetjenester og ny lov om helsemessig og sosial beredskap som enda ikke er framlagt for Stortinget. Den nylig vedtatte opplæringsloven omtales også.

Fra 1815 og gjennom hele neste århundre var infeksjonssykdommene viktigste dødsårsak i Norge. Tuberkulose, radesyke (en form for syfilis) og spedalskhet var dominerende blant de kroniske infeksjonssykdommene, mens tyfus, lungebetennelse, dysenteri og kolera dominerte de akutte sykdommene.

Dette gjorde det nødvendig med en sterkere helseadministrasjon - både på sentralt og lokalt nivå. Det resulterte i at vi i 1860 fikk en alminnelig sunnhetslov - Lov av 16. mai 1860 om Sundhetscommissioner og Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smittsomme sygdomme. Denne loven var hjørnestenen i landets forebyggende helselovgivning, og det var altså ønsket om å forebygge infeksjonssykdommer som førte til sunnhetsloven som har vært regnet som det forebyggende helsearbeids grunnlov. Sunnhetsloven varte fram til ikrafttreden av hhv kommunehelsetjenesteloven (lov 19. november 1982 nr. 66, ikrafttreden 1. april 1984), endringene i denne loven om miljørettet helsevern (lov 12. juni 1987 nr. 67, ikrafttreden 1. januar 1988) og smittevernloven (lov 5. august 1994 nr. 55, ikrafttreden 1. januar 1995). Sunnhetsloven ble endelig opphevet samtidig som lov om vern mot smittsomme sykdommer trådte i kraft.

Det er selvfølgelig ikke bare i helselovgivningen vi finner lovbestemmelser om å fremme folkehelsen. Slike bestemmelser finnes i sosiallovgivningen, alkohollovgivningen, lovgivning som angår barn og unge, opplæring og utdanning, næringsmidler, forurensning, arbeidsmiljøloven m.v. og ikke minst i plan- og bygningsloven.

3.3.2 Viktige bestemmelser i kommunehelsetjenesteloven

Kommunehelsetjenesteloven har flere viktige forebyggingsbestemmelser.

§ 1-2 (Helsetjenestens formål)

Landets kommuner skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og å øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen.

§ 1-3 (Oppgaver under helsetjenesten)

Kommunens helsetjeneste skal omfatte følgende oppgaver:

1. Fremme helse og forebyggelse av sykdom, skade eller lyte. Tiltak med dette for øye organiseres som
   a) miljørettet helsevern
   b) helsestasjonsvirksomhet
   c) helsetjenester i skoler
   d) opplysningsvirksomhet
   e) helsetjenester for innsatte i de kommuner der det ligger anstalter under fengselsvesenet.

2. Diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte.
3. Medisinsk habilitering og rehabilitering.
4. Pleie og omsorg.

For å løse de oppgaver som er nevnt foran, skal kommunen sørge for disse deltjenestene:

1. allmennlegetjeneste, herunder også legevaktordning.
2. fysioterapitjeneste.
3. sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie.
4. jordmortjeneste.
5. sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie.
6. medisinsk nødmeldetjeneste.

Det er gitt egne forskrifter om helsestasjonsvirksomhet og helsetjenester i skoler, samt egen forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. Det vises til mer utførlig omtale nedenfor.

I forbindelse med harmonisering av særlovgivningen til kommuneloven er det gitt en ny forskrift om helsetjenester i skoler (gitt av Sosial- og helsedepartementet 11. februar 1997 nr. 124). Tidligere bestemmelse om at det var utelukkende kommunelegen som kunne ha det medisinsk faglige ansvaret for skolehelsetjenesten er opphevet og erstattet med at dette ansvaret skal ligge hos lege. I rundskriv til forskriften (I-18/97) presiserer likevel departementet at kommunelegens rådgivingsoppgaver fortsatt gjelder overfor skolehelsetjenesten på linje med andre deltjenester innenfor kommunehelsetjenesten. Tilsvarende gjelder for det medisinsk faglige ansvaret for helsestasjonsvirksomheten (tilsvarende forskrift gitt av Sosial- og helsedepartementet 11. februar 1997 nr. 125).

§ 1-4 (Planlegging, informasjon og samordning)

Kommunens helsetjeneste skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne. Helsetjenesten skal foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen.

Helsetjenesten skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer hvis virksomhet har betydning for helsetjenestens arbeid. Slik medvirkning skal skje blant annet gjennom råd og uttalelser og ved deltakelse i

plan- og samarbeidsorganer som blir opprettet. Helsetjenesten skal av eget tiltak gi informasjon om de forhold som er nevnt i annet ledd, første punktum til de offentlige organer som har ansvar for iverksetting av tiltak som kan virke inn på helsen..... Departementet gir nærmere regler om samarbeidet med andre fagmyndigheter på områder der også helsetjenesten har kompetanse og om koordinering av tiltak.

§ 1-5 (Samarbeid mellom kommuner)

Departementet kan påby samarbeid når det finnes påkrevet for en tilfredsstillende løsning av oppgaver innen helsetjenesten, herunder også fordeling av utgifter.

3.3.3 Spesielt om miljørettet helsevern

Kapittel 4 a i kommunehelsetjenesteloven omhandler miljørettet helsevern.

§ 4 a -1 (Definisjon og forskrifter)

Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer.

I innledningen til Ot.prp. nr. 40 (1986-87) Miljørettet helsevern sies det:

> «Det er en målsetting å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeid. Dette ble understreket bl.a. i forbindelse med innføringen av lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene (kommunehelseloven eller kommunehelsetjenesteloven).
>
> Arbeidet med å fremme helse og forebygge sykdom må foregå både innenfor helsetjenesten og andre sektorer.
>
> Dette kapitlet i proposisjonen tar sikte på å gjøre rede for og øke forståelsen for betydningen av forebygging, og dermed bidra til økt satsing på forebyggende helsearbeid i kommunene.» (side 9).

Proposisjonen omtaler deretter dagens helseproblemer, risikofaktorer, mulighetene for å forebygge sykdom, behovet for kartlegging og analyse av de forhold som påvirker helsen, formidling av kunnskap til andre enn helsetjenesten og samarbeid med andre deler av forvaltningen. Hovedformålet med proposisjonen var likevel å oppdatere lovgrunnlaget for det som tidligere het helserådstjenesten i kommunene og begrepet «miljørettet helsevern» fikk sin behørige plass i kommunehelsetjenesteloven i et nytt *"Status for forebyggende arbeid i Norge"* i kapittel 4 a.

Det er gitt egen forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. (1.desember 1995), samt forskrift om vannforsyning og drikkevann m.m. (1.januar 1995) og badeanlegg, bassengbad og badstu m.v. (13. juni 1996) som alle er av betydning for folkehelsen. Den viktigste målgruppen i folkehelsearbeidet er barn og unge og de arenaer der disse gruppene oppholder seg. Utvalget vil derfor omtale forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. noe mer utførlig.

Konsekvensutredning

En bestemmelse av stor betydning kan være § 4a-5 (Konsekvenseutredning). Bestemmelsen går ut på at kommunestyret kan pålegge den ansvarlige for et forhold å utrede for egen regning mulige helsemessige konsekvenser av forholdet. Slik utredning kan bare kreves dersom ulempene ved å foreta utredningen står i rimelig forhold til de helsemessige hensyn som tilsier at forholdet utredes. Det vises ellers til omtalen av plan- og bygningsloven nedenfor.

Nærmere om forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.

Formålet med forskriften er å bidra til at miljøet i barnehager og skoler fremmer helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold samt forebygger sykdom og

skade. Den søker å gi et helhetlig regelverk for barn og elever som sikrer at barnas arbeidsmiljø ivaretas. Et hovedkrav i forskriften er at virksomhetene skal føre internkontroll. Dette innebærer et krav om systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med bestemmelsene i forskriften. Alle virksomheter som omfattes av forskriften skal ha godkjenning innen 1. januar 1999 eller ved nyetablering.

Forskriftens generelle krav er at virksomhetene skal være helsemessig tilfredsstillende. Dette kravet utfylles av mer spesifikke bestemmelser som omfatter både trivselsmessige og sikkerhetsmessige forhold, samt forhold av betydning for helse og hygiene. Det er eksempelvis gitt bestemmelser om:

- muligheter for aktiviteter og hvile
- måltid
- psykososiale forhold
- rengjøring og vedlikehold
- sikkerhet og helsemessig beredskap
- smittevern
- røyking
- inneklima/luftkvalitet
- lys- og lydforhold
- sanitære forhold og avfallshåndtering

Det er kommunestyret som fører tilsyn med at forskriftens bestemmelser overholdes.

3.3.4 Spesielt om smittevernloven

Smittevernlovens formålsbestemmelse tar bl.a. sikte på å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og hindre at de sprer seg. Dette sies slik:

- § 1-1 Lovens formålDenne loven har til formål å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen, samt motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge eller føres ut av Norge til andre land.

Kapittel 7 gir detaljerte bestemmelser for administrative organer og deres myndighet: kommunens, kommunelegens, fylkeskommunens, fylkeslegens og statens oppgaver. Av interesse i denne sammenheng er særlig bestemmelsene i § 7-1 som gir kommunen plikt til å drive forebyggende arbeid innen smittevernet.

- § 7-1 Kommunens oppgaverKommunen skal sørge for at alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen med hensyn til smittsom sykdom er sikret nødvendige forebyggende tiltak, undersøkelsesmuligheter, behandling og pleie utenfor institusjon og pleie i sykehjem eller annen kommunal institusjon
  Kommunen skal også utføre de oppgaver innen smittevernet som pålegges i loven her eller bestemmelser i medhold av loven, herunder
- skaffe seg oversikt over arten og omfanget av de smittsomme sykdommer som forekommer i kommunen,
- drive opplysning om smittsomme sykdommer og gi råd og veiledning om hvordan de forebygges,
- sørge for at individuelt forebyggende tiltak blir satt i verk,
- sørge for at andre tiltak etter denne loven eller kommunehelsetjenesteloven blir satt i verk.
- Tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de

blir overført skal utgjøre et eget område i planen for kommunens helsetjeneste. Helsetjenesten i kommunen skal samarbeide med myndigheter som har oppgaver av betydning for tiltakene.
– Kommunen skal føre tilsyn og sørge for at reglene i loven blir overholdt og at vedtak i medhold av loven blir gjennomført.
– Ved iverksetting av tiltak etter §§ 3-1 og 3-8 kan kommunen mot vederlag bruke og om nødvendig skade andres eiendom.

I praksis betyr dette at kommunen har plikt til å organisere og tilby alle typer av forebyggende tiltak som er relevante, for eksempel vaksinasjon, informasjon, veiledning og annen hjelp. Videre har kommunen plikt til å sørge for muligheter for nødvendig diagnostikk, behandling, smitteoppsporing m.m. som kan foretas utenfor institusjon. En viktig lovpålagt oppgave er også plikten til å drive epidemiologisk overvåking. Kommunens arbeid med disse oppgavene skal beskrives i en plan som også inneholder en beredskapsdel.

Foruten oppgavene etter § 7-1 er kommunen også pålagt oppgaver etter andre bestemmelser i smittevernloven. Særlig viktig i et folkehelseperspektiv er § 3-8 om gjennomføring av det statlige vaksinasjonsprogrammet.

Det er gitt en rekke forskrifter i medhold av smittevernloven som har betydning for folkehelsen, f.eks. forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer, forskrift om leger og annet helsepersonells melding og varsling om smittsomme sykdommer, forskrift om smittevern i helseinstitusjoner - sykehusinfeksjoner, forskrift om tuberkulosekontroll.

3.3.5 Organisatoriske bestemmelser

Både kommunehelsetjenesteloven og smittevernloven har bestemmelser av betydning for kommunens organisering av forebyggende og helsefremmende arbeid:

Kommunehelsetjenesteloven - § 3-4 (Medisinsk-faglig rådgivning)

Kommunen ansetter en eller flere kommuneleger som skal utføre de oppgaver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks.

Kommunelegen skal være medisinsk-faglig rådgiver for helsetjenesten.

Kommunelegens tilråding og begrunnelse skal alltid følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern og smittsomme sykdommer.

Smittevernloven - § 7-2 Kommunelegens oppgaver

Kommunelegen skal utføre de oppgaver innen smittevernet som pålegges i loven her. I kommuner med flere kommuneleger skal kommunestyret utpeke en av dem til å utføre disse oppgavene. Det bør også utpekes en stedfortreder for denne. I store bykommuner med bydelsforvaltning skal kommunestyret utpeke en lege til å utføre de av kommunelegens oppgaver som angår hele kommunen eller store områder.

Kommunelegen skal:
a) utarbeide forslag til plan for helsetjenestens arbeid med vern mot smittsomme sykdommer, herunder beredskapsplaner og tiltak, og organisere og lede dette arbeidet,
b) ha løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen,
c) utarbeide forslag til forebyggende tiltak for kommunen,
d) bistå kommunen, helsepersonell og andre i kommunen som har oppgaver i arbeidet med vern mot smittsomme sykdommer,
e) gi informasjon, opplysninger og råd til befolkningen om vern mot smittsomme sykdommer,

f) utføre alle andre oppgaver som følger av loven, og medvirke til effektive tiltak for å forebygge smittsomme sykdommer og motvirke at de blir overført.

Departementet kan i forskrift bestemme at kommunelegen også skal ha andre oppgaver, og herunder angi det nærmere innholdet i de enkelte oppgaver.

Bestemmelsen innebærer at alle kommuner skal ha en kommunelege med særskilt ansvar for smittevernet i kommunen utpekt av kommunestyret og helst en stedfortreder for denne. Kommuner med bydelsforvaltning skal i tillegg ha en kommuneoverlege. Ansvaret og myndigheten til kommunelegen/kommuneoverlegen kan ikke deles på flere, men kan om nødvendig delegeres til stedfortrederen ved ferie og annet fravær.

Kommunelegens rolle er dels å være saksforbereder for kommunens arbeid med smittevern, dels å ivareta egne oppgaver og myndighet etter loven. Til den første gruppen oppgaver hører for eksempel forberedelse av kommunens smittevernplan og å holde oversikt over de epidemiologiske forholdene i kommunen. Til den andre å organisere og lede helsetjenestens arbeid med vernet mot smittsomme sykdommer. Dette siste setter kommunelegen i en spesiell stilling i forhold til den administrative lederen av kommunens øvrige helsetjeneste.

Ved siden av oppgavene i § 7-2 er kommunelegen tildelt oppgaver etter en rekke andre bestemmelser i loven.

3.3.6 Utkast til lov om spesialisthelsetjenester

I lovutkastet foreslås at den nye lovens formål bl.a. skal være å fremme folkehelsen og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming (§ 1-1 nr. 1 Formål og virkeområde). Departementets vurdering er at det er en forutsetning at spesialisthelsetjenesten bruker sin kompetanse til forebyggingsarbeid både individuelt overfor den enkelte pasient og generelt gjennom informasjon. Det vises bl.a. til at personell innen spesialisthelsetjenesten er foreslått gitt en veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten (§ 7-4 Veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten).

Sykehusloven har i dag ingen tilsvarende formålsbestemmelse. I lovutredningen som ligger til grunn for utkast til ny lov om spesialisthelsetjenesten (NOU 1991:7, ble det foreslått en bestemmelse om at staten og fylkeskommunen særlig skal fremme folkehelsen og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming ved forebyggelse, undersøkelse, behandling, habilitering, rehabilitering, pleie og omsorg (forslag til § 1-2 nr. 1). Utredningen uttaler om dette:

> «For den spesialiserte helsetjenesten har kurativ virksomhet tradisjonelt blitt ansett som en hovedoppgave. Forebyggende og helsefremmende arbeid har primært vært ansett som mål for kommunehelsetjenesten, jf kommunehelsetjenestelovens §§ 1-2 og 1-3. Utkastet tar ikke sikte på å endre oppgavefordelingen mellom fylkeskommuner og kommuner på dette punkt. Hensikten med utkastets § 1-2 nr 1 er i første rekke å angi at helsefremmende og forebyggende arbeid også hører hjemme blant de mål som den offentlige spesialisthelsetjenesten må etterstrebe.» (NOU 1991:7 side 83)

På bakgrunn av høringsrunden hvor en rekke høringsinstanser uttrykte bekymring for at en eksplisitt utheving av fylkeskommunenes ansvar for forebyggende og helsefremmende arbeid ville skape usikkerhet med hensyn til hvilket forvaltningsnivå som har hovedansvaret for dette arbeidet, besluttet departementet å vektlegge dette synet og endte opp med den formålsbestemmelsen som er nevnt ovenfor. Forslag til lov vil bli avgitt til Stortinget 30.10.98.

3.3.7 Utkast til lov om helsemessig og sosial beredskap

En prosjektgruppe oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet la 10. juli 1997 fram sitt forslag til ny lov om helsemessig og sosial beredskap. Forslaget tar sikte på å avløse gjeldende lov om helsemessig beredskap, og det foreslås at den nye loven også skal omfatte sosialberedskap. Det foreslås videre at den nye loven skal omfatte kriser og katastrofer i fredstid og ikke bare situasjoner der riket er i krig eller når krig truer.

Nytt er forslagene om lovfesting av ansvarsprinsippet for den helsemessige og sosiale beredskap og generell plikt til å utarbeide beredskapsplaner for de virksomheter loven omfatter. Dette innebærer at kommuner, fylkeskommuner og staten pålegges en lovhjemlet plikt til å utarbeide beredskapsplaner med sikte på kriser i fredstid. Forslaget til planplikt omfatter også vannforsyningssystemer, næringsmiddelkontrollen, apotek og tilvirker av legemidler.

Spesielt om kommunehelsetjenesten

Det foreslås flere nye bestemmelser som presiserer kommunehelsetjenestens hjelpeplikt og kommunelegens medvirkning i beredskapsarbeidet. Det understrekes at kommunelegens samfunnsmedisinske kompetanse og lokalkunnskap er svært viktig i dette arbeidet - ikke minst i lokale redningssentraler. I tillegg til den nye loven om helsemessig og sosial beredskap foreslås endringer i kommunehelsetjenesteloven, lov om tilsyn med næringsmidler, lov om samordnet næringsmiddelkontroll, sosialtjenesteloven, sykehusloven (eller den loven som erstatter denne), smittevernloven og folketrygdloven.

Spesielt om risiko- og sårbarhetsanalyser

Et virkemiddel for å kartlegge behov for både forebyggende/sårbarhetsreduserende tiltak og kriseplaner er å gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser. Når det gjelder helse- og sosialtjenesten anbefaler lovutredningen at man gjennomfører analyser som både setter fokus på driftsenhetenes sårbarhet overfor avbrudd i forsyningene av kritiske varer og tjenester (tilførsel av medisiner, vann, strøm, sammenbrudd i vegnettet o.l.) og evnen til å håndtere behov under helt ekstraordinære forhold. Formålet med risiko- og sårbarhetsanalyser er å:

1. Kartlegge og dokumentere behov for tiltak.
2. Framskaffe grunnlag for å prioritere mellom ulike skadebegrensende tiltak.
3. Skadeforebyggende tiltak (avverge uønskede hendelser).
4. Sårbarhetsreduserende tiltak (begrense skadeomfanget av uønsket hendelse).
5. Tradisjonelle beredskapstiltak (tiltak som iverksettes når en krise er inntruffet).
6. Konkretisere hvordan beredskapsmessige hensyn kan integreres i den ordinære planleggingen (fylkesplan, kommuneplan, arealplan, planer innenfor teknisk sektor, transportplaner, planer innenfor helse- og sosialetaten mv.).
7. Framskaffe et best mulig grunnlag for kriseplaner og øvelser.
8. Framskaffe oversikt over tilgjengelige ressurser.
9. Etablere et forum for samordning mellom nøkkelpersonell i kriseplanlegging og krisehåndtering.

(Kilde: Helsemessig og sosial beredskap - forslag til lov, Sosial- og helsedepartementet juli 1997, side 33)

Forslag til lov er planlagt framlagt våren 1999.

3.3.8 Ny strålevernlovgivning

Den generelle hovedloven for strålevern er lov av 18. juni 1938 om bruk av røntgenstråler og radium m.v. Formålet med lovgivningen er å forebygge skadelige virkninger av stråling.

Virkningene av stråling avhenger av hvilken type det gjelder og eksponering i tid og styrke. Ioniserende stråling kan ved stor dose medføre akutte og svært alvorlige skader, men de strålekilder som brukes i Norge vil sjelden kunne forårsake slike stråleskader. Risiko som følge av ikke ioniserende stråling knytter seg særlig til skade på øyne og hud. Foruten å sikre at akutte strålesskader ikke oppstår, er tyngdepunktet for forvaltningen å hindre skadelige langtidsvirkninger av stråling. Langtidsrisikoen av stråling knytter seg eksempelvis til utvikling av kreft og genetisk betinget sykdom samt en del øvrige helserisiko forårsaket av stråling.

Den gjeldende røntgenloven er en utpreget fullmaktslov som regulerer bruk av stråling i medisinsk, teknisk og vitenskapelig øyemed. Med utgangspunkt i loven er det utarbeidet en rekke forskrifter, andre bestemmelser og veiledninger som regulerer ulike bruksområder for stråling. Loven omfatter både ioniserende og ikke ioniserende stråling, med andre ord radioaktivitet, røntgenstråling, UV stråling, lys herunder laserstråling, varmestråling, radiofrekvent stråling m.v. Stråling har en rekke nyttige anvendelser, og hensikten med lovgivningen er å nyttegjøre seg strålingens egenskaper samtidig som man sikrer et vern mot uønskede helserisiko. Statens strålevern er tilsynsmyndighet etter loven, og Sosial- og helsedepartementet er ansvarlig departement.

Den gjeldende lov om bruk av røntgenstråler og radium har bestått uendret siden 1938. Lovens hjemler er ikke tilpasset den utvikling som har skjedd på strålevernområdet og danner et utilstrekkelig rettslik grunnlag for en moderne strålevernforvaltning. Gjeldende forvaltning og praksis har på mange områder vokst ut av den rettslige ramme som røntgenloven utgjør. Det arbeides derfor med utforming av ny strålevernlov som vil erstatte røntgenloven. Et høringsnotat om dette ble sendt på høring i oktober 1998.

Foruten røntgenloven består strålevernlovgivningen av lov av 12 mai 1972 om atomenergivirksomhet. Loven angår oppføring og drift av atomanlegg, løyve for å inneha atomsubstans, regler for konsesjonsbehandling og tilsyn med atomanlegg samt bestemmelser om forsikring og erstatning ved atomulykke. Loven gjelder bare et begrenset antall anlegg og har derved et lite anvendelsesområde. Også for denne loven er Statens strålevern tilsynsmyndighet og Sosial- og helsedepartementet er, med visse unntak, ansvarlig departement.

Foruten de to nevnte lover, forvalter en rekke andre myndigheter lovgivning der strålevern er et delaspekt. Dette gjelder eksempelvis arbeidsmiljøloven for stråling i arbeidsmiljø, byggeforskrifter for å forebygge radon i bygninger, helselovgivning for medisinsk strålebruk, og også annen sektorlovgivning.

3.3.9 Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (30. mars 1984 nr. 15 endret ved lov av 30.7.92 nr. 101) definerer og danner grunnlaget for Statens helsetilsyn og fylkeslegenes plikter og arbeidsoppgaver med helsetjenesten i landet. Spesielt viktig i denne sammenheng er § 3 hvor enhver som yter helsetjeneste skal etablere internkontrollsystem for virksomheten og den rådgivingsplikt Statens helsetilsyn og fylkeslegene er pålagt gjennom loven. Det vises ellers til omtalen i 3.4.4 nedenfor.

3.3.10 Lov om vern mot tobakkskader

Formålet med lov om vern mot tobakkskader er å begrense de helseskader som bruk av tobakk medfører. Hovedpunktene i loven er forbud mot tobakksreklame (§ 5), krav om merking av tobakksvarer (§ 3), aldersgrense ved salg av tobakk (§ 5) og et krav om røykfrihet i lokaler og transportmidler hvor allmennheten har adgang (§ 6).

Kommunestyret fører tilsyn med at regelverket etter § 6 overholdes. Dreier det seg om arbeidsforhold føres tilsynet av Arbeidstilsynet. Reglene om kommunestyrets virksomhet som tilsynsorgan følger av kommunehelsetjenesteloven §§ 4a-7 - 4a-9 og 4a-12.

Det er utarbeidet en rekke forskrifter til denne loven som er av stor betydning for folkehelsearbeidet. Her nevnes spesielt forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler (§ 18) og forskrift om røyking på restauranter og andre serveringssteder som vil bli omtalt noe nærmere nedenfor.

Nærmere om forskrift om røyking på restauranter og andre serveringssteder, internkontroll m.v.

Formålet med forskriften er å begrense de helseskader som bruk av tobakk medfører og særlig å gi vern mot passiv røyking (§ 1 Formål). Kommunestyret skal føre tilsyn med at bestemmelsene i forskriften overholdes i restauranter m.v., mens Arbeidstilsynet fører tilsyn med at bestemmelsene overholdes i arbeidslokaler (§ 10 Tilsyn).

Fra 1.1.98 skal minst 1/2 av bordene/sitteplassene være røykfrie. Videre stilles det krav til ventilasjon og luftkvalitet i lokalene, samt røykesonenes plassering og tydelig merking av disse. Røyking ved bardisk er ikke tillatt med mindre særskilte krav til ventilasjon er oppfylt. Det er innført krav om internkontroll. Tilsynsansvaret er delt mellom kommunestyret og Arbeidstilsynet.

3.3.11 Næringsmiddellovgivningen

Denne lovgivningen består av 5 lover: lov om tilsyn med næringsmidler m.v. 19.mai 1933 nr. 3, lov om samordnet næringsmiddelkontroll 17.mars 1978 nr. 6, lov om kvalitetskontroll med landbruksvarer mv 17. juni 1932 nr. 6, lov om kjøttproduksjon 10. januar 1997 nr. 9 og lov om kvalitetskontroll med fisk og fiskevarer o.a. 28. mai 1959 nr. 12. I tillegg kommer bestemmelser i en rekke helselover: lov om kommunehelsetjenesten, lov om helsemessig beredskap og lov om vern mot smittsomme sykdommer. Det er også gitt bestemmelser i annen særlovgivning. Det vises til omtale i NOU 1996:10 Effektiv matsikkerhet, *"Mangfold i folkehelseabeidet i kommuner og fylkeskommuner"* i kapittel 5, og St.meld. nr. 40 (1996-97) Matkvalitet og forbrukertrygghet, *"Mangfold i folkehelseabeidet i kommuner og fylkeskommuner"* i kapittel 5. Nedenfor gis en kort omtale av disse lovene.

Lov om tilsyn med næringsmidler m.v.

Etter § 1 er næringsmidler definert som enhver mat- eller drikkevare, også drikkevann, og enhver annen vare som er bestemt til å konsumeres av mennesker, unntatt legemidler (§ 1). Produksjon, lagring, transport, frambud og import av næringsmidler skal være underkastet forskrifter og tilsyn etter nærmere bestemmelser. Forskriftene kan ta sikte på bl.a. å forebygge tilvirkning og frambud av helseskadelige næringsmidler.

Forskrift om vannforsyning og drikkevann m.m. som er nevnt under 3.3.3 er gitt i medhold av både kommunehelsetjenesteloven, næringsmiddelloven og lov om helsemessig beredskap.

Lov om samordnet næringsmiddelkontroll

Etter § 1 er alle kommuner pålagt å ha en næringsmiddelkontroll. Flere kommuner kan gå sammen om felles (interkommunal) kontrollordning. Næringsmiddelkontrollen skal utføres i samsvar med en rekke lover, bl.a. smittevernloven. De kommunale næringsmiddeltilsynene er ellers omtalt flere steder i utredningen, se kapitlene 5, 8 og 10.

Lov om kjøttproduksjon

Formålet med loven er å sikre at produksjon av slaktedyr, slakt og ferskt kjøtt foregår på en slik måte at kravene til helse, kvalitet og redelighet blir ivaretatt langs hele produksjonskjeden.

Lov om kvalitetskontroll med landbruksvarer mv

Loven omfatter varer som er framstilt ved husdyr- eller planteproduksjon, erstatningsmidler for disse, samt produkter som er videreforedlet av slike varer og produkter fra viltvoksende vekster.

Lov om kvalitetskontroll med fisk og fiskevarer oa

Loven omfatter alle saltvanns- og ferskvannsdyr og deler av disse, som blir brukt til konsum og fôr, unntatt akvatiske pattedyr, krypdyr og amfibier.

I NOU 1996:10 Effektiv matsikkerhet foreslår Næringslovutvalget at den framtidige forvaltningen av mattilsyn legges under Sosial- og helsedepartementet i sin helhet med helseministeren som konstitusjonelt ansvarlig statsråd. Det foreslås videre at dagens tilsynsorganer slås sammen, og at mattilsynet legges til et nytt direktorat, Statens matdirektorat. Det arbeides nå med en oppfølging av disse forslagene.

3.3.12 Forurensningsloven

Forurensningsloven (lov 13. mars 1981 nr. 6) har til formål å verne det ytre miljø mot forurensning og å redusere eksisterende forurensning, redusere mengden av avfall og å fremme bedre behandling av avfall. Loven skal sikre en forsvarlig miljøkvalitet slik at forurensing og avfall ikke fører til helseskade, går ut over trivselen eller skader naturens evne til produksjon og selvfornyelse (§ 1). Etter § 2 skal loven nyttes for å oppnå en miljøkvalitet som er tilfredsstillende etter en samlet vurdering av helse, velferd, naturmiljøet, kostnader forbundet med tiltaket og økonomiske forhold.

3.3.13 Sosialtjenesteloven

Sosialtjenesten i kommunen (lov 13. desember 1991 nr. 81) skal gjøre seg kjent med levekårene, vie spesiell oppmerksomhet til trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale problemer og søke å finne tiltak som kan forebygge slike problemer. Sosialtjenesten skal søke å legge forholdene til rette for å utvikle og styrke sosialt fellesskap og solidaritet i nærmiljøet. Gjennom informasjon og oppsøkende virksomhet skal sosialtjenesten arbeide for å forebygge og motvirke misbruk av alkohol og andre rusmidler og spre kunnskap om skadevirkninger av slik bruk. Sosialtjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det (§ 3-1 Generell forebyggende virksomhet).

Sosialtjenesten skal medvirke til at sosiale hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer som har betydning for sosialtjenestens arbeid. Dette skal skje gjennom samarbeid med andre myndigheter m.v. og ved å delta i den kommunale planleggingsvirksomheten og i samarbeidsorganer som blir etablert. Blir det påvist mangler ved de tjenester som andre deler av forvaltningen skal yte til personer med et særlig hjelpebehov, skal sosialtjenesten om nødvendig ta opp saken med vedkommende. Er det uenighet om hvor ansvaret ligger, skal sosialtjenesten søke å klarlegge dette (§ 3-2 Samarbeid med andre deler av forvaltningen).

3.3.14 Alkoholloven

Formålet med alkoholloven (lov om omsetning av alkoholholdig drikk m.v. 2. juni 1989 nr. 27, sist endret i lov 16.mai 1997 nr. 28) er å regulere innførsel og omsetning av alkoholholdig drikk for å begrense i størst mulig utstrekning de samfunnsmessige og individuelle skader som alkoholbruk kan innebære. Som et ledd i dette sikter loven på å begrense forbruket av alkoholholdige drikkevarer (§ 1-1 Lovens formål).

Salg, skjenking, engrossalg og tilvirkning av alkoholholdig drikk kan bare skje etter bevilling (§ 1-4a Bevillingsplikt). Det er satt aldersgrenser for salg, skjenking eller utlevering av vin (18 år) og brennevin (20 år) (§ 1-5 Aldersgrense). De samme aldersgrensene gjelder for de som selger eller skjenker brennevin og annen alkoholholdig drikk med enkelte unntak

Det er kommunen ved kommunestyret (kan delegeres til formannskapet) som gir bevilling for salg og skjenking med mindre det er snakk om statlig bevilling (§ 1-7 Bevilling for salg og skjenking). Det skal før kommunestyrebehandling innhentes uttalelse fra sosialtjenesten og politiet.

Kommunestyret kan inndra en bevilling i løpet av bevillingsperioden på 4 år. (§ 1-8 Inndragning av salgs- og skjenkebevillinger). Politiet har også adgang til å stenge et sted som driver salg eller skjenking etter nærmere vilkår (§ 1-8a Politiets stengingsadgang). Kontroll med kommunal bevilling til salg og skjenking tilligger kommunen (§ 1-9 Kontroll med salg og skjenking). Det er ellers gitt en rekke spesielle påbud og forbud i lovens *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8.

De siste endringene i alkoholloven trådte i kraft 1. januar 1998.

3.3.15 Barnevernloven

Barneverntjenesten (lov om barneverntjenester 17. juli 1992 nr. 100) i kommunen skal følge nøye med i de forhold barn og unge lever under og har ansvar for å finne tiltak som kan forebygge omsorgssvikt og atferdsproblemer (§ 3-1 Barneverntjenestens forebyggende virksomhet.). Barneverntjenesten skal ellers medvirke til at barns interesser ivaretas av andre offentlige organer og samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer. Barneverntjenesten har den samme plikt til å delta i kommunal planleggingsvirksomhet og delta i aktuelle samarbeidsorganer som kommunehelsetjenesten og sosialtjenesten (§ 3-2 Samarbeid med andre deler av forvaltningen.)

3.3.16 Barnehageloven

Barnehagen (lov om barnehager 5. mai 1995 nr. 19) skal gi barn under opplæringspliktig alder gode utviklings- og aktivitetsmuligheter i nær forståelse og samarbeid med barnas hjem (§ 1 Formål). Barnehagen skal være en pedagogisk tilrettelagt virksomhet (§ 2 Barnehagens innhold) og skal ha lokaler og uteområder som er egnet for formålet ut fra barns alder og oppholdstid samt ha muligheter for varierte aktiviteter i trygge omgivelser (§ 3 Barnehagens utforming). Det er forutsatt foreldremedvirkning gjennom bl.a. foreldreråd og samarbeidsutvalg (§ 4 Foreldreråd og samarbeidsutvalg). Det legges også opp til at kommunen kan bestemme at det skal etableres felles samarbeidsutvalg for barnehage og skole (§ 5 Felles samarbeidsutvalg for barnehage og skole).

Barn med funksjonshemming skal ha prioritet ved opptak, og det er kommunen som har ansvaret for at disse barna får barnehageplass (§ 9 Barn med funksjonshemming). Det er gitt bestemmelser om barnehagens opplysningsplikt til sosialtjenesten

(§ 22) og til barneverntjenesten (§ 23) i saker som kan kreve tiltak fra disse tjenestene.

Før et barn begynner i barnehage, skal det legges fram en erklæring om barnets helse. Dersom barnet har møtt til de ordinære undersøkelser på helsestasjon, kan slik erklæring gis av foresatte (§ 25 Helsekontroll av barn og personale).

3.3.17 Opplæringslovgivningen

Regjeringen Jagland la i mars 1997 fram forslag til en felles lov om grunnskolen og videregående opplæring, Ot.prp. nr. 36 (1996-97) Opplæringslova. Proposisjonen ble ikke behandlet av Stortinget. Ny proposisjon ble fremmet av Regjeringen Bondevik 3. april 1998, jf Ot.prp. nr. 46 (1997-98) Om lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova) og Innst. O. nr. 70 (1997.98).

Ny opplæringslov bygger på opplæringslovutvalgets innstilling NOU 1995:18 og de over 500 høringsuttalelsene som kom inn under høringsrunden. Loven erstatter grunnskoleloven, lov om videregående opplæring og fagopplæringsloven. Bestemmelsene i fagopplæringsloven videreføres i den nye opplæringsloven. Enkelte deler av voksenopplæringsloven går inn i den nye loven - det gjelder regler om spesialundervisning på grunnskolens område og regler om grunnskoleopplæring og videregående opplæring spesielt organisert for voksne, også i de tilfeller der studieforbund står for opplæringen på vegne av kommunen/fylkeskommunen. I gjenværende del av voksenopplæringsloven foreslås bl.a. hjemmel for departementet til å regulere innholdet i opplæringen ved de tekniske fagskolene. Privatskoleloven er opprettholdt som egen lov.

Formålet med opplæringen lyder:

§ 1-2 Formålet med opplæringa

> Grunnskolen skal i samarbeid og forståing med heimen hjelpe til med å gi elevane ei kristen og moralsk oppseding, utvikle evnene og føresetnadene deira, åndeleg og kroppsleg, og gi dei god allmennkunnskap, slik at dei kan bli gagnlege og sjølvstendige menneske i heim og samfunn.
>
> Den vidaregåande opplæringa skal ta sikte på å utvikle dugleik, forståing og ansvar i forhold til fag, yrke og samfunn, og hjelpe elevane og lærlingane i den personelege utviklinga deira. Den vidaregåande opplæringa skal vere med på å utvida kjennskapen til og forståinga av dei kristne og humanistiske grunnverdiane, den nasjonale kulturarven vår, dei demokratiske ideane og den vitskaplege tenkjemåten og arbeidsmåten.
>
> Opplæringa i grunnskolen og den vidaregåande opplæringa skal fremje menneskeleg likeverd og likestilling, åndsfridom og toleranse, økologisk forståing og internasjonalt medansvar.
>
> Opplæringa skal leggje eit grunnlag for vidare utdanning og for livslang læring og støtte opp under eit felles kunnskaps-, kultur- og verdigrunnlag og eit høgt kompetansenivå i folket.
>
> Opplæringa skal tilpassast evnene og føresetnadene hjå den enkelte eleven og lærlingen.
>
> Det skal leggjast vekt på å skape gode samarbeidsformer mellom lærarar og elevar, mellom lærlingar og bedrifter, mellom skole og heim, og mellom skole og arbeidsliv. Alle som er knytte til skolen eller til lærebedriftene, skal arbeide for å hindre at elevar og lærlingar kjem til skade eller blir utsette for krenkjande ord eller handlingar.
>
> (Innst. O. nr. 70 (1997-98, side 36)

Lovens *"Mangfold i folkehelseabeidet i kommuner og fylkeskommuner"* i kapittel 5 gir regler om spesialundervisning for barn, unge og voksne. § 5-6 sier at enhver kommune og fylkeskommune skal ha pedagogisk-psykologisk tjeneste. § 5-7 gir

barn under opplæringspliktig alder som har særlig behov for spesialpedagogisk hjelp, rett til slik hjelp. § 5-8 bestemmer at departementet kan gi forskrifter om helsetilsyn og medisinsk hjelp til elever som får spesialundervisning. Etter § 7-3 skal elever som pga funksjonshemming eller midlertidig skade eller sykdom har behov for skyss, ha rett til skyss uavhengig av avstanden mellom hjem og skole.

Skolen har etter §§ 15-3 og 15-4 opplysningsplikt overfor barnevern- og sosialtjenestene.

Under arbeidet med opplæringsloven har en vært opptatt elevers arbeidsmiljø og rettstilstand på dette området. For nærmere drøfting vises til underkapittel 10.3.

3.3.18 Arbeidsmiljøloven

Det vises til underkapittel 2.3 og presisering II om at arbeidshelse- og arbeidssikkerhetsspørsmål er holdt utenfor utvalgets utredningsarbeid. Fordi arbeidsmiljøloven er en viktig lov i folkehelsesammenheng, omtales de mest relevante bestemmelsene for folkehelsearbeidet.

Formålet med arbeidsmiljøloven (lov om arbeidervern og arbeidsmiljø m.v. 4. februar 1977 nr. 4) er å sikre et arbeidsmiljø som gir arbeidstakerne full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger og med en verneteknisk, yrkeshygienisk og velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utvikling i samfunnet. Formålet er også å sikre trygge tilsettingsforhold og en meningsfylt arbeidssituasjon for den enkelte arbeidstaker. Loven skal gi grunnlag for at virksomheten selv kan løse sine arbeidsmiljøproblemer i samarbeid med arbeidslivets organisasjoner og med kontroll og tilsyn fra offentlig myndigheter (§ 1 Målsetting.)

3.3.19 Lov om planlegging av helse- og sosialtjenesten i kommunene

Lov om planlegging av helse- og sosialtjenesten i kommunene av 1982 med de siste endringene ved lov av 11. juni 1993 (trådte i kraft 1.1.94) er en endret versjon av tidligere lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene av 1982. Denne loven erstattet tidligere midlertidige lov av 1976 (ikrafttreden 1979) som også omfattet fylkeskommunene. Formålet med nåværende lov er at enhver kommune skal utarbeide en plan for sosiale tjenester og helsetjenester. Kommunestyret skal ha ansvaret for planleggingen, og planen skal vedtas av kommunestyret. Helse- og sosialplanen skal samordnes etter plan- og bygningslovens bestemmelser, og det er forutsatt at planlegging av tiltak som gjelder helse- og sosialtjenesten og andre sektorers virksomhet, fortrinnsvis skal løses etter plan- og bygningslovens bestemmelser. Departementet kan gi nærmere forskrifter om hva planleggingen skal omfatte og stille bindende krav til hva planene skal gå ut på (§ 7 forskrift om planlegging). Forskriftsbestemmelsen er til nå ikke brukt.

Det må nevnes at den midlertidige loven av 1976 og loven av 1982 var forut for sin tid, og at det var lagt opp til en saksbehandling som ivaretok engasjement fra befolkningen i kommunen, meroffentlighet, bred høring, saksbehandling både i fylkeskommunen og regional statsforvaltning og egengodkjenning. Dette er prinsipper som plan- og bygningsloven av 1985 bygger på.

Hovedhensikten med loven er at enhver kommune for å sikre befolkningen en best mulig helse- og sosialtjeneste skal planlegge disse tjenestene innen rammen av de foreliggende og påregnelige ressurser (§ 1). Loven blir så vidt vites brukt i liten grad. Mange kommuner utarbeider en plan for helse- og sosialtjenesten som ledd i kommuneplanprosessen.

3.3.20 Plan- og bygningsloven

Plan- og bygningsloven (lov 14. juni 1985 nr. 77) har til formål å legge til rette for samordning av statlig, fylkeskommunal og kommunal virksomhet og gi grunnlag for vedtak om bruk og vern av ressurser og om utbygging. Loven skal videre legge til rette for at arealbruk og bebyggelse blir til størst mulig gavn for den enkelte og samfunnet. Det skal spesielt legges til rette for å sikre barn gode oppvekstvilkår. (§ 2 Formål).

I enhver kommune skal det være et fast utvalg for plansaker. Kommunestyret skal peke ut en representant som skal ha et særlig ansvar for å ivareta barns interesser når det faste utvalget utarbeider eller behandler forslag til planer. (§ 9-1 Planleggingsmyndigheter i kommunen).

Organer som har oppgaver vedrørende bl.a. sosial utvikling innen kommunens område, skal gi kommunen nødvendig hjelp i planleggingsarbeidet. (§ 9-3 Samarbeidsplikt for andre offentlige organer).

Plan- og bygningsmyndighetene skal søke samarbeid med andre offentlige myndigheter som har interesse i saker etter loven og innhente uttalelse i spørsmål som hører inn under vedkommende myndighets saksområde. (§ 10-1 Kommunens oppgaver og samarbeidsplikt).

Planleggingsmyndighetene skal i en tidlig fase under planarbeidet drive en aktiv opplysningsvirksomhet overfor offentligheten og andre berørte myndigheter, og enkeltpersoner og grupper skal gis anledning til å delta aktivt under planprosessen. (§ 16 Samråd, offentlighet og informasjon).

Kongen kan stille opp generelle mål og rammer og gi retningslinjer for den fysiske, økonomiske og sosiale utvikling i fylker og kommuner som skal legges til grunn for planleggingen etter loven. (§ 17-1 Rikspolitiske retningslinjer (RPR)). Det er gitt flere Rikspolitiske retningslinjer, bl.a. en som skal ivareta barns og unges interesser i planleggingen.

Kommunene skal utføre en løpende kommuneplanlegging med sikte på å samordne den fysiske, økonomiske, sosiale og kulturelle utvikling innen sine områder. Det kan utarbeides handlingsprogram for del av kommunen og/eller for bestemte virksomhetsområder. (20-1 Kommunalplanlegging).

Kommuneplanen skal legges til grunn ved planlegging, forvaltning og utbygging i kommunene. (§ 20-6 Virkninger av kommuneplanen).

Det ble i 1989 føyd til et eget kapittel (Kapittel VII - a.) om konsekvensutredninger (lov 16. juni 1989 nr. 81). Formålet er å klargjøre virkninger av tiltak som kan ha vesentlige konsekvenser for miljø, naturressurser og samfunn. (§ 33-1 Formålet med konsekvensutredninger).

Utredningsplikt etter dette kapitlet fritar ikke for utredningsplikt etter annen lovgivning. (§ 33-2 Forholdet til særlovgivningen). Dette gjelder bl.a. kommunens utredningsplikt etter kommunehelsetjenestelovens § 4a-5 (Konsekvensutredning).

I utkast til forskrift om vurdering og dokumentasjon av konsekvenser for bærekraftig utvikling og miljø, helse, naturressurser og samfunn (hjemlet i § 6 Forskrift) er helse nevnt på lik linje med bærekraftig utvikling m.v. Dette anses å kunne bli av stor betydning for å oppnå at helseaspekter tillegges større vekt enn tilfellet har vært til nå.

3.3.21 Kommuneloven

Lov om kommuner og fylkeskommuner (25. september 1992 nr. 107) kan kalles en forfatningslov for kommunesektoren.

Formål

§ 1 (Lovens formål.) lyder:

> Formålet med denne lov er å legge forholdene til rette for et funksjonsdyktig kommunalt og fylkeskommunalt folkestyre, og for en rasjonell og effektiv forvaltning av de kommunale og fylkeskommunale fellesinteresser innenfor rammen av det nasjonale fellesskap og med sikte på en bærekraftig utvikling.

Med den utformingen denne bestemmelsen har fått, har Stortinget framhevet de sentrale verdier ved det kommunale/fylkeskommunale selvstyret, samtidig som det understrekes at kommunene og fylkeskommunene må tilpasse seg overordnede nasjonale hensyn og preferanser. Disse nasjonale hensyn vil bl.a. være knyttet til rettssikkerhet og til likeverdighet i tjenestetilbudet.

I et folkehelseperspektiv er bestemmelsene i lovkapitlene om kommunal/fylkeskommunal planlegging (Kapittel 1), de kommunale/fylkeskommunale organer (Kapittel 2), administrasjon (Kapittel 4), interkommunalt samarbeid (Kapittel 5) og økonomiplan og årsbudsjett (Kapittel 8) de viktigste.

Informasjon og offentlighet

Etter § 4 (Informasjon om kommunens og fylkeskommunens virksomhet.) plikter den enkelte kommune og fylkeskommune å drive aktiv informasjon om sin virksomhet, og forholdene skal legges til rette for offentlig innsyn i den kommunale og fylkeskommunale forvaltning.

Planlegging

Bestemmelsen i § 5 (Kommunal og fylkeskommunal planlegging) pålegger kommunen å utarbeide en samordnet plan for den kommunale virksomhet. Fylkeskommunene skal utarbeide en fylkesplan som skal samordne statens, fylkeskommunens og kommunenes virksomhet i fylket. Denne planleggingen skal bygge på en realistisk vurdering av den forvente utvikling i kommunen/fylkeskommunen, og av de økonomiske ressursene som vil stå til rådighet slik dette framgår av økonomiplanen (§ 44). Kommune- og fylkesplanen skal ellers utarbeides etter plan- og bygningslovens bestemmelser. Det vises til omtalen av denne loven ovenfor.

Politisk organisering

Kommuneloven pålegger kommunene å ha kommunestyre, formannskap (§ 6), et fast utvalg for plansaker og havnestyre der dette er aktuelt. I tillegg skal kommunestyret velge et kontrollutvalg (§ 60). Kommunestyret kan selv opprette faste utvalg for kommunale formål eller for deler av den kommunale virksomhet. Kommunestyret bestemmer de faste utvalgs virksomhet (§10). Kommunestyret kan også opprette egne styrer for kommunale bedrifter, institusjoner o.l. (§ 11). Kommunestyret kan ellers opprette kommunedelsutvalg for deler av kommunen (§ 12). Kommunestyret fastsetter selv slike utvalgs arbeidsoppgaver.

De samme bestemmelser gjelder for fylkeskommunene (fylkesting, fylkesutvalg og kontrollutvalg. Fylkestinget kan opprette faste utvalg for ulike formål eller deler av virksomheten eller styre for bedrift o.l.).

Administrasjon

I hver kommune og fylkeskommune skal det ansettes en administrasjonssjef som ansettes av kommunestyret/fylkestinget

(§ 22). Administrasjonssjefen er den øverste leder for den samlede kommunale/fylkeskommunale administrasjon med unntak av det som følger av lov. Det skal også ansettes en regnskapskyndig person med faglig ansvar for regnskapet (§ 24). Bestemmelsene i flere særlover med pålegg til kommunene/fylkeskommunene om ha spesielle stillinger ble endret i forbindelse med særlovharmoniseringens Fase 1. Da falt f.eks. pålegget om å ha en sosialsjef bort. Bestemmelsen om at kommunele-

gen skulle ha møte- og talerett (men ikke forslagsrett) i helse- og sosialstyret og bygningsrådet falt bort samtidig.

Interkommunalt samarbeid

To eller flere kommuner, to eller flere fylkeskommuner eller en eller flere kommuner og en eller flere fylkeskommuner kan opprette et eget styre til løsning av felles oppgaver. Kommunestyret/fylkestinget gjør selv vedtak om opprettelse av slikt styre. Til slikt styre kan kommunestyret/fylkestinget selv gi myndighet til å treffe avgjørelser som angår virksomhetens drift og organisering. I tillegg kan Kongen gi pålegg om opprettelse av slikt styre (§ 27).

Økonomi og budsjett

Kommunestyret/fylkestinget skal hvert år vedta en rullerende økonomiplan. Den skal legges til grunn for budsjettarbeid og øvrige planleggingsvirksomhet (§ 44). Økonomiplanen skal omfatte minst de fire neste budsjettår og skal gi et realistisk bilde av den økonomiske situasjonen.

I tillegg kan nevnes § 60 pkt 4 som gir anledning til etablering av revisjonsdistrikt for flere kommuner/fylkeskommuner. Slike revisjonsdistrikt kan opprettes enten av aktuelle kommuner/fylkeskommuner eller etter vedtak av departementet (Kommunal- og regionaldepartementet). Begrunnelsen for denne bestemmelsen er at en i revisjonsarbeid trenger større faglig bredde og et større fagmiljø for at arbeidet kan bli utført på en mer forsvarlig måte. Dette kan muligens være en ordning som er aktuell også i folkehelsearbeidet.

3.3.22 Forsøksloven

Lov om forsøk i offentlig forvaltning (26. juni 1992 nr. 87) har som hovedmål å være en generell forsøkslov i motsetning til at en har hatt en rekke sektorvise forsøkshjemler/lover. Et eksempel var egne forsøksbestemmelser for helse-, sosial- og trygdesektoren i Lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene. Forsøksbestemmelsene i sistnevnte lov, ble opphevet i og med at lov om forsøk i offentlig forvaltning trådte i kraft.

Formålet med loven er gjennom forsøk å utvikle funksjonelle og effektive organisasjonsformer i den offentlige forvaltning og en hensiktsmessig oppgavefordeling mellom forvaltningsnivåer. Et særlig viktig forsøksområde er å forbedre den offentlige tjenesteyting overfor borgerne og få til en best mulig resursutnyttelse (§ 1).

Forsøkene omfatter statlig, fylkeskommunal og kommunal forvaltning (§ 2). De kan omfatte:

- avvik fra gjeldende lover og forskrifter om hvordan staten, fylkeskommunene eller kommunene skal organisere sin virksomhet og løse sine oppgaver,
- avvik fra reglene om oppgavefordelingen mellom statlige, fylkeskommunale og kommunale forvaltningsorganer,
- unntak fra statlige kontrollordninger overfor fylkeskommuner og kommuner.

Godkjenning kan gis for en periode på inntil fire år, men kan forlenges med inntil to år eventuelt lenger dersom forsøket munner ut en generell reform (§ 3).

Begrensningene i adgangen til å drive forsøk er knyttet til:

- kommunelovens grunnleggende bestemmelser om organisering av virksomheten i kommuner og fylkeskommuner,
- forvaltningslovens saksbehandlingsregler,
- saksbehandlingsregler i annen lovgivning, når bestemmelsene er gitt av hensyn til enkeltpersoners rettssikkerhet, og Kongen ikke finner at dette hensyn ivare-

tas minst like godt ved den framgangsmåte det søkes om samtykke til.

Godkjenning kan ikke gis når dette vil innebære innskrenking av rettigheter eller utvidelse av plikter som enkeltpersoner har etter gjeldende lovgivning (§ 4).

Det er ikke knyttet økonomiske midler til denne forsøksordningen. Det er forutsatt at den/de som søker om godkjenning av forsøket bærer de økonomiske utgiftene selv.

3.3.23 Lovgrunnlaget for helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Lov av 19.november 1982 nr 66 om helsetjenesten i kommunene fastslår i formålsparagrafen at kommunehelsetjenesten skal »..fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen.» Helsefremmende og forebyggende virksomhet har altså en fremtredende plass i lovteksten.

En viktig del av dette arbeidet er å holde oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de faktorer som kan virke inn på den. Helsetjenesten skal etter loven foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen og medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer.

Kommunehelsetjenesteloven ble i forbindelse med ny barnelov i 1992 tilført § 2.2 som gir barn rett til helsekontroll. «Alle barn har rett til nødvendig helsehjelp også i form av helsekontroll i den kommunen barnet bor eller midlertidig oppholder seg. Foreldre plikter å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll.«

Forskrift om helsestasjonsvirksomhet og forskrift om helsetjenester i skoler omhandler tjenestenes formål, oppgaver, organisering, personell og ansvar.

Helsestasjonens formål er

– å forebygge medfødte og ervervede sykdommer, også tannsykdommer og skader blant barn,
– å fremme barns fysiske, psykiske og sosiale helse.

De viktigste oppgavene i helsestasjonstjenesten er etter en gjengivelse av retningslinjene i rundskriv fra Statens helsetilsyn (IK19/90) å gi organisert tilbud til alle barn, fra fosterstadiet til skolepliktig alder, og deres familier/foresatte. Det omfatter:

1. Familieplanlegging
2. Helsetjeneste for gravide (kontroll, kurs, rådgivning om helsefremmende levevaner, etterkontroll, støtte til vanskeligstilte)
3. Forebyggende og helsefremmende oppgaver (undersøkelser, vaksinasjoner, hjembesøk, individkontakt og gruppesamtaler)
4. Barn med mulig eller sikker sykdom/funksjonshemming: oversikt over utvikling og oppfølging
5. Koordinere/iverksette tiltak for vanskeligstilte familier for å forebygge kriser, i nødvendig samarbeid med andre instanser.
6. Medvirke til at familiene får hjelp av helsetjenesten for øvrig ved akutt eller kronisk sykdom
7. Forebyggende tannhelsetjenester, også for gravide
8. Arbeid for å bedre oppvekstforholdene (ved å kartlegge, og formidle aktuelle opplysninger til kommunale myndigheter)
9. Helseopplysning: gi råd om hverdagens sykdommer, forebyggelse av barneu-

lykker, mat og stell, hvordan legge til rette for en god fysisk og psykisk utvikling m.v.

10. Virksomheten kan også utvides til å gjelde andre grupper av befolkningen (ungdom, eldre og deler av den voksne befolkningen i forebygging av spesielle helseproblem).

Skolehelsetjenestens formål er

– å fremme elevenes helse og forebygge sykdom, skade eller lyte,
– å identifisere og løse helsemessige problemer som knytter seg spesielt til skoleelevers situasjon.

Oppgavene i skolehelsetjenesten skal omfatte medisinske undersøkelser, individuell helseveiledning og helseopplysning, strukturert tverrfaglig samarbeid med skolen, pedagogisk-psykologisk tjeneste, sosialtjenesten og tannhelsetjenesten, rådgivning vedrørende hygieniske forhold og arbeidsmiljø, og tilrettelegging for integrering av funksjonshemmede barn, samt bistand med undervisning i den utstrekning skolen ønsker det. Skolen har en sentral rolle i oppfølgingen av skolemåltider jf forskrift om miljørettet helsevern i barnehage og skole m.v. Det vises ellers til Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Statens helsetilsyn IK - 2617) og Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv. (Statens helsetilsyn IK-2619).

Tjenesten skal i henhold til rundskriv IK-33/95 fra Statens helsetilsyn

1. arbeide for at barn ikke får problemer i lære- og skolesituasjonen på grunn av funksjonshemming som ikke er oppdaget, eller på grunn av manglende habilitering/rehabilitering
2. samarbeide med aktuelle samarbeidspartnere om et helsefremmende arbeidsmiljø/skolemiljø for barn og unge
3. gi tilbud om veiledning og undervisning som møter aktuelle utfordringer og behov for å fremme helse og forebygge sykdom
4. gi tilbud om vaksinasjon etter anbefalt program til alle barn og unge.

De viktigste temaer er:

– Samliv, seksualitet og prevensjon
– Tobakk, alkohol og andre rusmidler
– Psykisk/sosialt forebyggende arbeid som særlig retter seg mot følelsesmessige- og atferdsvansker, mobbing, vold, spiseforstyrrelser.
– Støtte opp under og utvikle sosiale ferdigheter
– Stimulere til fysisk aktivitet
– Deltakelse i ansvarsgrupper/samarbeidsteam for barn/ungdom med særlige behov.

Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv. har som formål å bidra til at miljøet i barnehager og skoler fremmer helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold samt forebygger sykdom og skade.

Smittevernloven har bl.a. har til formål å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer.

Forskrift om tuberkulosekontroll omhandler i *"Innledning og bakgrunn"* i kapittel 2 hvem som har plikt til å gjennomgå tuberkulosekontroll mv., bl.a. skoleelever og lærere, og tilbud om BCG-vaksinasjon.

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 30. mars 1984, § 3, pålegger enhver som yter helsetjenester å etablere internkontrollsystem. I lov om statlig tilsyn omfatter internkontrollbegrepet krav fastsatt i lov eller forskrift og krav som følger av allment aksepterte faglige normer. Å følge allment aksepterte faglige normer er et

lovbestemt krav til helsetjenesten. Allment aksepterte faglige normer knyttes til kravet om faglig forsvarlig virksomhet.

Plan- og bygningsloven (1985) er fulgt opp med rikspolitiske retningslinjer for å styrke barn og unges interesser i planleggingen jf § 2, 3.ledd «Ved planlegging etter loven her skal det spesielt legges til rette for å sikre barn gode oppvekstkår».

FNs konvensjon om barns rettigheter har betydd mye i arbeidet med barn og unge.

3.3.24 Lovgrunnlaget for forebygging av astma, allergi og inneklimasykdommer

Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet la våren 1998 fram en odelstingsproposisjon om ny opplæringslovgivning for grunnskole og videregående opplæring. Det vises til omtalen ovenfor. Forholdet mellom lov og forskrift og elevenes arbeidsmiljø fikk en bred plass. Elevene er ikke som skolens personale, omfattet av Lov om arbeidervern og arbeidsmiljø. Helsetjenesten i skolene er for øvrig regulert av Lov om helsetjenesten i kommunene med forskrifter.

Forhold som har med inneklima å gjøre reguleres også gjennom Arbeidsmiljøloven (spesielt §§ 7, 8 og 19), Tobakksskadeloven (§ 6) og Plan- og bygningsloven med tilhørende forskrifter.

Det er utarbeidet en rekke forskrifter og veiledninger i tilknytning til innemiljøproblematikk, arbeidsmiljø og tobakkskader. I tillegg er nå plan- og bygningsloven og byggeforskriftene revidert blant annet med hensyn på å bedre regelverket i forhold til innemiljø. Gjennom byggeforskriftene tas det sikte på å heve kravene slik at det skal kunne settes like strenge krav til nybygg og innemiljø som det allerede er mulig å stille etter arbeidsmiljø- og kommunehelsetjenesteloven til eksisterende bygg. Gjennom revisjon av plan- og bygningsloven har departementet nå fått en hjemmel til å lage forskrifter for å gi utbedringspålegg i bestemte typer bygg, der dette anses for å være nødvendig av hensyn til helse, miljø, sikkerhet og tilgjengelighet. Bruken av denne forskriftshjemmelen er foreløpig ikke fastsatt, men bedring av innemiljø i bestemte typer bygg vil kunne være aktuelt.

Forurensningsloven av 1981 er gjennom forskrift gjort gjeldende for samferdsel med bindende grenseverdier for svoveldioksid (SO_2), svevestøv (PM_{10}), nitrogendioksyd (NO_2), bly og støy. Forskriften trådte i kraft 1. juli 1997.

I medhold av Produktkontrolloven av 1976 er det utviklet et system for klassifisering, merking og registrering av kjemikalier. I tillegg til det etablerte systemet for klassifisering og merking av helsefarlige kjemikalier, ble det fra 1. april 1996 innført krav om klassifisering og merking av miljøskadelige stoffer. For enkelte av de farligste miljøgiftene er det fastsatt egne forskrifter som forbyr eller regulerer bruken.

Det eksisterer i dag retningslinjer til plan- og bygningsloven for støy fra veg- og flytrafikk. Rikspolitiske retningslinjer for en samordnet areal- og transportplanlegging skal legges til grunn for planlegging og utøvelse av myndighet i kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter. Hensikten er å oppnå bedre samordning av arealplanlegging og transportplanlegging, blant annet for å legge til rette for en reduksjon av transportbehovet. Plan- og bygningslovens bestemmelser om konsekvensutredninger kommer til anvendelse for utbyggingstiltak over en viss størrelse. Når det gjelder samferdselsprosjekter vil spørsmål knyttet til luftforurensning ofte stå sentralt. Ved å begrense lokal luftforurensning og støy, og ved å legge til rette for allsidig lek, friluftsliv og idrett der folk bor, vil helsemessige forhold og livskvaliteten for den enkelte bedres. Plan- og bygningsloven gir kommunene store muligheter til å påvirke planleggingen av transportsystem og arealbruk.

I kjøretøyforskriften fastsatt av Vegdirektoratet med hjemmel i vegtrafikkloven er det innført avgasskrav for nye kjøretøyer. Tradisjonelt har norske miljøkrav til kjøretøy og drivstoff fulgt spesifikasjoner og standarder fastsatt av ECE (ECE = Economic Comission for Europe, FNs Europaorgan). Norge er nå, som følge av EØS-avtalen, forpliktet til å følge EU-direktiver på området og deltar i EUs arbeid på feltet. Avgasskravene til alle typer kjøretøy har siden 1989 blitt vesentlig skjerpet.

Drivstoffers innhold av miljø- og helseskadelige stoffer, f eks bly og benzen, har siden 1980 vært regulert i egen forskrift etter produktkontrolloven.

Parkeringsregulering kan være et effektivt virkemiddel for å begrense luftforurensning i sentrum av større byer. Forskrifter etter vegtrafikkloven hjemler regulering av parkering på offentlig veg. I tillegg kan kommunene styre utvikling av parkeringstilbudet ved arealplanlegging etter plan- og bygningsloven.

Lov om helsetjeneste i kommunene pålegger helsetjenesten å informere andre offentlige organer om uheldige faktorer som kan virke inn på helsen, slik at disse kan iverksette tiltak. Kommunehelsetjenesteloven gir mulighet til å gi forskrifter om hygieniske forhold i ulike typer virksomheter. En viktig forskrift i denne sammenhengen er forskrift om miljørettet helsevern i skoler og barnehager, som trådte i kraft 1.1.1996. Forskriften gir utfyllende bestemmelser om ulike miljøfaktorer, blant annet i form av krav til beliggenhet, til utforming og innredning av lokaler, og bestemmelser om ioniserende stråling, og røyking i virksomhetens inneområde. Det er utarbeidet en egen veileder til forskriften.

Normer for inneluftkvalitet ble fastlagt i 1991 (Helsedirektoratets rundskriv nr IK-39/91). Ny dokumentasjon på feltet har ført til at det nå er tatt initiativ til en revisjon, og bl.a. tobakksrøyk skal inkluderes i normene. Arbeidet forventes ferdigstilt i 1998.

Tobakksskadeloven ble innskjerpet med virkning fra 1. januar 1996, noe som blant annet fører til et bedret vern mot passiv røyking. Passiv røyking er sannsynligvis den viktigste risikofaktoren for utvikling av nedre luftveisinfeksjoner hos barn.

Næringsmiddelloven og lov om samordnet næringsmiddelkontroll regulerer bl a hygiene ved produksjon og frambud av næringsmidler, merking og markedsføring av mat, bestemmelser om innhold av tilsetningsstoffer mm, og drikkevann.

3.3.25 Oppsummering

Utvalget viser til opplistingen av relevant lov- og forskriftsverk i dette underkapittlet. Lovverket er stort sett av nyere dato, og noen av de senere lovene har virket i kort tid. På flere områder arbeides det med nytt lovverk. Det er gitt en rekke forskrifter av betydning for å fremme folkehelsen. Etter utvalgets oppfatning gir lov- og forskriftsverket i utgangspunktet et godt grunnlag for å ivareta sykdomsforebyggende arbeid.

Når det derimot gjelder helsefremmende arbeid, synes lov- og forskriftsverk mindre treffsikkert og fleksibelt. På mange områder synes det å være et stort behov for en bedre samordning av lov- og regelverk. Utvalget vil peke på at mange av hindringene for godt folkehelsearbeid synes å ligge i den sektordelte staten og ikke i kommunene. Dersom staten ønsker en kommunesektor som er preget av helhet og ikke sektoroppdelt, bør staten gå foran som et godt eksempel - også når det gjelder lov- og regelverk. Utvalget viser til at mange er opptatt av dette, jf f.eks. Stortingets vedtak om en ny gjennomgang av særlovgivning som kan hindre etablering av samordnet offentlig service i kommunene etter mønster fra forsøket med servicek-

ontor i 7 kommuner. Utvalget vil komme tilbake til eventuelle forslag til nye bestemmelser eller endringer i gjeldende lov- og forskriftsverk i kapittel 10.

3.4 HELSEFREMMENDE OG FOREBYGGENDE ARBEID - DET FAGLIGE GRUNNLAGET I TIDLIGERE UTREDNINGER

3.4.1 Innledning

Tidligere var forebyggende og helsefremmende arbeid ensbetydende med kampen mot livstruende sykdommer, jf innledningen til underkapittel 3.2. I dag er forebyggende og helsefremmende arbeid i tillegg alt arbeid som legger til rette for å frigjøre og utnytte folks egne ressurser i lokalsamfunnet, og som har som formål å gjøre hver og en av oss til hovedaktører i våre egne liv.

Det viktigste faglige fundamentet for helsefremmende og forebyggende arbeid i Norge finner vi i NOU 1991:10 Flere gode leveår for alle og i St.meld. nr. 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid, og Stortingets behandling av denne meldingen, jf Innst.S. nr. 118 (1993-94). Disse dokumentene har betydd mye for den økte satsingen på forebyggende arbeid på sentralt, regionalt og kommunalt nivå. På statlig nivå har de ført til at det er opprettet en egen avdeling for bl.a. forbygging i Sosial- og helsedepartementet, og at departementets underliggende forebyggingsinstitusjoner har engasjert seg sterkt i den nasjonale oppfølgingen av innsatsområdene. På regionalt nivå har de bidratt til at mange fylkeskommuner har utpekt forebyggende arbeid som ett av hovedinnsatsområdene i fylkesplansammenheng. Og mange kommuner har aktivt tatt del i prosjekter knyttet til hovedinnsatsområdene for den statlige forebyggingen.

NOU 1991: 10 Flere gode leveår for alle. Forebyggingsstrategier

Utredningen skiller mellom helsefremmende og forebyggende arbeid slik:

> «Helsefremmende arbeid innebærer «å fylle på » med ting som er gode og positive, og som gjør at vi får det bedre. Eksempler kan være mer tid og anledning til familieliv, eller et bedre og sikrere bomiljø og arbeidsmiljø. Her venter vi ikke for å se om noen blir syke eller får problemer, vi gjør noe for eller med alle, før det er kommet så langt.
>
> Forebyggende arbeid derimot, innebærer å fjerne, hindre eller stenge for faktorer som kan føre til sykdom, skade eller andre problemer. Her tar vi som utgangspunkt kunnskap om personer som allerede har fått problemer eller sykdom, og arbeider oss bakover i årsakskjeden for å finne hvordan det kunne vært unngått, og prøver å hindre at andre kommer i samme situasjon.»
>
> (side 8, første spalte)

Om forebyggende virksomhet sies det:

> «Med basis i klassisk epidemiologi blir forebyggende virksomhet gjerne karakterisert som primærforebygging, sekundærforebygging eller tertiærforebygging. Den opprinnelige betydningen av disse begrepene har stadig blitt utvidet etterhvert som infeksjonssykdommene har blitt mindre dominerende. I moderne faglitteratur er det gjerne følgende innhold som blir gitt til begrepene:
>
> Primærforebygging er innrettet mot mulige problemer før de oppstår. Det er et vidt begrep og omfatter alt fra samfunnsplanlegging og miljøvernvern til spesifikke tiltak, rettet mot konkrete sykdommer eller problemer. Primært forebyggende arbeid er å fjerne eller begrense de forhold som skaper problemer. Målgruppen er hele befolkningen eller store, uselekterte grupper.

Primærforebygging kan være f.eks. informasjon, fritidsaktiviteter, idrett, et sted å være.....

For å hindre at misbruk av rusmidler oppstår, kan det f.eks. iverksettes tiltak som strammer inn skjenkebevillingspraksis, kontroll med skjenkesteder.....

Men primærforebygging er også å legge forholdene til rette gjennom fysisk planlegging f.eks. for å forebygge ulykker, for en aktiv fritid, ved å anlegge parker.....

Sekundærforebygging er i større grad innrettet mot grupper i faresonen. Sekundært forebyggende arbeid omfatter tiltak i problemskapende prosesser en ikke har kunnet forhindre på et tidligere tidspunkt. Siktemålet er å hindre videreutvikling eller tilbakefall til vanskelige livssituasjoner eller sykdom.

Oppsøkende arbeid er et eksempel.....

Heltids sysselsettingstiltak for arbeidsløse er et annet eksempel.....

Sekundærforebygging innebærer også å definere noen individuelle risikokriterier, f.eks. høyt blodtrykk, høyt kolesterol.....

Tertiærforebygging tar utgangspunkt i individer som allerede har vært i en sykdoms- eller problemsituasjon. Det omfatter tiltak som tar sikte på å vedlikeholde et funksjonsnivå, hindre en forverring av allerede eksisterende problemer, eller motarbeide at de blir kroniske eller får tilbakefall.....

Individuelle problemer er ofte sammensatte med mange, samvirkende medisinske, sosiale, psykiske og strukturelle årsaksfaktorer. En del av disse faktorene kan påvirkes av individet selv, eller av det helse- og sosialfaglige hjelpeapparatet. Andre er det bare mulig å gjøre noe med på samfunnsnivå. Det er en utfordring innen det forebyggende arbeidet å klargjøre og påvirke samspillet mellom individ og samfunn, og finne balansen mellom enkeltmenneskets og samfunnets ansvar.»

(side 35, første og annen spalte).

Utvalget vil peke på at det er nær sammenheng mellom tertiærforebygging og rehabilitering, og at begrepene ofte brukes om hverandre. Begrepet rehabilitering er det vanligste.

Om forebyggingsstrategier sies det:

I prinsippet er det to muligheter eller strategier når det gjelder forebygging:

- befolkningsstrategi/primærforebyggende strategi som innebærer å påvirke levekårene slik at risikobelastningen i befolkningen blir mindre.
- høyrisikostrategi/sekundærforebyggende strategi som innebærer å påvirke risikogruppene slik at færre personer får problemer.

Det understrekes at begge strategier er viktige og henger nøye sammen. Det er ikke naturlig å velge enten den ene eller den andre. Hvordan de skal vektlegges i forhold til hverandre vil avhenge av hvilke problemer som skal forebygges.

3.4.2 St.meld. nr. 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid

Sosial- og helsedepartementet la 3.4.93 fram St.meld. nr. 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid. Meldingen bygget på NOU 1991:10 og høringsuttalelsene til utredningen. I Innst.S. nr. 118 (1993-94) uttaler Sosialkomiteen dette:

«Komiteen er enig med Regjeringens mål om flere gode leveår for alle og at dette er et felles ansvar. En viktig strategi for å realisere et slikt mål er en utstrakt satsing på det helsefremmende og forebyggende arbeid. Regjerin-

gens hovedsatsingsområder gir et godt grunnlag for at flere mennesker skal få et kvalitativt bedre og lengre liv.

Komiteen har merket seg at Regjeringen legger til grunn at arbeidet for å nå målet om flere gode leveår for alle omfatter:

1. forebyggende tiltak, nærmere bestemt en reduksjon i sykdommer, skader, sosiale problemer, dødelighet og reduksjon av risikofaktorer og
2. helsefremmende tiltak som tar sikte på å bedre livskvalitet, trivsel og mulighetene til å mestre de utfordringer og belastninger en utsettes for i dagliglivet.

Etter komiteens syn innebærer dette en utvidet forståelse av hvilke faktorer som påvirker folks helse og trivsel. En slik tilnærming må etter komiteens mening føre til et omfattende samarbeid på tvers av ulike sektorer og forvaltningsnivåer så vel som offentlige etater, næringslivet og frivillige organisasjoner. Komiteen ser derfor nødvendigheten av at det for å ivareta helheten blir iverksatt konkrete tiltak som kan formalisere slikt samarbeid på tvers av sektorenes egne interesseområder.» (side 4-5)

Komiteen vektla ellers det tverrsektorielle ansvaret slik:

«Komiteen ser det som helt avgjørende for å lykkes det forebyggende og helsefremmende arbeidet at alle relevante sektorer og aktører i samfunnet blir ansvarliggjort og definert som aktører. Dette er viktig om sunnhet og velvære, trivsel og velferd skal være bærende begreper i det forebyggende helsearbeid. En slik forståelse av det helsefremmende og forebyggende arbeid må innebære at det miljøet vi omgir oss med, settes i kontinuerlig fokus.» (side 2).

Stortinget sluttet seg ellers til forslaget om at hovedinnsatsområdene for helsefremmende og forebyggende arbeid de neste årene skulle være forebygging av belastningslidelser, ulykker og skader og psykososiale problemer. I tillegg ble forebygging av astma og allergi valgt som det fjerde hovedinnsatsområdet. Meldingen viser videre til at departementet vil gå inn for å styrke innsatsen i mat- og ernæringspolitiske spørsmål og bygge på det gode grunnlaget som er lagt i mat- og ernæringsarbeidet siden 1975. Det vises ellers til omtalen i *"Innledning og bakgrunn"* i kapittel 2 og *"Status for forebyggende arbeid i Norge"* i kapittel 4.

3.4.3 Sentrale fag- og interessemiljøer har viktige nasjonale oppgaver innen folkehelsearbeidet

Et viktig prinsipp i folkehelsearbeidet ble slått fast av Stortinget ved behandlingen av St.meld. nr. 37 (Forebyggingsmeldingen) - Sosial- og helsedepartementet skal være pådriver i dette arbeidet. Dette var en presisering av Stortingets vedtak i forbindelse med behandling av St.meld. nr. 41 (1987-88) Nasjonal helseplan om at helsemyndighetene skulle ha en pådriverrolle overfor andre sektorer i forebyggende arbeid.

På statlig nivå er organiseringen i dag en oppfølging av Stortingets vedtak og dessuten vedtaket om omorganisering av den sentrale helseforvaltning i 1992. Dette innebar at bl.a. forebyggingsinstitusjonene ble direkte knyttet til departementet fra 1.1.1994. Statens helsetilsyn og fylkeslegene har samme tilknytningsforhold til departementet som de øvrige institusjonene. I den videre oppfølging av St.meld. nr. 37 har de sentrale forebyggingsinstitusjonene, Statens helsetilsyn og fylkeslegene fått utvidete oppgaver og bistår Sosial- og helsedepartementet som kompetanseorganer, forskningsinstitutter og gir råd og veiledning i folkehelsepolitiske spørsmål.

Disse gis en kort omtale nedenfor. Også rådsorganer og andre samarbeidsorganer har viktige oppgaver og vil bli omtalt.

Sosial- og helsedepartementet

Sosial- og helsedepartementet har fra 1.1.1994 organisert sitt folkehelsearbeid i en egen fagavdeling. Avdelingen er nylig omorganisert i en Forebyggings- og rehabiliteringsavdeling. Avdelingen har bl.a. ansvaret for oppfølgingen av St.meld. nr. 37 (innsatsområdene som er omtalt i 3.4.3 ovenfor og arbeidet med mat og ernæring, tobakksforebygging, smittevern, herunder HIV/AIDS, forebygging av uønskede svangerskap og abort og strålevernet. Avdelingen har i dag etatsstyringsansvaret overfor forebyggingsinstitusjonene som er nevnt nedenfor.

Statens helsetilsyn (Helsetilsynet) og fylkeslegene

Statens helsetilsyn:

Statens helsetilsyn ble opprettet fra 1994 til erstatning for det tidligere Helsedirektoratet. Statens helsetilsyn og fylkeslegene utgjør tilsammen den statlige tilsynsetat for norsk helsevesen. Etaten har det overordnede faglige tilsyn med helsetjenesten og fører tilsyn med alt helsevesen og alt helsepersonell, jf tilsynsloven og den instruks som er fastsatt av Sosial- og helsedepartementet. Etaten skal på selvstendig faglig grunnlag utøve tilsyn og gi råd som myndighetsorgan.

Visjon:

– Tilsyn og rådgivning for trygg helsetjeneste.

Hovedmål:

1. En faglig forsvarlig helsetjeneste som etterlever lover og forskrifter og ivaretar rettssikkerhet for brukerne av helsetjenesten.
2. Et faglig grunnlag for å utvikle den nasjonale helsepolitikken.
3. Ivareta de formål som følger av handlingsplaner, tilskuddsordninger og andre tillagte oppgaver.

Etaten utfører disse oppgavene:

– Overordnet tilsyn med helseforhold og helsetjeneste.
– Tilsyn med virksomheter i helsetjenesten.
– tilsyn med helsepersonell.
– Rådgivning og kompetanseoppbygging overfor helsetjenesten og helsepersonell.
– Utredning og rådgivning overfor Sosial- og helsedepartementet og andre sentrale myndigheter, regelverksutvikling.
– Forvaltning av regelverk og delegerte oppgaver.
– Gjennomføring av prosjekter, handlingsplaner, tilskuddsordninger o.l.

Fylkeslegene

Fylkeslegekontorenes lovgrunnlag finnes i tilsynsloven. Fylkeslegene utfører også oppgaver på direkte oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet. Det foreligger egne retningslinjer for slik direkte kontakt. Kontorene har stor lokalkunnskap og erfaring fra tilsynsarbeid og er sentrale samarbeidspartnere i det meste av Helsetilsynets virksomhet. Det er stor bredde i kompetanse hos de ansatte - leger, jurister, sykepleiere utgjør basisbemanningen.

Hvert fylkeslegekontor utgir årlig «medisinalmelding» for sitt fylke med data og vurdering av folkehelsen og helsetjenesten. Denne årlige rapporten tar også opp spørsmål som angår samfunnsmedisinske oppgaver i kommunene samt andre tema av betydning for folkehelsearbeidet. Fylkeslegene har vært og er sentrale i oppfølgingen av de statlige handlingsplanene på forebyggingsfeltet.

En sentral oppgave for det statlige helsetilsyn (Helsetilsynet og fylkeslegene) er å føre tilsyn med at helsetjenesten har etablert hensiktsmessige internkontrollsystemer. Disse systemene skal sikre at tjenesteyterne følger gjeldende lover og forskrifter. Det skilles mellom tre typer tilsyn

– Overordnet faglig tilsyn
– Tilsyn med helsetjenester (virksomhetstilsyn)
– Tilsyn med helsepersonell (individtilsyn)

På grunnlag av tilsynserfaringene og i samarbeid med fagmiljøene bidrar etaten med rådgivning og kompetanseoppbygging overfor helsetjenesten og formidler informasjon og faglige råd til Sosial- og helsedepartementet og andre sentrale myndigheter.

Kreftregisteret

Kreftregisterets formål og hovedprioriteringer er:

1. Skaffe samfunnet oversikt over krefttilfellene i Norge og belyse utviklingen over tid.
2. Etablere ny viten om kreftsykdommenes årsaker, naturlige forløp, diagnostikk- og behandlingseffekter.
3. Bidra til å forebygge kreft i befolkningen (herunder masseundersøkelser).

Basis for all virksomhet i Kreftregisteret er komplette og medisinske data vedrørende nye og tidligere kreftpasienter.

Statens ernæringsråd (Ernæringsrådet)

Statens ernæringsråd er et kompetanse- og forvaltningsorgan i spørsmål som angår mat, ernæring og kostholdsrelaterte helseproblemer. Det overordnede mål er å bidra til at befolkningen får en best mulig ernæring. Hovedmålet er å redusere omfanget av helseskader og helseforskjeller som har sammenheng med kostholdet ved å styrke fagområdet ernæring i det helsefremmende og forebyggende arbeid. Delmålene er:

1. Styrke kunnskapen om sammenhengen mellom kosthold, ernæring og helse. Gi anbefalinger for et helsefremmende kosthold for hele befolkningen og i behandling av kostrelatert sykdom og annen sykdom og skade.
2. Styrke kunnskapen om forekomst av kostholdsrelaterte helseproblemer, identifisere risikogrupper samt følge kostholdsutviklingen og matvarenes sammensetning.
3. Stimulere til en samfunnsutvikling som ivaretar ernæringshensyn og foreslå og iverksette tiltak som fremmer folkehelsen.

Innsatsen konsentreres om kontinuerlig å sikre god ernærings- og helsefaglig dokumentasjon som sammen med et system som følger utviklingen i norske matvaner og matvarer, gir det beste utgangspunkt for å iverksette tiltak der målet er å gjøre det lett for den enkelte å velge sunt. Statens ernæringsråd er opptatt av å videreutvikle gode nettverk for å redusere kostholdsrelaterte helseskader og helseforskjeller i befolkningen. Prioriterte områder er å øke forbruket av frukt og grønt og sikre elev-

ene i grunnskolen velorganiserte måltider. Også innsatsen for å fremme samarbeid om kosthold og helse i internasjonal sammenheng intensiveres.

Statens helseundersøkelser (SHUS)

Statens helseundersøkelser har tre hovedoppgaver med tilhørende hovedmål:

1. HelseundersøkelserStatens helseundersøkelser yter landsdekkende service til primærhelsetjenesten og andre ved systematiske befolkningsundersøkelser om definerte helseproblemer. Institusjonen gjennomfører helseundersøkelser, mens helsetjenesten lokalt tar seg av oppfølgingen av personer med tegn til sykdom eller høy risiko.Hovedmål: Redusere risiko for og å oppdage sykdom i tidlig stadium.
2. Helseopplysning og helsefremmende arbeidStatens helseundersøkelser yter landsdekkende service til kommunehelsetjenesten, tverretatlig kommunalt personell og frivillige organisasjoner for lokal kompetanseutvikling samt opplysningsvirksomhet direkte til befolkningen.Hovedmål: Øke befolkningens kunnskap om forhold som påvirker helsen og øke muligheten for personlig valg av helsefremmende atferd.
3. HelseforskningHelseundersøkelsene gjennomføres etter strengt standardiserte rutiner og metoder. Gjennom årene er det samlet unike helsedata som er velegnet til epidemiologisk forskning. Statens helseundersøkelser-materialet analyseres av institusjonens egne forskere og en rekke andre forskergrupper i inn- og utland.Hovedmål: Skaffe ny viten om helseproblemenes årsaksforhold og forebygging.

Statens institutt for folkehelse (Folkehelsa)

Det overordnede mål for Folkehelsa er å bidra til god folkehelse ved å forebygge sykdom og helseskader, fremme helse og bedre helsetjenestene. Instituttet driver egen forskning og produktutvikling, omsetter forskningsresultater til praktisk bruk og sammenstiller og formidler kunnskap. Instituttet har som hovedmål:

1. Forebygge og bekjempe sykdommer som skyldes mikroorganismer.
2. Forebygge sykdommer og helseskader som skyldes kjemiske og fysiske miljøfaktorer.
3. Fremme helse og trivsel og forebygge sykdommer og helseskader som skyldes sosiale miljøfaktorer.
4. Hjelpe samfunnet å treffe beslutninger om forebyggende og kurative helsetjenester.

Statens næringsmiddeltilsyn (Næringsmiddeltilsynet)

Statens næringsmiddeltilsyn (SNT) er et sentralorgan for forvaltning og kontroll av næringsmidler og forvalter næringsmiddellovgivningen til Fiskeridepartementet, Landbruksdepartementet og Sosial- og helsedepartementet. Hovedmålsettingen for Statens næringsmiddeltilsyn er å medvirke til at næringsmidler er og blir oppfattet som trygge for helsen, at de har god kvalitet, og at de blir levert på redelig vis. For å nå disse målene vil Statens næringsmiddeltilsyn arbeide for:

– et brukbart og forståelig regelverk og god forvaltning,
– formålstjenlig struktur i det offentlige næringsmiddeltilsynet,
– dokumentasjon av at maten er trygg,
– tilstrekkelig kompetanse i det offentlige næringsmiddeltilsynet,
– tilgjengelig informasjon for forbruker, næringsliv og offentlige etater,

– å være en aktiv og god samarbeidspart.

Statens strålevern (Strålevernet)

Statens strålevern er landets fagmyndighet på området strålevern og atomsikkerhet og skal betjene alle departementer i spørsmål som angår dette. Hovedmålene er:
1. Berettiget og optimalisert strålebruk.
2. Vern av arbeidstakere, befolkning og miljø mot skadelige effekter av stråling.
3. Et samfunn forberedt på atomulykker, andre strålingsulykker og bruk av atomvåpen.
4. Ny viten om strålevern og strålevirkninger.

Statens tobakksskaderåd (Tobakksskaderådet)

Statens tobakksskaderåd er et kompetanse- og forvaltningsorgan under Sosial- og helsedepartementet i spørsmål som angår tobakk og helse. Tobakksskaderådet har som hovedmål:
1. Tobakksfrie barn og unge.
2. Tobakksfritt innemiljø.
3. Tobakksfrie voksne.

Hovedprioriteringen de siste årene har vært å hindre barn og unge i å begynne med tobakk, å sikre og styrke vernet mot ufrivillig passiv røyking og å hjelpe motiverte røykere til å slutte.

Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver (SOHO)

Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver er en paraply for 28 medlemsorganisasjoner på forebyggingsfeltet: 19 frivillige organisasjoner, Kommunenes Sentralforbund og 8 statlige forebyggingsinstitusjoner som arbeider innenfor området helse og miljø. SOHOs mandat er:
– fremme utvikling og formidling av kunnskap og virkemidler av betydning for helsefremmende arbeid,
– gi råd til medlemsorganisasjonene om bruk av informasjon og holdningsskapende tiltak, og å søke og samordne innsatsen med sikte på en rasjonell og effektiv utnyttelse av tilgjengelige ressurser,
– på oppfordring gi råd og høringsuttalelser til offentlige myndigheter,
– holde kontakt med relevante nordiske og andre internasjonale organisasjoner som arbeider med helsefremmende og forebyggende oppgaver,
– arbeide for tilsvarende samarbeidsorgan på fylkes- og kommunenivå.

Frivillighetens samarbeidsorgan (FRISAM)

FRISAM er et 4-årig prosjekt som varer ut 1998. FRISAM skal sette søkelyset på frivillighetens mangfold, spre informasjon om de ulike former for frivillig innsats og skape debatt om utfordringene og problemstillingene knyttet til frivillighet og samspill mellom offentlig og frivillig innsats. FRISAMs oppgave er å stimulere, heve statusen til og utvikle frivilligheten i Norge. FRISAM driver:
– informasjonsvirksomhet,
– kompetanseutvikling,
– initierer forsøk, utredning og forskning,
– forvalter driftstilskudd til frivillighetssentraler,
– utvikler erfaringer med frivillighetssentraler,

– gir råd til det offentlige og næringslivet i saker om frivillighet.

Nemnd for bioteknologi (Bioteknologinemnda)

Bioteknologinemnda er rådgivende organ for Regjeringen. Nemnda er frittstående og har representanter fra ulike fagmiljøer, organisasjoner og forvaltningen. Nemnda har et fast sekretariat. Det overordnede mål er å bidra til en etisk og samfunnsmessig forsvarlig utvikling av moderne bioteknologi i Norge.

Statens eldreråd

Statens eldreråd skal gi råd til offentlige myndigheter og institusjoner på nasjonalt nivå om forhold som angår eldres levekår og livsvilkår - med fokus på eldres behov og krav på medbestemmelse og deltakelse, uavhengighet, selvutfoldelse, omsorg og verdighet. Overordnet mål er «Å bedre levekårene for eldre generelt og de svakstilte eldre spesielt».

Rådet for funksjonshemmede

Rådet for funksjonshemmede er oppnevnt ved kgl. res. og gir myndighetene råd for utformingen og gjennomføringen av politikken for funksjonshemmede. Overordnet mål for perioden 1995-99 er «Like muligheter og full deltaking i samfunnet for mennesker med funksjonshemming».

Rusmiddeldirektoratet

Rusmiddeldirektoratet skal bidra til å forebygge rusmiddelproblemer og har sammen med Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning en viktig rolle i gjennomføringen av regjeringens politikk på dette området. Hovedprioriteringene for direktoratets forebyggende virksomhet er å framskaffe dokumentasjon og formidle opplysning om rusmiddelspørsmål, skape enhet i det offentlige arbeidet med å forebygge rusmiddelproblemer, fremme rusmiddelforebygging i skoleverket og opplysningsvirksomhet gjennom frivillige organisasjoner og media, samt virke for samarbeid mellom offentlige institusjoner og frivillige organisasjoner på området.

(Kilde: St.prp. nr. 1 (1997-98) Sosial- og helsedepartementet, St.prp. nr. 1 (1997-98) Landbruksdepartementet)

3.5 SAMFUNNSMEDISINSK ARBEID

3.5.1 Innledning

Fastlegeforsøket som lå til grunn for St.meld. nr. 23 (1996-97) tok ikke spesielt sikte på å bedre de samfunnsmedisinske oppgavene i kommunene. Forsøket ga heller ikke entydige svar på hvordan de samfunnsmedisinske og tverrfaglige oppgavene kunne løses bedre enn i dag. Avlønningsordningen stimulerer fortsatt leger tilknyttet den kommunale helsetjenesten til å legge vekt på individrettet pasientbehandling framfor tverrfaglig samarbeid og forebygging overfor hele eller grupper av befolkningen. Selv om disse spørsmålene er drøftet i Delutredning I, finner utvalget det hensiktsmessig for helhetens skyld å omtale samfunnsmedisinsk arbeid også i sluttutredningen.

Begrepet samfunnsmedisin

Samfunnsmedisin er den delen av medisinen som er opptatt av og rettet mot helsetilstanden i hele eller deler av befolkningen, livsmiljøet og samfunnsforhold-

ene befolkningen lever i, og hvordan helsetjenesten og andre tiltak som iverksettes, imøtekommer behov og fungerer i forhold til å bedre folkehelsen (jf Departementets definisjonskatalog for allmennlegetjenesten fra 1996 og St meld nr 23 (1996-97) Trygghet og ansvarlighet). Samfunnsmedisinen er også en medisinsk spesialitet som har samme målsetting som skissert ovenfor. Leger med spesialitet i samfunnsmedisin finnes i hovedsak i kommunale tjenester, men også på fylkeskommunalt og statlig nivå. Aktører fra andre fagområder og sektorer arbeider innen det samfunnsmedisinske fagfeltet som i utpreget grad er avhengig av samarbeid med andre yrkesgrupper og med andre samfunnssektorer.

I henhold til lovverket skal kommunene ansette en lege som er tillagt myndighet og oppgaver etter kommunehelsetjenestelovens og smittevernlovens bestemmelser. Denne legen kan også være tillagt annen kommunal myndighet gjennom delegasjon fra kommunestyret/annet politisk organ. Disse oppgavene krever i større kommuner leger i heltidsstilling.

Hvem er så samfunnsmedisinerne, og hvilke typer oppgaver har de i det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunene?

I undersøkelsen «Søkelys på samfunnsmedisinen» (Betty Pettersen, Folkehelsa, juni 1996) går det fram at de som innehadde samfunnsmedisinske stillinger i 1994 (tidspunktet for spørreundersøkelsen) var leger med lang yrkeserfaring og til dels mye tilleggsutdanning etter medisinsk grunnutdanning. Over 60 prosent hadde hatt stillingen i over tre år, og vel 30 prosent i over ti år. Samfunnsmedisinerne i kommuner/bydeler arbeidet enten i heltids fastlønnsstilling (70 prosent) eller en kombinasjon mellom deltids fastlønn og deltids privat driftsavtale om allmennpraksis (30 prosent). De aller fleste (97 prosent) deltok i kurativ tjeneste i noen grad. Samfunnsmedisinerne hadde dermed oftest to ansvarsområder - en individrettet, kurativ del og en grupperettet og miljørettet, forebyggende del. Samfunnsmedisinske oppgaver finner vi innen miljørettet helsevern, administrasjon og ledelse, helsestasjons- og skolehelsetjeneste, syke-/aldershjem og annet forebyggende arbeid.

Denne undersøkelsen og den viderebearbeiding av materialet som forsker lege Betty Pettersen har gjort for utvalget, ble omtalt i Delutredning I. Det vises til denne og til Vedlegg 4 hvor Pettersens arbeid er trykket i sin helhet. Det er viktig å være oppmerksom på at datagrunnlaget som dette baserer seg på er fra 1994, og at situasjonen både kan være og sannsynligvis er, annerledes i dag - nesten 5 år senere.

3.5.2 Dagens tilknytningsformer og avlønning av leger i kommunehelsetjenesten

Kommunen kan tilknytte seg leger enten ved kommunale stillinger med fast lønn eller ved avtaler om driftstilskudd med privatpraktiserende leger. Det finnes også leger uten avtale med kommunen. De definisjonene som er brukt nedenfor, er hentet fra Definisjonskatalog for allmennlegetjenesten (Kompetansesenter for informasjonsteknologi i helsetjenesten A/S, rapport 1/96). Katalogen er utarbeidet på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet, og utvalget har i stor utstrekning lagt katalogens definisjoner til grunn i sin utredning.

Fastlønnsordning/fastlønnstilskudd/fastlønnslege

Kommunal allmennlegetjeneste med lege i opprettet(e) stilling(er) med fast lønn som kommunene mottar fastlønnstilskudd for. Fastlønnstilskuddet er det vederlag kommunen mottar fra staten som kompensasjon for de tjenestene fastlønnslegene yter som etter folketrygden er refusjonsberettiget.

Fastlønnslege er en allmennlege som er ansatt etter avtale om fast lønn i en kommunelegestilling i hovedstilling, heltid eller deltid (eksklusive bistilling), og som plikter å delta i organisert legevakt.

Avtale om driftstilskudd/driftstilskudd/avtalelege

Avtale som en allmennlege har med en kommune om drift av praksis. Det omfatter bl.a. avtale om omfanget av andre tjenester legen plikter å yte innenfor kommunehelsetjenesten (helsestasjon, tilsynslege m.v.), legevakt, åpningstid i praksisen og størrelse på driftstilskuddet. Avtalen gir legen rett til refusjon fra folketrygden.

Driftstilskuddet er et fast beløp per år som kommunen yter som et vederlag for drift av privat praksis med avtalehjemmel. Driftstilskuddet fastsettes etter overenskomst mellom Kommunenes Sentralforbund (KS) og Den norske lægeforening (Dnlf) og er gradert etter standard på praksisen. Kommunalt driftstilskudd kommer i tillegg til refusjon fra folketrygden og pasientens egenandel (mellomlegg).

Avtalelege er lege som har avtale om driftstilskudd med kommunen. Avtaleleger plikter å delta i organisert legevakt.

Leger uten avtale

Lege som driver praksis uten avtale med kommunen. Avtaleløse leger som har etablert praksis etter november 1992 kan ikke kreve refusjon fra folketrygden. Disse legene kan ta så høy egenandel som pasienten er villig til å betale, begrenset av prislovens bestemmelser.

Privat praksis

Lege som driver praksis som selvstendig næringsdrivende.

I Ot.prp nr. 36 (1980-81) om lov om helsetjenesten i kommunene la Sosialdepartementet til grunn at «privat allmennlegetjeneste (må) kjennetegnes ved at legene eier eller leier» produksjonsmidlene», nemlig lokaler og utstyr, og har arbeidsgiveransvaret for eventuelt hjelpepersonell. Ordninger som forutsetter at f.eks. kommunene stiller lokaler og utstyr foruten hjelpepersonell til disposisjon for legene, er dermed ikke fullt ut privat virksomhet.» (side 74)

3.5.3 Samfunnsmedisin - arbeidsfelt og oppgaver

Her gjengis noen viktige definisjoner for allmennlegetjenesten

(Kilde: Definisjonskatalog for allmennlegetjenesten.) :

Allmennhelsetjenesten

Den delen av primærhelsetjenesten som yter helsehjelp.

Forebyggende helsearbeid

Kartlegge og overvåke, fjerne, redusere og beskytte mot faktorer som kan føre til sykdom, skade, psykiske og sosiale problemer hos det enkelte individ, hele eller grupper av befolkningen.

Forebyggende tiltak

Omfatter vaksinering, screeningundersøkelser, helsekontroller, helseopplysning, familieplanlegging, samt miljørettet helsevern, smittevern, lovgivning og reguleringstiltak.

Grupperettet helsearbeid

Legearbeid som tar utgangspunkt i helsetilstanden til større befolkningsgrupper, som kan være definert etter alder, kjønn, yrke, sosialstand, geografi osv.

Helsefremmende arbeid

Arbeid med enkeltpersoner, grupper og miljø som tar sikte på å undersøke og iverksette aktiviteter og tiltak som øker folks selvfølelse, kompetanse og problemløsende evne, utvikle sosiale relasjoner og styrke kroppens forsvar gjennom ernæring, gode levevaner og mosjon for derved å gi bedre motstandskraft for vanskelige situasjoner eller skadelige påvirkninger, samt å gi bedre livskvalitet og trivsel.

Helsefremmende tiltak

Tiltak som har som mål at en person eller en befolkning skal bli bedre rustet til å tåle vanskelige situasjoner eller skadelige påvirkninger, samt oppleve bedre livskvalitet og helse.

Helseopplysning

Systematisk opplysningsvirksomhet overfor individer og grupper med sikte på å få dem til å ta vare på sin helse og mestre sine sykdommer.

Screening

Undersøkelse av en befolkningsgruppe ved hjelp av på forhånd utvalgt(e) laboratorieprøve(r) og /eller klinisk(e) undersøkelsesmetode(r) med det mål å avsløre ukjent sykdom eller medfødt feil for å kunne skille ut de som muligens kan ha denne sykdommen fra de som muligens ikke har den.

(Kilde: Definisjonskatalog for allmennlegetjenesten, KITH rapport 1/96).

Samfunnsmedisin - arbeidsfelt og oppgaver

I publikasjonen Akademisk styrking av samfunnsmedisin (Den norske lægeforening 1995) er samfunnsmedisin beskrevet som grupperettet helsearbeid som har som overordnet mål å styrke folkehelsen. At samfunnsmedisin er grupperettet er et særtrekk for faget. Det innebærer at innsatsen er rettet mot befolkningen (hele eller deler), livsmiljøet og det samfunnet befolkningen lever i. I samfunnsmedisin prøver en å se sammenhengene i makroperspektiv med en populasjonsbasert tilnærming. I klinisk medisin dominerer individ- og mikroperspektivet.

De viktigste arbeidsoppgaver er:

- overvåking av helsetilstanden i befolkningen og de faktorer som kan påvirke helsen
- planlegging av tiltak
- gjennomføring av tiltak
- evaluering av tiltak og virksomhet

Disse oppgavene blir ivaretatt på tre nivåer:

1. linje - i kommunehelsetjenesten
   - kommunelege I, kommuneoverlege (medisinsk-faglig rådgiver)

2. linje - på fylkesnivå
   - fylkeskommunal helseadministrasjon

3. linje - på nasjonalt nivå
   - Sosial- og helsedepartementet
   - Helsetilsynet på statlig og fylkeslegene på regionalt nivå
   - De statlige forebyggingsinstitusjonene

Samfunnsmedisinske oppgaver på 1. linjenivå - kommunene

Norsk samfunnsmedisin har i motsetning til flere andre land en desentralisert struktur fra 1984 (ikrafttreden av kommunehelsetjenesteloven) med hovedansvaret lagt til kommunene. (I Danmark og Sverige har fylkeskommunene (amtskommunene og landstingene) ansvaret for legetjenesten og også for samfunnsmedisinen.) Iflg Den norske lægeforening var det per 18. desember 1997 216 spesialister i samfunnsmedisin som arbeidet i kommunehelsetjenesten (i hel eller deltids fastlønnsstilling).

Den utøvende instans for samfunnsmedisin i små og middels store kommuner er i hovedsak kommunelege I/kommuneoverlegen og stedfortreder for denne. Sentrale arbeidsoppgaver og ansvar er:

- Lokal helseovervåkning: kommunediagnose/-profil; risikofaktorer, helsefremmende faktorer, utviklingstrekk, subpopulasjoner. Statistikk og meldinger til sentrale registre.

- Medisinsk-faglig rådgivning (premissleverandør) overfor administrasjon og politikere; informere om helseproblem og helsetjenester, ideskaping for nye og bedre løsninger, initiere og inspirere til nye tiltak gjennom planforslag og utspill til politikerne, saksforbereder for relevant politisk organ, gi uttalelser i saker vedr. kommunehelsetjenesten, tverrfaglig samarbeid, informasjon til andre etater om helsefaglige forhold.
- Forebyggende arbeid: utvikling av lokale forebyggingsstrategier, planlegging og initiering av aktiviteter, etablering og drift av helsestasjoner, skolehelsetjeneste og bedriftshelsetjeneste, befolkningsundersøkelser og målrettede helsekontroller.
- Helseopplysning: planlegging og organisering, grupperettet helseopplysning, helseopplysning i massemedia, samarbeid med frivillige organisasjoner.
- Miljørettet helsevern: vurdering av biologiske, fysiske, kjemiske og sosiale risikofaktorer, foreta inspeksjoner, målinger, prøvetaking, avgjørelse av saker etter delegasjon og i akuttsituasjoner.
- Smittevernarbeid etter smittevernloven.
- Helsemessig beredskap: sivile og militære beredskapsplaner, medisinsk nødmeldetjeneste, katastrofeberedskap.
- Administrasjon og ledelse av helsetjenester, iverksette vedtak og forordninger, samordning, planlegging, forsøksvirksomhet, personalforvaltning.
- Kvalitetssikringsarbeid: tilsyn med egenkontroll, evaluering, behandling av klagesaker, videre- og etterutdanning av personell.
- Sosialmedisinsk arbeid: rådgivning overfor trygdekontor og sosialkontor, medisinsk attføring, arbeid med funksjonshemmede og vanskeligstilte grupper, rus- og misbruksproblematikk.

Samfunnsmedisinske oppgaver på 2. linjenivå - fylkeskommunene

Samfunnsmedisinske oppgaver kan utøves på fylkeskommunalt nivå enten ved at fylkeshelsesjefen er lege og engasjerer seg i samfunnsmedisinske oppgaver eller ved at fylkeskommunen ansetter en lege til å ta seg av slike oppgaver. Samfunnsmedisinere finner vi også i sykehus. Iflg. Den norske lægeforening var det per 18.12.97 50 spesialister i samfunnsmedisin som arbeidet i landets sykehus. I høringsnotat til ny lov om spesialisthelsetjenester er ett av den nye lovens formål å fremme folkehelsen og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming, jf omtalen i 3.3.6. Når det gjelder fylkeskommunens og spesialisthelsetjenestens rolle i det forebyggende arbeidet vises til forslag til bestemmelse om at helsepersonell i spesialisthelsetjenesten skal ha veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten. Nåværende sykehuslov har ingen tilsvarende bestemmelser.

Samfunnsmedisin på nasjonalt nivå er omtalt i 3.4.4 ovenfor som del av folkehelsearbeidet.

3.5.4 St.meld. nr. 23 (1996-97) Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen

I St.meld. nr. 23 (1996-97) Fastlegemeldingen står det dette om samfunnsmedisin:

> «Samfunnsmedisin omfatter den delen av medisinen som er opptatt av og rettet mot helsetilstanden i hele eller grupper av befolkningen, livsmiljøet og samfunnsforholdene befolkningen lever i, og hvordan helsetjenesten og andre tiltak som iverksettes, imøtekommer behov og fungerer i forhold til å bedre folkehelsen. Arbeidsoppgavene består i:
> - kartlegging, overvåking og analyse av helsetilstanden i befolkningen og de faktorer (miljø, livsstil, arv) som kan påvirke den positivt eller

negativt
- utvikling av metoder og tiltak i helsevesenet og i andre samfunnssektorer som vil føre til bedring i folkehelsen
- evaluering av ulike tiltak, hvori helseøkonomiske vurderinger (nytte/kostnad) vil være et viktig element
- å være helsefaglig premissleverandør og rådgiver for overordnet administrativ og politisk myndighet og andre organer i og utenfor helsetjenesten
- planlegging og evt. administrering av gjennomføringen av ulike tiltak, f.eks. innenfor det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid og innenfor habilitering/rehabilitering.

Samfunnsmedisin er en medisinsk spesialitet og er i sin metode tverrfaglig, tverretatlig, sektor- og nivåovergripende. I henhold til lovverket skal kommunene ansette en lege som er tillagt myndighet og oppgaver i lovens bestemmelser om miljørettet helsevern og smittevern, og som ofte er tillagt annen kommunal myndighet gjennom delegasjon. Disse oppgavene krever i større kommuner leger i heltidsstilling.»
(side 35)

I omtalen av samfunnsmedisin står det videre:

«Fordi det kurative arbeidet alltid har hatt en tendens til å bli prioritert foran det forebyggende, må det samfunnsmedisinske arbeidet planlegges og fordeles før listene blir etablert..... Av hensyn til det samfunnsmedisinske arbeidet, bør befolkningen oppfordres til å velge lege i nærheten av der de bor.
Departementet vil foreslå at:
- Kommunene stilles fritt til å organisere og definere omfanget av det samfunnsmedisinske arbeidet innenfor lovens rammer og tilpasset kommunens behov.
- Kommunen velger selv om den vil ansette leger som utelukkende skal ha sitt arbeid på skole, helsestasjon, sykehjem etc.
- Fastlegene har plikt til å delta i det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunene.
- Samfunnsmedisinske arbeidsoppgaver fordeles mellom listelegene før listene blir etablert.
- Leger som arbeider i kommunale bistillinger, utbetales kommunal lønn tilsvarende dagens avtaleleger, dvs. timelønn og praksiskompensasjon.
- Befolkningen oppfordres til å velge lege i nærheten av eget bosted for å lette samarbeidet mellom listelegene og andre yrkesgrupper i kommunen.»

(side 35)

I Stortingets 13 punkts vedtak i forslag nr. 4 om fastlegeordningen er ikke samfunnsmedisin nevnt spesielt. Ut fra komiteinnstillingen (Innst.S. nr. 215 (1996-97)) og Stortingsdebatten går det imidlertid fram at det er tilslutning til departementets forslag om en slik innpassing av samfunnsmedisin i fastlegeordningen som er gjengitt i sitatet ovenfor. Dette betyr så vidt utvalget kan se at alle fastleger vil få plikt til å delta i det samfunnsmedisinske arbeidet, og at denne typer oppgaver skal fordeles mellom alle fastlegene før pasientlistene settes opp. Dette innebærer slik utvalget vurderer det ikke at alt samfunnsmedisinsk arbeid skal fordeles på fastlegene, men at de har plikt til å delta i deler av det. Det er viktig å være oppmerksom på at

det fortsatt vil være aktuelt i de kommunene som ønsker det, å ansette leger i heldagsstilling til en rekke samfunnsmedisinske oppgaver som smittevern, miljørettet helsevern o.l. Når det gjelder smittevernet, er kommunestyret eksplisitt pålagt å utpeke en bestemt kommunelege som skal ha ansvaret for smittevernet, og det er uttrykkelig uttalt at ansvaret for smittevernoppgavene ikke kan deles på flere leger. I kommuner med bydelsordning, betyr dette at det skal være en bestemt lege som har hovedansvaret for smittevernoppgaver som omfatter mer enn den aktuelle bydelen. I dag har de fleste av landets kommuner utpekt smittevernansvarlige lege. Et flertall har også utpekt stedfortreder for denne legen.

Fastlegeordningen synes å implisere en deling av samfunnsmedisinske oppgaver mellom fastlegene. Det er i denne sammenheng viktig å vurdere hvilke oppgaver som kan deles, og hva dette krever. En bør spesielt ha klart for seg at:

- det krever koordinering mellom flere leger,
- det krevet samordning og felles planlegging av en del tiltak,
- gruppetilnærming krever spesiell kompetanse,
- en rekke innsatsområder krever spesifikk kompetanse som ikke dekkes av de krav som stilles til allmennmedisinsk virksomhet,
- interessen for samfunnsmedisin blant privatpraktiserende leger har vært liten,
- noen oppgaver krever kontinuitet og tilgjengelighet utover det som tillates når en er i allmennmedisinsk praksis.

Det vises ellers til utvalgets mandat og til Delutredning I. I denne utredningen har utvalget stilt disse spørsmålene som bør få sine svar i sluttutredningen:

- Hva er, og hva skal samfunnsmedisinsk legearbeid i kommunene være?
- Hva slags plass skal det ha i folkehelsearbeidet?
- Hvem skal ellers delta i folkehelsearbeidet?
- Hvor viktige er samfunnsmedisinerne i folkehelsearbeidet, og hvordan kan en benytte deres kompetanse best mulig?
- Hvordan utvikle den samfunnsmedisinske kunnskapen som fastlegene vil få, og hvordan kan kommunene bruke den?
- Hvordan få til økt engasjement for «den nye samfunnsmedisinen» og sikre at kommunene ser seg tjent med en styrking av dette arbeidsfeltet?
- Hvordan kan samfunnsmedisinsk arbeid eventuelt fordeles mellom flere aktører: allmennleger, fastleger, samfunnsmedisinere, helsesøstre, omsorgspersonell, teknisk-hygienisk personell, ansatte ved de lokale næringsmiddeltilsynene, kommuneplanleggere m.v.
- Hvordan sikre koordinering og kontinuitet i samfunnsmedisinsk arbeid og i folkehelsearbeidet?
- Hvordan sikre at helhetsperspektivet på samfunnsmedisinske oppgaver som miljørettet helsevern, smittevern og tilsynsoppgaver blir ivaretatt?
- Hvordan sikre tilgangen på leger til samfunnsmedisinske oppgaver, og hvordan få spesialister til stillinger?
  (Kilde: Delutredning I om innpassing av samfunnsmedisinske og andre offentlige legeoppgaver i en fastlønnsordning, side 12)

Disse problemstillingene og spørsmålene vil bli tatt i kapittel 10 hvor det også foreslås enkelte tiltak for å sikre dette arbeidet.

3.5.5 Utvalgets definisjon og bruk av begrepet «samfunnsmedisinsk arbeid«

I en innledende artikkel i Utdanningshåndbok i samfunnsmedisin, skriver Anders Grimsmo at i en tradisjon med institusjonalisering og sentralisering, har de viktigste samfunnsmedisinske arbeidsmetodene vært:
– administrasjon og planlegging,
– forvaltning, saksbehandling,
– økonomistyring og regnskap,
– teknisk hygiene.

Med nye utfordringer i en desentralisert og mer demokratisk styreform, vil disse arbeidsmetodene for samfunnsmedisineren være viktige:
– tverrfaglig samarbeid,
– nærmiljøarbeid,
– nettverksutbygging,
– mobilisering, aksjonering,
– integrering.

(Kilde: Utdanningshåndbok i samfunnsmedisin (Dnlf 1995, Magne Nylenna (red), artikkel av Anders Grimsmo, sidene 38-39)

Utvalget har merket seg at flere definisjoner på hva samfunnsmedisin er, brukes i praksis. Siden deler av utvalgets utredningsarbeid er direkte foranlediget av St.meld. nr. 23 (1996-97) og innføringen av en fastlegeordning, har utvalget valgt å bruke den definisjonen og omtalen samfunnsmedisin har fått i denne meldingen, jf 3.5.4 ovenfor. Definisjonen har fått bred tilslutning under høringen på Delutredning I. Det vises til Boks 3.1.

Boks 3.1 Samfunnsmedisin i kommunene

Samfunnsmedisin omfatter den delen av medisinen som er opptatt av og rettet mot helsetilstanden i hele eller grupper av befolkningen, livsmiljøet og samfunnsforholdene befolkningen lever i, og hvordan tiltak iverksatt av helsetjenesten og andre aktører, imøtekommer behov og fungerer i forhold til å bedre folkehelsen. Arbeidsmetodene består i:
– kartlegging, overvåking og analyse av helsetilstanden i befolkningen og de faktorer (miljø, livsstil, arv) som kan påvirke den positivt eller negativt,
– utvikling av metoder og tiltak i helsevesenet og i andre samfunnssektorer som vil føre til bedring i folkehelsen,
– evaluering av ulike tiltak, hvori helseøkonomiske vurderinger (nytte/kostnad) vil være et viktig element,
– å være helsefaglig premissleverandør og rådgiver for overordnet administrativ og politisk myndighet og andre organer i og utenfor helsetjenesten,
– planlegging og evt. administrering av gjennomføringen av ulike tiltak.

3.6 MILJØRETTET HELSEVERN

3.6.1 Innledning

Ved innføringen av kommunehelsetjenesteloven i 1984 ble ansvar og myndighet innen miljørettet helsevern overført fra staten til kommunen. Ved videre lovendringer i 1994 ble ansvaret overført fra helse- og sosialstyret til kommunestyret. Dette betyr at ansvaret er lokalt og sektorovergripende, og at det samsvarer med problemstillingene innen miljørettet helsevern (inneklima, ulykkesforebygging,

støy, lokal luftforurensning, sosiale miljøforhold m.v.). Disse områdene er i stor grad avhengig av lokale tiltak med involvering fra flere sektorer samtidig slik som teknisk, miljø, skole og engasjement fra politikere og lokalbefolkning.

Kommunehelsetjenesteloven har en klart flerfaglig og tverrsektoriell formålsparagraf som krever samarbeid mellom bl.a. helse- og miljøsektoren for å kunne bli oppfylt: «Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold» (§ 1-2). Videre har loven en egen bestemmelse om «planlegging, informasjon og samordning» og at kommunene til enhver tid skal »...ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorene som kan virke inn på denne» (§1-4), jf også omtalen i 3.3.2 og 3.3.3. Det viktige her er det aktive ansvaret og deltakelsen kommunehelsetjenesten er tillagt etter nevnte bestemmelse. Når utvalget omtaler miljørettet helsevern opereres det med et vidt miljørettet helsevernbegrep som omfatter både dette aktive ansvaret og oppgavene kommunene fikk fra 1.januar 1988 gjennom kapittel 4a Miljørettet helsevern.

Utvalget legger til grunn at miljøfaktorers betydning for helsen er en sentral del for kommunen i ansvaret etter § 1-4. Dette betyr at kommunehelsetjenesten:

– Skal ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne.
– Skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt i andre sektorer blant annet gjennom råd og uttalelser og ved deltakelse i plan- og samarbeidsorganer som blir opprettet, samt
– har informasjonsplikt vedrørende samme forhold.

Tillegget til kommunehelsetjenesteloven som trådte i kraft 1. januar 1988 (Ot.prp. nr. 40 (1986-87)), pålegger kommunehelsetjenesten tre viktige oppgaver:

1. Overvåkingsansvar.
2. Informasjonsansvar.
3. Tilsyns- og tiltaksansvar innen miljørettet helsevern.

Oppgave nummer 3 er beskrevet i kapittel 4a Miljørettet helsevern som omtales i dette underkapitlet hvor særlig omgivelseshygiene står sentralt.

Miljørettet helsevern er som tidligere beskrevet, definert i kommunehelsetjenesteloven som å omfatte de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer.

Omgivelseshygiene omfatter ifølge Verdens helseorganisasjon 17 arbeidsoppgaver. En av disse, arbeidsmiljøhygiene, dekkes i Norge av Arbeidstilsynet og bedriftshelsetjenesten. I tillegg er sosiale miljøfaktorer og ernæring kommet med som egne oppgaver. Begrepet miljørettet helsevern omfatter derfor nå 18 arbeidsoppgaver.

3.6.2 Oppgaver innen miljørettet helsevern

Det har vært vanlig å liste opp oppgavene innen miljørettet helsevern slik som beskrevet i Boks 3.2.

Boks 3.2 Oppgaver innen miljørettet helsevern

1. Vannforsyning (mengde og kvalitet råvann, hygienisk bruk)
2. Rensing av avløpsvann og kontroll med vannforurensning
3. Forebygging og kontroll av forurensning av grunnen
4. Kontroll med luftforurensning

5. Støykontroll
6. Strålingskontroll
7. Søppelbehandling
8. Kontroll med insekter og skadedyr som smittebærere
9. Næringsmiddelhygiene
10. Helseforhold ved boliger, offentlige bygg, institusjoner og nære omgivelser
11. Helseaspekter i planleggingssaker
12. Helseforhold i forbindelse med luft,- sjø- og landtransport
13. Forebygging av ulykker
14. Offentlig rekreasjon og turisme. Spesielt omgivelseshygieniske forhold ved offentlige badestrender, svømmebasseng, campingplasser o.l.
15. Sanitære tiltak i forbindelse med epidemier, katastrofetilstander m.v.
16. Forebyggende tiltak som er nødvendige for å sikre at omgivelsene i sin alminnelighet er frie for helserisiko
17. Sosiale miljøfaktorer
18. Ernæring og ernæringsopplysning

Som en kan se av denne oversikten, er det flere oppgaver innen miljørettet helsevern som er sammenfallende med oppgaver innen smittevernet, jf oversikten i 3.7.2 (Boks 3.3) og næringsmiddeltilsynet som er omtalt nærmere i *"Status for forebyggende arbeid i Norge"* i kapittel 4.

Miljørettet helsevern - hvilke oppgaver snakker vi om i praksis?

Arbeidet innen miljørettet helsevern kan grovt deles inn i to hovedkategorier ut fra de krav eller utfordringer oppgavene stiller til arbeidsform eller måte å jobbe på.

På den ene siden har vi oppgavene etter kapittel 4a hvor en på mange måter kan jobbe som en selvstendig myndighetsutøvende sektor (så sant området er delegert) med enkeltsaker som godkjenning, tilsyn og evt. sanksjonering. Selvfølgelig er det et behov for tverrsektorielt samarbeid innen oppgaver som f.eks. å etablere en god kommunal godkjenningsprosess for skoler og barnehager. Det er imidlertid et viktig poeng at det i disse oppgavene utøves myndighet innen rammen av kapittel 4a.

På den andre siden har vi de oppgavene hvor kommunehelsetjenesten er en av flere aktører inn mot samarbeidsarenaer i de kommunale plan- og beslutningsprosessene. Dette dreier seg om arbeid innen rammen av kommunehelsetjenestloven § 1-4.

Nettopp fordi helsetjenestens innsats innen miljørettet helsevern har en slik tosidig karakter, blir en opplisting av de 18 ansvarsoppgavene alene et dårlig utgangspunkt for å vurdere bruk av virkemidler i dette arbeidet. For å få et bedre innblikk i hva miljørettet helsevern dreier seg om blir det viktig med en beskrivelse av de oppgavene vi har å gjøre med i praksis.

Opplistingen nedenfor må selvfølgelig ikke ses på som uttømmende, men heller som et knippe eksempler for å gi innhold til de to hovedkategoriene av arbeidsformer innen miljørettet helsevern:

1. Tilsyns- og tiltaksansvar etter kap 4a som:

– godkjenning av bl.a. skoler og barnehager, vannforsyningssystemer, bruk av slam
– tilsyn med virksomheter som omfattes av moderne forskrifter som for skoler og barnehager, bassengbad, vannforsyningsystem, frisør- hudpleie- tatoverings- og hulltakingsvirksomhet, disponering av slam, røyking på offentlig plass.
– tilsyn med virksomheter, eiendom og aktiviteter på grunnlag av gamle forskrifter, eller tilsyn basert på helsemessige vurderinger (normer, skjønn) med direkte utgangspunkt i bestemmelsene i kap 4a med f.eks. badeplasser, camp-

ingplasser, skianlegg, diskoteker, offentlige lokaler, ulykkesfare på offentlig og privat eiendom og trafikk, støy fra veg eller arrangementer etc...
- enkeltvedtak som retting, stansing, (tvangsmulkt) i forbindelse med oppfølging av systematisk tilsyn med virksomheter, eiendom, aktiviteter, herunder hastevedtak når en kommer over forhold som kan ha direkte eller indirekte negativ innvirkning på helsen
- andre enkeltvedtak som krav om konsekvensutredning og plikt til å gi opplysninger til kommunestyret eller annen bemyndiget.

2. Oppgaver etter § 1-4 og § 3-4
- oversikt over helsetilstanden i kommunen. Dette kravet er lite konkretisert, men viktige forutsetninger vil være oversikt over status når det gjelder godkjenningspliktige virksomheter, oversikt over annen virksomhet som etter sin art kan ha innvirkning på helsen, miljøtilstand i skoler herunder også sosiale forhold som mobbing o.l., status mht drikkevannssituasjonen i kommunen, ulykker, støy, luftforurensning, evt utbredelse av radon, tilgang på gode miljøer for bl.a. lek og rekreasjon osv.
- råd og uttalelser til andre etater, til offentligheten og enkeltpersoner om miljøforhold av betydning for helsen. Eksempler kan være råd om
- ulykkesforebygging, inneklima, skadedyr, fuktproblemer osv i hjemmet,
- hvordan folk skal forholde seg i en situasjon med forurensning av luft, jord eller vann,
- hensyn til helse og trivsel i forbindelse med saker i andre etater som f.eks. utarbeidelse av reguleringsplaner (for å forhindre forurensning av drikkevannskilder, støyproblemer, ulykkesfare, ødeleggelse av gode nærmiljøer) etc
- deltakelse i plan- og samarbeidsorganer som blir opprettet, for eksempel i forbindelse med
- lokal Agenda 21 (se under)
- kommuneplanens langsiktige del både med hensyn til mål for utviklingen av kommunene, arealdel og evt, delplaner.
- kommuneplanens kortsiktige del (samordnet handlingsprogram og evt delplaner som sektorplaner, temaplaner, områderettede planer) etc

En større vekt på å utdype §1-4 -oppgaver vil berede grunnen for nye tilnærminger til miljørettet helsevern. Stikkord blir «kommunemodellen» som i samsvar med ny kommunelov tillegger kommunen, og ikke helsetjenesten spesielt, ansvaret for det forebyggende helsearbeidet. Et annet viktig aspekt er Lokal Agenda 21, med bærende verdier som bærekraftig utvikling, langsiktighet og helhet med vekt på vitalisering av lokaldemokratiet. Dette fordrer oppmerksomhet mot de store utfordringene vi står overfor når et gjelder å integrere helsehensyn i planlegging i kommunene. Det dreier seg om arbeidet med å støtte kommunene i å gjøre de «rette valg» i skjæringspunktet mellom det som helsefaglig sett (basert på tilstrebede objektive vurderinger) er rett prioritering, og det som innbyggeren mener er det viktigste å ta fatt på. Ofte kan gapet mellom innbyggernes valg av løsninger og de prioriteringer fagfolk på et område foretar, være større enn det den siste gruppen liker å erkjenne. Fordi helse er en relativ størrelse, uttrykt ved evnen til å mestre de problemer og utfordringer livet fører med seg, blir det viktig å ta slike gap på alvor. En deltakende prosess bør være like forpliktende for den som innbyr til deltakelse (kommunens politiske og administrative ledelse) som for den som er deltaker (innbyggeren).

Det blir viktig å gjøre tilgjengelig eksempler på og verktøy for gode kommunale prosesser. Ut fra helsetjenestens rolle i det kommunale folkehelsearbeidet snakker vi da bl.a. om:

- metoder o.l. til å dra i gang prosesser. Eksempler på dette kan være «framtidsverksted» og «søkerkonferanse» hvor en i dag har erfaringer. Dette er enkelt sagt «oppskrifter» på eller en design av kommunale prosesser hvor brukermobilisering er en viktig intensjon.
- metoder og verktøy for å skaffe seg en god nok oversikt over helsetilstanden i kommunen som epidemiologisk kartlegging av helse- og sykdomsforhold, levekårsundersøkelser ved spørreundersøkelser, kartleggingsfase i risiko- og sårbarhetsanalyser etc.
- verktøy for å innhente tilgjengelig kunnskap om de ulike miljøfaktorenes betydning for helse og trivsel. En systematisk oppfølging av kunnskapsdatabasen som er utarbeidet i forbindelse med Nasjonal handlingsplan for miljø og helse kan være ett eksempel.
- metoder i å balansere mellom fagkunnskap og innbyggernes preferanser, bl.a. å fange inn og sortere informasjon om innbyggerens ønsker og behov (representativitet).
- planleggingsmetodikk for å sammenstille og prioritere mellom de ulike tiltak, samt plan/koordinering/samordningsstrategier for å tilpasse eksisterende prosesser/strukturer, bl.a. risiko- og sårbarhetsananlyser, helseøkonomiske vurderinger etc.
- metoder for å gjennomføre tiltak som ulike former for prosjektstyring o.l.
- evalueringsmetodikk som revisjoner, bl.a. miljørevisjon etc.

3.6.3 Miljørettet helsevern og folkehelsearbeidet

I undersøkelsen «Søkelys på samfunnsmedisinen» gikk i 1994 i gjennomsnitt 16 prosent (10-24 prosent avhengig av kommunestørrelse) av den totale arbeidstid til samfunnsmedisinerne til arbeidsoppgaver innen miljørettet helsevern. Av ren samfunnsmedisinsk tjeneste utgjør miljørettet helsevern 21-42 prosent, også avhengig av kommunestørrelse. Siden det vesentlige av tiltak knyttet til miljørettet helsevern må gjennomføres sammen med og i andre sektorer enn helsesektoren, kan vi gå ut fra at den samlede arbeidsinnsatsen på dette området i kommunene er atskillig større og involverer en rekke yrkesgrupper og aktører. Det har vært og er fortsatt viktig - nettopp innen miljørettet helsevern - å utvikle tiltak og virkemidler som fremmer samarbeidet på tvers av sektorgrenser og yrkesgrupper. Dette kommer tydelig fram når en ser på arbeidsoppgavene ovenfor, og hvordan samarbeidet og ansvaret mellom miljørettet helsevern og de kommunale næringsmiddeltilsynene er, jf beskrivelsen i *"Status for forebyggende arbeid i Norge"* i kapittel 4.

I en undersøkelse om kommunenes arbeid med miljørettet helsevern har Asbjørn Røiseland (Statlige målsetninger og lokal praksis. Om kommunenes arbeid med miljøbetingede helseproblem, NF-rapport nr. 11/96) lagt fram to modeller for kommunalt forebyggende helsearbeid med utgangspunkt i miljørettet helsevern - en sektormodell (helseprofesjonsrettet eller et aktørperspektiv på miljørettet helsevern) og en kommunemodell (organisert etter oppgavens art og på tvers av profesjoner eller et kommuneperspektiv på miljørettet helsevern). Røiseland mener at sentrale helsemyndigheter har en relativt klar preferanse for sektormodellen som bygger på kommunehelsetjenesten. Han peker imidlertid også på at en de siste årene har sett sterke utviklingstrekk i retning av kommunemodellen. Han hevder at med ikraftsetting av kommuneloven, har kommunene fått frihet til å skille den kurative helsetjenesten fra den forebyggende og til å etablere nye administrative kombinasjoner mellom forebyggende helsearbeid og andre saksområder. Dette er en interessant utvikling sett i et folkehelseperspektiv hvor mye av ansvaret for at noe blir gjort - kanskje ofte hovedansvaret - naturlig vil ligge i andre sektorer og i forpliktende

samarbeid mellom flere sektorer. Utvalget vil komme tilbake til en vurdering av dette senere i utredningen - bl.a. i kapitlene 8 og 10.

3.7 SMITTEVERNARBEIDET

3.7.1 Innledning

Smittevernarbeid er ikke eksplisitt nevnt i omtalen av samfunnsmedisinsk arbeid i kommunene, f.eks. er dette oppgaveområdet ikke nevnt i Fastlegemeldingen. Utvalget vurderer imidlertid smittevernarbeidet som en svært viktig del av dette arbeidet på linje med miljørettet helsevern. I perioder med kriser og katastrofesituasjoner kan smittevernet bli en livsviktig og svært dominerende del av smittevernlegen/ kommunelegens/samfunnsmedisinerens arbeidsdag.

3.7.2 Oppgaver innen smittevernet i kommunene

Som det framgår av 3.3.4 og 3.3.5 ovenfor er kommunen pålagt oppgaver og ansvar gjennom smittevernloven. I dette punktet gis en kort oversikt over de viktigste samfunnsrettede kommunale oppgaver innen smittevernet som følger av dette lovpålagte ansvaret. Utvalget går ikke her inn i spørsmål som dreier seg om de mer individrettede smittevernoppgavene.

Kommunen har ansvar for så vel forebyggende som kurativt smittevernarbeid og skal sørge for at befolkningen innen kommunen får tilgang på nødvendige tjenester og tiltak i forbindelse med smittsomme sykdommer. Etter smittevernloven skal kommunens arbeid med smittsomme sykdommer beskrives gjennom en smittevernplan. Helsetilsynet har utarbeidet en veileder for hvordan de kommunale smittevernplanene kan bygges opp og i denne er kommunens og kommunelegens oppgaver nærmere spesifisert. Iflg veilederen skal kommunen sørge for og kommunelegen medvirke til å løse de oppgavene som er omtalt i Boks 3.3.

Boks 3.3 Kommunens oppgaver innen smittevernet er å:

1. ha oversikt over befolkningen i kommunen, infeksjonsepidemiologi, vaksinasjonsstatus og beredskap for import av smittsomme sykdommer,
2. etablere oversikt over de materielle og personellmessige ressurser kommunen rår over eller benytter/samarbeider med til vanlig,
3. sikre drikkevannskilder og føre tilsyn etter drikkevannsforskriften,
4. sikre ikke-infiserte næringsmidler blant annet gjennom samarbeid med lokalt næringsmiddeltilsyn og distriktsveterinær,
5. føre tilsyn med avfallsplasser og forbrenningsanlegg, avfallshåndtering,
6. gjennomføre skadedyrkontroll,
7. se til at hygienen i lokaler med mange mennesker er tilfredsstillende,
8. relatere diagnostikk til eventuelt svikt i forebyggingen,
9. etablere rutiner for prøvetaking og mikrobiologisk undersøkelse i samarbeid med det aktuelle laboratorium,
10. etablere meldingsrutiner etter forskrift om leger og annet helsepersonells melding og varsling om smittsomme sykdommer,
11. etablere henvisningsrutiner for videre diagnostikk,
12. samarbeide med lokalt mikrobiologisk laboratorium, evt infeksjonsmedisinsk avdeling,
13. ha kjennskap til lokale forhold når det gjelder forekomst av spesielle agens, resistensforhold, alvorlighet, spredningspotensiale etc,

14. sørge for informasjon for å forebygge epidemier, motivere til vaksinasjon og hindre unødig angst,
15. etablere rutiner for informasjon i enkelttilfeller av alvorlige infeksjoner.

(Kilde: Helsemessig og sosial beredskap - forslag til lov. Utredning fra en prosjektgruppe nedsatt av Sosial- og helsedepartementet avgitt juli 1997, sidene 167-168)

En effektiv gjennomføring av disse oppgavene, forutsetter en systematisk, målrettet og løpende innsats fra den kommunelegen som er utpekt til å ha ansvaret for smittevernet. For mange av oppgavene kreves det nært samarbeid med andre aktører som det lokale KNT. Som en kan se av denne oversikten, er flere av oppgavene de samme som ligger i oppgavene innen miljørettet helsevern og næringsmiddeltilsynet, jf underkapittel 3.6 og *"Status for forebyggende arbeid i Norge"* i kapittel 4.

3.7.3 Smittevern, miljørettet helsevern og folkehelsearbeidet

Kommunelegen er etter smittevernloven pålagt å lede helsetjenestens arbeid med smittevernet. Kommunelegen forestår også det samfunnsmedisinske arbeidet, herunder miljørettet helsevern. Innen smittevern, miljørettet helsevern og beredskapsarbeid, vil viktig metodeverktøy for kommunelegen være kartlegging, overvåking, planlegging, koordinering og evaluering i tillegg til administrasjon og ledelse. Kommunelegen vil dermed gjennom dette være den viktigste brikken og den mest sentrale aktøren når det gjelder helsetjenestens innsats i folkehelsearbeidet selv om det administrative ansvaret for folkehelsearbeidet ikke nødvendigvis må ligge i helsetjenesten eller hos kommunelegen.

3.8 FORHOLDET MELLOM SAMFUNNSMEDISIN OG FOLKEHELSEARBEID

3.8.1 Innledning

Det kan være problematisk å tilpasse de ulike definisjonene til hverandre. Presise definisjoner kan som nevnt gi et utilsiktet inntrykk av å være avgrensende i betydningen ekskluderende. Dette kan være tilfelle når det gjelder definisjonen av samfunnsmedisinen som ikke bør betraktes som et lukket rom innen folkehelsearbeidet. Samfunnsmedisin bør heller betraktes som samfunnsmedisinerens (legens) tilnærming til og vinkling på et sett av problemstillinger innen det samlede folkehelsearbeidet, uten et eksklusivt eiendomsforhold til problemstillingene.

Dette betyr således at samfunnsmedisinske oppgaver er medisinerens tilnærming til disse oppgaver. Oppgavene er dermed ikke i seg selv samfunnsmedisinske, slik som f.eks. kartlegging av forhold med betydning for helsen. Kartleggingsoppgavene kan det være mange andre enn medisineren som tar seg av, f.eks. annet helsepersonell, miljøvernledere, ingeniører, forskere, frivillige organisasjoner osv.

På samme måte som statistikk er en del av samfunnsmedisinen uten at statistikk er samfunnsmedisin, er kartlegging del av samfunnsmedisinen, men uten at kartlegging er samfunnsmedisin. Med andre ord blir det meningsløst å definere kartlegging, overvåkning, analyse, evaluering, planlegging osv. som samfunnsmedisinske oppgaver i seg selv. Når dette nevnes som samfunnsmedisinske oppgaver, handler dette om den medisinske tilnærmingen til oppgavene.

3.8.2 Samfunnsmedisin som del av folkehelsearbeidet

Legen som har hovedansvaret for samfunnsmedisinen i kommunen, vil være helsetjenestens hovedaktør i folkehelsearbeidet. Det er ingen andre i kommunehelsetjenesten som har det bredspektrede kunnskapsgrunnlaget og oppgavefeltet som samfunnsmedisineren har. Ofte innehar samfunnsmedisineren også ansvaret som smittevernlege, jf 3.3.4 og underkapittel 4.7. Uavhengig av hvordan smittevernet er organisert vil samfunnsmedisineren ha meget viktige funksjoner i folkehelsearbeidet i kommunene. De betingelser som samfunnsmedisinen får i forhold til framtidens fastlegeordning er avgjørende for hvordan kommunene kan organisere og drive fram helsetjenestens del av folkehelsearbeidet. Aktuelle problemstillinger for å forme den framtidige samfunnsmedisinen i det kommunale landskapet er for eksempel:

- Hva skal samfunnsmedisinsk legearbeid i kommunene være?
- Hva slags plass skal det ha i folkehelsearbeidet?
- Hvem skal delta i folkehelseteamet?
- Hvor viktige er samfunnsmedisinerne i folkehelsearbeidet?
- Hvordan kan kommunene bruke samfunnsmedisinernes kompetanse best mulig til nytte for folkehelsen?

3.8.3 Utvalgets vurdering

Utvalget viser til de synspunkter som kommer til uttrykk ovenfor. Utvalget vurderer det slik at det kan være nødvendig å styrke det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunene for å sette kommunene i stand til å gi folkehelsearbeidet et løft. Utvalget vil likevel peke på at det samfunnsmedisinske arbeidet bare er en del - om enn en meget viktig del - av folkehelsearbeidet i kommunene, og at en styrking av den samfunnsmedisinske innsatsen ikke må gå på bekostning av å styrke andre sektorers muligheter til aktiv innsats. Utvalget vil videre peke på at kommunelegestillinger med ansvar for både samfunnsmedisin, miljørettet helsevern og smittevern i særlig grad vil kunne være helsetjenestens krumtapp i folkehelsearbeidet.

3.9 FOLKEHELSEARBEID

3.9.1 Innledning

I foredraget til utvalgets mandat står det bl.a.:

> «Folkehelsearbeid i vid forstand betyr bedring av folkehelsen gjennom forebyggende arbeid på mange samfunnssektorer. Helseministeren sa i sin folkehelsepolitiske redegjørelse til Stortinget i mai 1996 at bedring av folkehelsen gjennom forebyggende arbeid er et av det 20. århundres store suksesshistorier. Gjennom det helsefremmende og forebyggende arbeid er det ikke bare oppnådd store bedringer ved lengre levealder og mindre sykdom, men antakelig mer er oppnådd gjennom dette enn ved kurativ helsepleie. Helseministeren sa videre at historien om forebyggende helsearbeid er historien om oppfinnsomhet - om hvordan ny innsikt er oversatt til ny praksis som radikalt har bedret folks levekår. Helseministeren understreket at å arbeide for god folkehelse er et felles ansvar, helsesektorens såvel som mange andre samfunnssektorer. Poenget her er at begrepet folkehelse omfatter en rekke arbeidsområder og virkemidler som helsesektoren ikke har ansvaret for eller rår over.»

3.9.2 Definisjoner

Begrepet folkehelsearbeid

Når en skal begi seg inn på en problematisering av dette begrepet, står en som sagt overfor store utfordringer. Begrepet brukes allerede i dag både på folkemunne og i faglitteraturen, uten at det har vært forsøkt definert i Norge tidligere. Om en skal kikke ut over landegrensene, kan det være naturlig å ta tak i Verdens Helseorganisasjons begrepsbruk. Vi kjenner blant annet definisjonen på «health promotion» som er:

> «Prosessen å gjøre den enkelte såvel som fellesskapet i stand til å vinne kontroll over faktorer som virker inn på helsen for derved å forbedre denne.»
> (Kilde: WHO, D. Nutbeam 1986)

Like viktig som å skjele til tilgrensende formuleringer, blir det imidlertid å trekke opp en åpen debatt omkring det norske ordet som kombinerer de tre ordene folk, helse og arbeid. Når man nå snakker om folkehelse, kan dette sies å være en «sum» av individers helse som vil omfatte høyst forskjellige faktorer/indikatorer, helsebegrepets subjektivitet tatt i betraktning. Kombinert med ordet arbeid, står en overfor et komplisert, verdiladet begrep som «skjuler» mange prioriteringsvalg og verdikonflikter i velferdsstaten.

Det kan være hensiktsmessig å legge en «arbeidsdefinisjon» til grunn som utgangspunkt for problematiseringen av begrepet folkehelsearbeid. Et forslag kan være: Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen. Viktige faktorer knyttet til denne definisjonen er begreper som ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og egen situasjon (empowerment). Det vises til omtale av dette i kapitlene 3 og 8 og til Vedlegg 2

Før utvalget går videre for å finne mer dekkende ord og formuleringer, vurderer utvalget det som mer fruktbart å identifisere «ingredienser» som bør inngå i en problematisering av begrepet.

Dette dreier seg f.eks. om:

- et begrep med stor spennvidde
- mange aktører
- mange arenaer
- ulike årsaker til sykdom, uhelse og helse
- mange forskjellige strategier og prinsipper
- den enkeltes oppfatning av moral og etikk
- politikk i videste forstand

Utvalget viser ellers til utredningen «Mot en kunnskapsbasert samfunnsmedisin. Et program for forskning, fagutvikling og undervisning i anvendt samfunnsmedisin» (Arild Bjørndal, mars 1997, UiO) hvor det bl.a. står:

> ««Samfunnsmedisin vs. folkehelsearbeid»
> Det er vanskelig å finne gode ord for å beskrive fagfelt og enda vanskeligere å bli enige om ordbruken. Samfunnsmedisin som begrep er eksempelvis i dette notatet brukt både om legenes spesialitet og i mer utvidet forstand, om det noen kaller folkehelsearbeidet. På engelsk brukes betegnelsen public health som har vært definert på forskjellige måter. En viktig definisjon i engelsk tradisjon har vært «the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organised efforts of society.» I Danmark har en nå tatt i bruk uttrykket folkesundhedsvidenskap (Krasnik, 1997). Det svarer godt til det norske begrepet folkehelsevitenskap som understreker befolkningsperspektivet (i motsetning til det individrettede arbeid), fremhever det brede, positivt ladde helsebegrep

(i motsetning til det sykdomsorienterte arbeid) og viser fram hvilket kunnskapsgrunnlag faget er tuftet på. Folkehelsevitenskap er en paraply også andre personellgrupper enn leger kan befinne seg vel under. Uttrykket medisin smaker for mange litt mye av legevitenskap, noe vi bidrar til ved å okkupere betegnelsen som overskrift på spesialiteten.» (side 7).

Utvalget har ellers merket seg at den sittende regjering i England som det første land i Europa har utnevnt en statsråd med ansvar for Public Health, men at flere land som Canada, Nederland og Australia har lange tradisjoner i folkehelsearbeidet.

3.9.3 Alle sektorers ansvar

Det ble i St.meld. nr. 37 (1992-93) Forebyggingsmeldingen lagt stor vekt på å drøfte hvordan helse- og sosialsektoren kan samarbeide med andre sektorer med tanke på at disse i større grad tar hensyn til befolkningens helse og velferd innenfor sine områder. Når det gjelder de hovedinnsatsområdene som ble omtalt i meldingen, ble det vist til at årsaksforholdene er sammensatte, og at konkrete innsatser må settes inn på mange felter og sektorer. Meldingen påpekte at problemene hadde sin rot i helt andre forhold enn de som helse- og sosialtjenesten alene rår over. Det ble videre understreket at sykehus, legetjeneste, medisiner osv i høyden kan influere på 10 prosent av de vanlige indikatorene som brukes for å måle helse. De resterende 90 prosent ligger utenfor helse- og sosialsektorens innflytelse (jf Aron Wildawski).

I *"Tendenser - dilemmaer - utfordringer"* i kapittel 7 i meldingen oppsummeres behovet for tverrsektorielle samarbeidsformer slik:

> «I dette kapitlet har vi omtalt viktige linjer i en politikk med økt innflytelse i lokalsamfunnet:
> 1. Overføringen av ansvar fra stat til kommunesektor må fortsette.
> 2. Tjenester, offentlige og private, må flyttes ut i lokalsamfunnet.
> 3. Inntektssystemet må gjøres bedre for å sikre en likeverdig økonomisk plattform for alle kommuner og dermed alle lokalsamfunn, og i arbeidet med dette er det viktig at øremerkede overføringer og styring i form av normer vurderes nøye.
> 4. Tverretatlig samarbeid må samordnes, utvikles og styrkes.
> 5. Den tredje sektor, de frivillige organisasjonene, må trekkes inn i et samarbeid med det offentlige.
> 6. Utviklingen videre må baseres på en flytting av styringsmidler fra kommunalt nivå videre ut i lokalsamfunnene, og denne flyttingen må igjen baseres på en prosess nedenfra der folk flest trekker lasset i arbeidet med å få kontroll over egen situasjonen og sin egen hverdag.»

(St.meld. nr. 37 (1992-93), side 95)

I sosialkomiteens innstilling sies det bl.a. om dette:

> «Komiteen er enig med departementet i at tverrsektorielt arbeid i kommunene er nødvendig som virkemiddel for å få til et godt nærmiljø, og dermed styrke det helsefremmende og forebyggende arbeid. I den sammenheng vil komiteen vise til de prosjektene som har blitt etablert i en rekke kommuner i forbindelse med midler fra «Samlet plan».» (Innst.S. nr. 118 (1993-94, side 14)

Som eksempel på andre sektorers ansvar i folkehelsearbeidet, kan nevnes Sosial- og helsedepartementets handlingsplaner for hhv. forebygging av belastningslidelser og ulykker og skader og aksjonsprogrammet barn og helse. Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede er også et godt eksempel på dette. Disse planene er

blitt til i et forpliktende samarbeid mellom mange departementer med ansvar for ulike samfunnsområder- og sektorer: Barne- og familiedepartementet, Forsvarsdepartementet, Justisdepartementet, Kulturdepartementet, Kirke-, undervisnings- og forskningsdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, Miljøverndepartementet og Samferdselsdepartementet. Også på et annet viktig folkehelseområde som mat og ernæring er Landbruksdepartementet en viktig samarbeidspart. Det vises ellers til *"Status for forebyggende arbeid i Norge"* i kapittel 4 om status for dette arbeidet. I *"Tendenser - dilemmaer - utfordringer"* i kapittel 7 bretter utvalget ut et lerret som veldig klart viser hvor viktige mange aktører og sektorer er, og at gjennomføring av politikk på ett område kan ha uante konsekvenser for folkehelsen.

3.9.4 Utvalgets valg av definisjon

Som det går fram innledningsvis i dette underkapitlet, har utvalget valgt som arbeidsdefinisjon det som er beskrevet i boks 3.4.

Boks 3.4 Folkehelsearbeid

Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen. I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon.

Utvalget legger til grunn at:

- Folkehelsearbeidet må bygge på at alle samfunnssektorer og forvaltningsnivåer - på politisk, administrativt og faglig plan - føler et ansvar for å fremme folkehelsen.
- Folkehelsearbeidet og utvikling av aktive og trygge lokalsamfunn er to sider av samme sak.
- Konkrete tiltak planlegges, utvikles og iverksettes i et forpliktende samarbeid mellom berørte parter.
- De som blir berørt av planer og tiltak må være med på denne prosessen.
- Planer og tiltak må evalueres med sikte på å se om de har positive virkninger på folkehelsen.

KAPITTEL 4

Status for forebyggende arbeid i Norge

4.1 INNLEDNING

Formålet med dette kapitlet er å få fram en dekkende rapport om status for innsats knyttet til forebyggende arbeid i Norge. Det gis en beskrivelse av situasjonen innen de nasjonale hovedinnsatsområdene knyttet til forebyggende og helsefremmende arbeid (4.2) samt en generell status for forebyggende arbeid overfor barn og unge (4.3). Videre oppsummeres status knyttet til oppgaver innen helsetjenesten som: Samfunnsmedisin og årsverk i kommunehelsetjenesten (4.4), svangerskapsomsorgen og jordmortjenesten i kommunene (4.5), miljørettet helsevern (4.6) og smittevern (4.7), samt en status om helsemessig og sosial beredskap (4.8), strålevern (4.9) og rusmiddelforebyggende arbeid (4.10).

Statistikkgrunnlaget på området forebyggende arbeid i kommunene er til dels mangelfullt og av varierende kvalitet. Forebyggende arbeid er et fagområde som er knyttet opp mot mange ulike samfunnsområder og kommunale, fylkeskommunale og statlige etater. Dette fører til at statistikken blir fragmentert og gjør det svært vanskelig å anslå den totale ressursinnsatsen. I St.meld. nr. 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid og i Innst.S. nr. 118 (1993-94) ble det pekt på behovet for å finne fram til et bedre sett av indikatorer vedrørende kommunenes innsats i det forebyggende arbeidet. Arbeidet med å utvikle statistikk er kommet kort. Det som eksisterer av statistikk gjelder i hovedsak legetjenester, helsestasjoner og skolehelsetjeneste. Dette har bl.a. sammenheng med at miljørettet helsevern og individrettet helseopplysning er langt vanskeligere å beskrive statistisk. Dette er bakgrunnen for at Sosial- og helsedepartementet har initiert et arbeid som tar sikte på å utvikle indikatorer på kommunenes innsats innenfor forebyggende arbeid. Dette arbeidet vil ta sikte på å utnytte og forbedre eksisterende statistikk og informasjonssystemer, men det er også behov for et langsiktig utviklingsarbeid med sikte på å skaffe relevant, pålitelig og sammenliknbar styringsinformasjon både for kommunene og staten.

På bakgrunn av det manglende kunnskapsgrunnlaget har utvalget bl.a. lagt til grunn tilgjengelig statistikk om ressursbruk og undersøkelser/evalueringer av ulik art. For å få fram et mer helhetlig bilde vises det til gode eksempler på helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunene i *"Mangfold i folkehelseabeidet i kommuner og fylkeskommuner"* i kapittel 5 samt gode eksempler på helsefremmende tiltak i *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8.

Oversikt over definisjoner, det viktigste lovgrunnlaget og det faglige grunnlaget er gitt i *"Lovgrunnlag og definisjoner"* i kapittel 3 og vil følgelig ikke bli gjentatt i dette kapitlet.

4.2 HOVEDINNSATSOMRÅDENE FOR DET FOREBYGGENDE OG HELSEFREMMENDE ARBEIDET

4.2.1 Innledning

Ved behandlingen av St.meld. nr. 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid, jf Innst.S. nr. 118 (1993-94) vedtok et enstemmig Storting følgende fire hovedinnsatsområder i det forebyggende og helsefremmende arbeid fra-

mover: Skader etter ulykker, psykososiale problemer, belastningslidelser og astma, allergi og inneklimasykdommer.

De nasjonal hovedinnsatsområdene følges i hovedsak opp gjennom tverrdepartementale handlingsplaner og andre tverrsektorielle tiltak.

4.2.2 Skader ved ulykker

Ulykker er et av de store helseproblemene i Norge. Ulykker forårsaker tapte leveår, medfører menneskelige lidelser og plager, påfører samfunnet store kostnader og representerer en belastning på helsevesenet. Det er i særlig grad barn, unge og eldre som rammes. Hjem-, skole- og fritidsulykkene dominerer klart i alle aldersgrupper.

Ut fra Personskaderegisteret ved Statens institutt for folkehelse er det anslått at det årlig forekommer 400 000-450 000 ulykkesskader som trenger medisinsk behandling. Omlag 53 000 av disse krever sykehusinnleggelse. 10 prosent av landets sykehussenger er til enhver tid opptatt av pasienter med ulykkesskader. I 1994 døde 1 630 personer som følge av ulykker, hvorav 569 var under 65 år. Dette viser en nedgang i tråd med den gunstige utviklingen siden 1970 med reduksjon av ulykker som fører til død, særlig i form av nedgang i trafikkulykker med dødelig utgang. Ulykker er imidlertid fremdeles den vanligste dødsårsak blant barn og unge.

Omlag 125 000 legekonsultasjoner/sykehusinnleggelser i året skyldes ulykkesskader blant barn og unge. I aldersgruppen 0-14 år skjer 58 prosent av disse i hjem, skole og i forbindelse med fritidsaktiviteter, og 42 prosent skyldes trafikkulykker. Også i forhold til ulykkesskader som ikke fører til død, dominerer hjem-, skole- og fritidsulykkene og utgjør mellom 70 og 95 prosent av alle ulykker. Store barn og ungdommer er de som totalt sett har høyest ulykkeshyppighet, særlig gjelder dette gutter.

Lavt anslått blir 60 000 eldre over 65 år skadet som følge av ulykker hvert år. Av disse er 40 000 behandlet av lege poliklinisk og 20 000 innlagt på sykehus. Blant eldreulykkene som ikke har dødelig utgang, er de aller fleste hjemmeulykker (95 prosent ved 65+). Av disse fører 52 prosent til bruddskader. Årlig dør omlag 1 000 personer over 65 år som følge av ulykkesskader. Fall anslås å være dødsårsak til 75 prosent av disse.

Det er beregnet at behandling og produksjonstap i forbindelse med ulykker i alt koster samfunnet 16 milliarder kroner årlig. Tar man med de materielle kostnadene vil beløpet øke til omlag 25 milliarder kroner. De årlige behandlingskostnadene i forbindelse med eldreulykker antas å være ca. 1,7 milliarder kroner. I tillegg kommer kostnader til hjemmesykepleie, tekniske hjelpemidler og lidelser og påkjenninger som ikke kan måles i kroner og øre. Ser man på behandlingskostnadene ved ulykker totalt, dominerer hjemmeulykkene og utgjør 36 prosent.

Folkehelsa har ansvar for utvikling og drift av det nasjonale Personskaderegisteret. Dette gjør det mulig å følge utviklingen i ulykkestallene, få kunnskap om hvem som skades, hvor, når og hvordan ulykkene skjer. Slik kunnskap er et nødvendig grunnlag for målrettet forebyggende innsats.

Handlingsplan for forebygging av ulykker hjem, skole og fritid 1997-2002

Ved Stortingets behandling av St meld nr 37 (1992-93) ble forebygging av ulykker løftet fram som ett av hovedinnsatsområdene i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. I Innst. S. nr. 118 (1993-94) er forebygging av ulykker gitt følgende nasjonale mål:

> «Innen år 2002 skal samordnet planlegging og utvikling av sikkerhetskultur i alle beslutningsnivåer og sektorer føre til nedgang i antall skader som

fører til dødsfall, sykehusinnleggelser og legebehandling på grunn av ulykker.»

Som medlem av Verdens helseorganisasjon (WHO) har Norge sluttet seg til WHOs delmål på området:

– Ulykkesdødeligheten skal reduseres med minst 25 prosent fra 1980 til år 2000
– Ulykker som fører til sykehusinnleggelser og legebehandling pga skader skal reduseres med minst 10 prosent fra 1993 til år 2002

Handlingsplan 1997-2002 Forebygging av ulykker i hjem, skole og fritid, ble framlagt i januar 1997 og er en oppfølging av Stortingets behandling av St. meld. nr. 37 (1992-93 og Innst. S. nr. 118 (1993-94). Handlingsplanen er et samarbeid mellom ni departementer: Barne- og familiedepartementet, Forsvarsdepartementet, Justisdepartementet, Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, Kulturdepartementet, Miljøverndepartementet, Samferdselsdepartementet og Sosial- og helsedepartementet.

Handlingsplanen er en samordnet framstilling av deltakende departementers innsats i det ulykkesforebyggende arbeidet og omfatter områdene hjem, skole og fritid. Det er formulert resultatmål og tiltak innenfor hvert av områdene. Handlingsplanen er et verktøy for å synliggjøre ansvar og virkemidler, for å bidra til at departementene tar ansvar for tiltak innenfor egen sektor og for å samordne tverrsektoriell innsats med siktemål å redusere antall ulykker og de følger ulykkene har for den enkelte og for samfunnet.

Det er opprettet en tverrdepartemental samordningsgruppe for oppfølging av Handlingsplanen med representanter fra de ni departementene. Inntil 5 mill kroner årlig i handlingsplanperioden er avsatt på Sosial- og helsedepartementets budsjettkapittel for gjennomføring av tiltak i planen.

Noen viktige satsinger - status

I oppfølgingen av Handlingsplanen er kommunebasert utviklingsarbeid vektlagt og følges opp bl.a. gjennom resultatmål og tiltak som gjelder Trygge lokalsamfunn (Safe Communities). Dette er et WHO-konsept som i praksis er en arbeidsmetode for kvalitetssikring av lokalt ulykkesforebyggende arbeid på områdene hjem, skole og fritid, og som innbefatter flere av Handlingsplanens resultatmål og tiltak på disse områdene. Nærmere 50 av landets kommuner er i gang med ulykkesforebyggende arbeid innenfor rammen av dette WHO-konseptet, hvorav 15 kommuner hittil er tildelt «starthjelp» fra midler avsatt til gjennomføring av Handlingsplanen.

Harstad kommune er et godt eksempel på at forebygging nytter - trafikkulykker og forbrenningsskader blant barn er redusert, og fallskader blant eldre er redusert med omlag 25 prosent. Kommunen er hittil den eneste i landet som er gitt status som Trygt lokalsamfunn, men flere kommuner og bydeler er i ferd med å komme etter. Bydel Stovner i Oslo har gjennom målrettet forebyggende innsats oppnådd en oppsiktsvekkende reduksjon i antall lårhalsbrudd blant eldre kvinner; - fra 30 lårhalsbrudd per 1 000 innbyggere i 1990 til 16 per 1 000 innbyggere i 1996.

Samordnet informasjon med basis i en overordnet forskningsbasert policy og styrket tverrsektoriell innsats er viktige suksesskriterier for å nå nasjonale mål innen det ulykkesforebyggende arbeidet. En reorganiseringsprosess er gjennomført hvor berørte departementer har vært involvert og bidratt i en gjennomgang og vurdering av ansvars- og oppgavefordelingen for arbeidet. Det er lagt et godt grunnlag for det videre arbeid og for samordnet og styrket tverrsektoriell innsats. Faglig forankring, utvikling og styrking av kompetanse er lagt til Folkehelsa. Dette innebærer bl.a. faglig støtte for departementenes bidrag i arbeidet med de nasjonale oppgaver samt faglig bistand og rådgivning overfor fylkesnettverk, herunder statlige etater og

fylkeskommunale etater og overfor kommunene i det praktiske arbeidet. Oppgaver i sekretariatsfunksjonen for Trygge lokalsamfunn inngår f.o.m. 1.07.98 som en integrert del av en styrket rådgivningsfunksjon lokalisert ved Folkehelsa.

Tiltak under resultatmålene på hvert av områdene hjem, skole og fritid er iverksatt og pågår som en kontinuerlig prosess.

Økt kompetanse og kunnskap om årsaks- og risikofaktorer til ulykker herunder også brannulykker, forebyggende tiltak, effekt av forebyggingstiltak og virkemidler m.v. gjelder for alle ulykkesarenaene og følges opp bl.a. gjennom forskning og utviklingsarbeid, tilbud om etterutdanning og opplæring av fagfolk i ulike sektorer, ulike informasjons- og holdningsskapende tiltak rettet mot befolkningen generelt samt kunnskapsformidling og erfaringsoverføring gjennom Aksjonsprogrammet barn og helse, region- og fylkesvise nettverkssamlinger og konferanser.

Motorisk mestring som handlingsberedskap for å forebygge ulykkesskader blant barn og unge, og tilrettelegging for utfordrende og utviklende lek og fysisk aktivitet har fokus i planen. Dette følges opp gjennom informasjonsprosjektet Barn i bevegelse og gjennom lover og forskrifter som gjelder arealplanlegging, miljørettet helsevern og sikkerhet ved lekeplassutstyr.

Tiltak for samordnet og bedret statistikkgrunnlag er under arbeid og omfatter både nasjonal og lokal ulykkesstatistikk. Erfaringer viser at forebyggingstiltak basert på kunnskap om lokale skadetall og risikoforhold, gir målbar effekt. Utbedring og samordning av innrapporterings- og oppfølgingssystem, utviklingsarbeid og prosjekter med sikte på metoder og programvare til bruk i arbeidet med å framskaffe lokale skadetall, kartlegge ulykkesfeller og risikofaktorer samt identifisere problemområder, er blant tiltakene som pågår.

Forebygging av ulykker er et omfattende område med mange aktører. Det er i planen presisert at kommuner, organisasjoner og bedrifter fortsatt må formulere sine mål og gjennomføre sitt arbeid i tillegg til departementenes innsats. Det er nødvendig for å oppnå effekt i det ulykkesforebyggende arbeidet. Arbeidsliv og trafikk er omtalt i planen av hensyn til helheten på området. Det vises til egne planer innen Samferdselsdepartementets område.

4.2.3 Psykososiale problemer

Under behandling av St.meld. nr. 37 (1992-93) fastslo Stortinget at forebygging av mentale lidelser og psykososiale problemer skal være et hovedinnsatsområde i det helsefremmende og forebyggende arbeidet, jf Innst.S. nr. 118 (1993-94). I meldingen ble det fastsatt følgende nasjonale mål:

> «Innen år 2002 skal positive levevaner, styrking av sosiale nettverk og reduksjon av helseskadelig atferd bidra til nedgang i sykehusinnleggelser, sykemeldinger, legebesøk og uføretrygding som skyldes mentale lidelser eller psykososiale problemer»

Psykiske lidelser har sammensatte årsaker. Genetiske, biokjemiske, psykologiske og sosiale faktorer kan virke sammen, og hvilken betydning de ulike faktorene har er høyst forskjellig for ulike typer av lidelser. I de senere årene er forskerne blitt mer oppmerksomme på genetiske og biologiske årsaksfaktorer. Hva som er effektive forebyggende tiltak varierer med årsaksforholdene.

Angst, depresjoner, hemninger eller atferdsavvik kan skape store problemer for dem som rammes. Det gjør det vanskelig å fungere godt i gjensidige forhold med andre - i familien, skolen, arbeidslivet og samfunnslivet for øvrig. Slike lidelser oppstår eller utvikles ofte i familie og nærmiljø. Samspillet i familie og nærmiljø påvirkes sterkt av de generelle samfunnsforholdene. Dermed vil forebygging av

psykiske lidelser berøre viktige sider ved den politikken som føres på mange samfunnsområder; familiepolitikk og barns oppvekstvilkår, skolepolitikk, sysselsettingspolitikk, bolig-, trygde- og sosialpolitikk og rusmiddelpolitikk. For de alvorlige sinnslidelsene (psykosene) tyder forskning på at forekomsten i mindre grad kan settes i sammenheng med sosiale forhold, mye er sannsynligvis biologisk betinget. Det kommer til uttrykk ved at forekomsten er forbausende stabil når ulike samfunn sammenliknes. Det er dermed vanskelig å forebygge at slike sinnslidelser oppstår.

Generelt har psykisk helse nær sammenheng med levekår og sosiale kvaliteter i samfunn og nærmiljø. Selv om det fortsatt er behov for mer forskning og kunnskap om årsaksforholdene rundt psykiske lidelser, finnes det i dag kunnskap om viktige sammenhenger.

Det psykososiale problemområdet er sterkt fokusert av fagpersonell som arbeider med barn og unge. Man finner tydelige tegn på mistrivsel og tilpasningsvansker hos 7-20 prosent av barna i tre-fire års alderen. Flere undersøkelser foretatt i ulike sosiale og kulturelle sammenhenger er kommet til at ca. 16 prosent av barn og unge viser tydelige tegn på mistrivsel og tilpasningsvansker som går ut over deres daglige fungering. Noe under halvparten av disse, om lag 7 prosent av barnebefolkningen, har alvorlige eller moderate vansker (Sætre, Mathisen, Nærde, 1996).

I tenårene preges bildet, naturlig nok, mer av de unges aktive liv og atferd dess eldre ungdom det er snakk om. Både depresjon, spiseforstyrrelser, risikoatferd i forhold til rusmidler og sex, ulike former for kriminell atferd og andre tilpasningsproblemer i forhold til samfunnet, skole og hjem kan nevnes. For skolen og helsetjenesten er det lettere å komme i kontakt med jentene enn med guttene. Opplysningsvirksomhet i skolen, helsestasjoner for unge og spesielle prosjekter mot uønsket svangerskap kan se ut til å ha hatt effekt, ettersom antall aborter har hatt jevn tilbakegang siden begynnelsen av 90-årene. Størst nedgang har skjedd i de to yngste aldersgruppene 15-19 og 20-24 år. Men bortsett fra Sverige er det likevel slik at Norge har flere aborter og svangerskap blant tenåringer enn andre nordiske land. I denne sammenheng er det viktig at skolen, kultursektoren og helsetjenesten kommer bedre i kontakt også med de unge guttene.

Status for arbeidet med psykososiale problemer:

- Satsingen på helsestasjon og skolehelsetjeneste i sammenheng med oppfølgingen av St.prp. nr. 63 Om opptrappingsplan for psykisk helse.
- 2,3 mill til forskning om sosiale miljøfaktorer og helse.
- Høsten 1998 vil det bli satt ned en ekspertgruppe for å utarbeide en rapport om årsaker til psykososiale problemer og psykiske lidelser, med oppsummering av eksisterende kunnskap om effektive forebyggende tiltak.
- Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler.
- Aksjonsprogrammet barn og helse.
- Nærmiljøtiltak.
- Kultur og helse.
- Helsefremmende skoler.
- Foreldreveiledningsprogrammet (Barne- og familiedepartementet).
- Forebygging av mobbing og vold i skolen (Kirke-, undervisnings- og forskningsdepartementet).
- Forebygging av vold i billedmedia (Kirke-, undervisnings- og forskningsdepartementet, Kulturdepartementet).
- Nytt undervisningsmateriell vedr. spiseforstyrrelser (Sosial- og helsedepartementet i samarbeid med Nasjonalt læremiddelsenter, utdanningsdirektørene, fylkeslegene).
- Handlingsplan for barn og unge med innvandrer- eller flyktningebakgrunn

(Barne- og familiedepartementet i samarbeid med flere departementer).
– Utviklingsprogrammet Bli med! (Barne- og familiedepartementet i samarbeid med flere departementer).

I lov om helsetjenesten i kommunene er helsetjenesten gitt et særskilt ansvar for å ha oversikt over helsetilstanden i kommunene og overvåke faktorer i miljøet som direkte eller indirekte kan ha eller har innvirkning på helsen. Dette betyr at kommunehelsetjenesten både skal vurdere spesifikke risikofaktorer og levekår som er av betydning og formidle behov for tiltak til andre etater og politiske organer.

Det er kommunene som har ansvaret for å legge forhold i lokalsamfunnet til rette når det gjelder boligmiljøer, opplæring, arbeidstiltak, fritidstilbud, helse- og sosialtjenester m.v. Den enkelte kommune rår over virkemidlene og støtteapparatet som kan utvikle tjenester og gode sosiale nettverk for å forebygge psykososiale problemer og mentale lidelser.

4.2.4 Belastningslidelser

Muskel- og skjelettsykdommer eller belastningslidelser er fortsatt de helseproblemer som angår flest. Andelen er høyest blant kvinner, og den stiger med alderen. Omlag 20 prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder rapporterer slike plager. Hvert år har noe i overkant av 50 prosent av sykemeldingene vært begrunnet i diagnosegruppen muskel- og skjelettlidelser. Muskel- og skjelettlidelser er den vanligste diagnosen blant nye uførepensjonister.

Symptomer i muskel- og skjelettsystemet, hodepine og magesmerter hos barn og unge over tid kan utvikles til belastningslidelser. I en nordisk undersøkelse om skoleelevers helseatferd rapporterte ca. 10 prosent av norske 11-åringer å ha ryggproblemer minst en gang i uken. I gruppen 15-åringer rapporterte 20 prosent at de hadde ryggproblemer. Flere nordiske undersøkelser viser at barn i alderen 5-7 år har sansemotoriske problemer i ulik grad og av ulik art. Blant funksjonshemmede barn er det en overhyppighet av muskel-skjelett plager.

Det er sterke indikasjoner på at barns og unges fysiske form har avtatt de siste tiår. Fysisk inaktivitet kan ha betydning i forhold til muskel- og skjelettproblemer, men også ha negativ virkning i forhold til deres psykososiale utvikling og trivsel. «Barn i bevegelse» er iverksatt som et prosjekt under handlingsplan for forebygging av belastningslidelser med hensikt å arbeide for at barn skal bevege seg mer i lek og fri utfoldelse.

Handlingsplan for forebygging av belastningslidelser

Innledning

Handlingsplanen er et samarbeid mellom Arbeids- og administrasjonsdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Forsvarsdepartementet, Kirke-, undervisnings- og forskningsdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, Kulturdepartementet, Landbruksdepartementet, Miljøverndepartementet, Direktoratet for arbeidstilsynet, Rikstrygdeverket, Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedepartementet. De enkelte departementers spesielle ansvar for lovgivning, ressurstilgang og statlige retningslinjer m.v. framkommer i planen. Det enkelte fagdepartement har ansvar for å følge opp planen innenfor egen sektor i samarbeid med andre departementer i saker hvor det er naturlig.

Det er utarbeidet en statusrapport per 1. oktober 1997 som viser hvordan departementenes innsats i egen sektor og i tverrdepartementalt samarbeid har bidratt til oppfølging av tiltakene i handlingsplanen.

Innsatsen for å forebygge belastningslidelser handler både om å identifisere og redusere risikofaktorene og å styrke folks mestringsevne og kunnskap om hvordan

belastningslidelser utvikler seg. I tillegg må rammebetingelsene, arbeidsliv og levekår utvikles i en retning som gir folk muligheter til å bruke denne kunnskapen. Sentralt i arbeidet er å påvirke oppvekst-, barnehage- og skolemiljø, arbeidsmiljø, bo- og nærmiljø og lokalsamfunn.

Status i henhold til nasjonale mål

Følgende nasjonale mål er fastsatt:

> «Innen år 2002 skal helsefremmende atferd, forebyggende tiltak i arbeidslivet og nærmiljø og tidlig intervensjon overfor de som rammes føre til nedgang i langtidssykmeldinger og uføre-pensjonering på grunn av muskel- og skjelettlidelser.»

Det er ikke lagt opp til spesiell evaluering i forhold til dette målet. Mange prosjekter har vist at sykemeldings- og uførestatistikk er problematiske data som uttrykk for spesielle helseproblemer. Nyere forskning om utviklingen i sykefraværet viser at fraværsmønsteret endres ofte når det skjer endringer i sykepengeordningen. En tendens er at når ordningene blir mer generøse, øker korttidsfraværet. Ved innstramminger minker korttidsfraværet, men samtidig viser noen studier en overgang fra korte til lengre fravær. Dette gjør det ikke spesielt gunstig å bruke trygdedata som effektmål for handlingsplanen.

Sykefraværet har etter flere års nedgang økt sterkt siden 1994. Langtidsfraværet har økt mest. Over halvparten av sykepengedager dekket av trygden skyldes muskel- og skjelettlidelser alene. Likeledes har antallet stønadsmottakere med rehabiliteringspenger økt etter 1996. Muskel- og skjelettlidelser er også her en av de viktigste diagnosegruppene. En stadig større andel av de som avslutter stønadsperioden med rehabiliteringspenger går direkte over på uførepensjon.

Levekårsundersøkelsene viser at forekomsten av selvrapporterte muskel- og skjelettplager ikke har endret seg i perioden 1983-95. Om lag 20 prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder rapporterer slike plager. Det er konsekvensene av plagene som gir utslag på sykelønns- og uføretrygdstatistikken.

Noen viktige satsinger

Det vises til 4.3.1 for satsinger overfor barn og unge.

Det er avholdt to nasjonale konferanser i samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen (Nasjonalforeningen for folkehelsen har opprettet et eget råd for belastningslidelser).

Ved Senter for kvinneforskning er det etablert et paraplyprosjekt «Kvinner, kropp og kommunikasjon». Prosjektene bygger på perspektiver og forståelsesmåter knyttet til kjønn, kropp, kommunikasjon og belastningslidelser. Fokus på arbeidsliv og familieliv står sentralt i forskningen for å gripe helheten i kvinner og menns hverdagsliv. Prosjektene legger vekt på at deltakerne må involveres på et personlig plan, og at det må skapes rom for refleksjon, dialog og endring.

Kommunal- og regionaldepartementet forvalter arbeidsmiljøloven med tilhørende forskrifter og har hatt ansvaret for arbeidsmarkedspolitikken som nå ligger i Arbeids- og administrasjonsdepartementet. Arbeidstilsynet følger opp forskrift om internkontroll.

Arbeidstilsynet har fra 1994 til 1996 gjennomført en kampanje på fagområdet ergonomi med fokus på forhold på arbeidsplassen som kan føre til belastningslidelser. Kampanjens mål var å øke kompetansen på feltet blant etatens egne tilsatte, og å gjøre verne- og helsepersonale kjent med forskriftene «Tungt og ensformig arbeid» og «Arbeid ved dataskjerm». Arbeidstilsynet prioriterer alvorlige belastningslidelser de nærmeste årene.

Arbeids- og administrasjonsdepartementet har helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (HMS) og sykefraværsarbeid som et av sine sentrale satsingsområder for per-

sonalpolitikken i staten. Gjennom partssamarbeid med Hovedsammenslutningene/ Norsk lærerlag arbeides det for at de enkelte virksomheter kontinuerlig skal analysere sitt arbeidsmiljø for å kunne sette inn tiltak der behovene synes størst. Arbeidet har definerte satsingsområder, bl.a. belastningslidelser og attføring.

Våren 1997 ble det inngått en ny rammeavtale om opplæring i verne- og miljøarbeid i staten mellom Planleggings- og samordningsdepartementet (nå Arbeids- og administrasjonsdepartementet) og Hovedsammenslutningene/ Norsk lærerlag. Avtalen tar høyde for en mer tidsaktuell arbeidsmiljøopplæring sett i forhold til dagens arbeidsmiljøproblemer. Dette betyr økt fokusering på systematisk og forebyggende HMS-arbeid samt det psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljø. Det arbeides med å lage opplæringsmateriell tilpasset den nye avtalen for bruk i statlige virksomheter.

Sosial- og helsedepartementet bidrar til prosjektet Fra ensidig gjentakende arbeid (EGA) til det utviklende arbeid (DUA) som skal gå over tre år i regi av LO og NHO. Målsettingen er å redusere ensidig gjentakende arbeid. Prosjektet omfatter åtte bransjer.

I forskningsprogrammet Helse i arbeidslivet under Norges forskningsråd er det etablert to store intervensjonsprosjekter med fokus på belastningslidelser. Kvinnearbeidsplasser, spesielt frontlinjeyrker er prioritert. Intervensjonene omhandler både individrettete og organisatoriske tiltak. Det vises ellers til omtalen av dette forskningsprogrammet i underkapittel 10.10.

Statens arbeidsmiljøinstitutt har prioritert belastningslidelser som et av hovedområdene for sin forskningsinnsats. Bl.a. er det satt igang prosjekter som ser på mentale belastninger i arbeidslivet som årsaksfaktorer ved utvikling av belastningslidelser.

4.2.5 Astma, allergi og inneklimasykdommer

Ved Stortingets behandling av St.meld. nr. 37 (1992-93) ble astma, allergi og inneklimasykdommer inkludert som ett av hovedinnsatsområdene i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. I Innst.S. nr. 118 (1993-94) fikk arbeidet følgende målsetting:

> «Innen år 2002 skal samordnet planlegging og tiltak mot helseskadelig innemiljø sammen med helsefremmende kunnskap og atferd og tidlig intervensjon overfor dem som rammes, føre til stopp i økningen av forekomst av astma og allergi hos barn under 7 år og til mindre sykelighet og bedre funksjon i alle aldersgrupper.»

Astma, allergi og inneklimasykdommer utgjør samlet et stort helseproblem. Allergi og allergisk sykdom rammer særlig barn og unge og er årsak til betydelig kronisk sykelighet og ressursforbruk. Fire av ti sykdomstilfeller som ble registrert hos barn i Helseundersøkelsen i 1985 var allergisk betinget, og allergiske sykdommer anses som de vanligste kroniske plager blant barn og unge i Norge. Årsakene til utvikling av disse sykdommene er lite kjente. På en rekke områder finnes imidlertid kunnskap om hva som øker risikoen, både for å utvikle tilbøyelighet for slike plager, og for at plagene kan utløses.

Handlingsplan for forebygging av astma, allergi og inneklimasykdommer

Sosial- og helsedepartementet la høsten 1998 fram Handlingsplan for forebygging av astma, allergi og inneklimasykdommer 1998-2002. Handlingsplanen er resultatet av et samarbeid mellom sju departementer: Barne- og familiedepartementet,

Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, Miljøverndepartementet, Olje- og energidepartementet, Samferdselsdepartementet og Sosial- og helsedepartementet.

Handlingsplanen er bl.a. basert på en faktarapport som er utarbeidet av en ekspertgruppe med fagfolk fra Universitetet i Oslo og Sosial- og helsedepartementets underliggende fagetater og behandlingsinstitusjoner. Faktarapporten er en sammenstilling av kunnskap om astma, allergi og inneklimasykdommer, som er basert på en gjennomgang av vitenskapelige publikasjoner fra de senere årene. Den inneholder forklaringer og diskusjon av en rekke definisjoner og begreper som benyttes på dette problemfeltet. Rapporten omhandler også de samfunnsøkonomiske kostnadene som astma og allergi medfører. Det er videre redegjort for nytte-kostnadsvurderinger som en del av beslutningsgrunnlaget for prioritering av tiltak. Rapporten skal være et styringsverktøy for arbeidet med å forebygge astma, allergi og inneklimasykdommer, med sikte på å oppnå den nasjonale målsettingen innen 2002. Den skal være et virkemiddel for å synliggjøre ansvar og samordne departementenes innsats, og den skal bidra til at departementene tar ansvar for tiltak innenfor egne sektorer.

Det legges i planen opp til en klargjøring av departementenes ansvar og virkemidler i arbeidet rettet mot privatpersoner, skoler og barnehager, arbeidslivet og oppgaver innenfor helse- og sosialtjenestene. Planen legger ikke opp til endringer i organiseringen av eksisterende tjenester.

Økonomi

Det har vært avsatt midler over Sosial- og helsedepartementets budsjett til innsatsområdet forebygging av astma, allergi og inneklimasykdommer siden 1996, og i handlingsplanperioden har innsatsområdet et budsjett på omlag 7 mill kroner. Dette dekker utgifter til en bevilgning til Norges forskningsråd som går til forskningsprogrammene Inneklima og helse og Helse og miljøforurensning. Midlene skal dekke utgifter knyttet til utviklingsprosjekter og konkrete tiltak for å styrke denne delen av forebyggingsarbeidet. Midlene går bl.a. til frivillige organisasjoner, kommuner, underliggende etater og samarbeidsprosjekter mellom helseforvaltning og skolemyndigheter.

Stortinget behandlet i juni 1998 St.prp. nr. 61 (1997-98) Om nasjonal kreftplan og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus, jf Innst. S. nr. 226 (97-98). I kreftplanen er det vedtatt å etablere en 4-årig tilskuddsordning for utbedring av privatboliger med radonproblemer. Det avsettes omlag 60 mill kroner til denne ordningen i perioden 1999-2002. Tilskuddsordningen skal administreres av Husbanken.

Statens ernæringsråd har i flere år hatt ansvar for et samarbeidsprosjekt om matvareallergi/-intoleranse hvor det er utviklet verktøy for helsetjenesten til forebygging, diagnostisering og behandling. Temaet følges opp via kompetansegivende fylkesvise møter.

4.2.6 Kosthold, mosjon og røykfrihet

Livsstilsfaktorene røyking, kosthold og mosjon har nær sammenheng med helse. Tobakk forårsaker om lag 30 prosent og kostholdsfaktorer samt lite mosjon mellom 30-40 prosent av krefttilfellene. Disse livsstilsfaktorene er også blant de viktigste årsaksfaktorene til hjerte- og karsykdommer.

I tabell 4.1 nedenfor er det gitt en oversikt over vel dokumenterte årsaker til store folkesykdommer, både de vi dør av og de vi lever med og aktuelle oppgaver for folkehelsearbeidet. Oppsettet er ikke uttømmende.

Tabell 4.1: Årsaker til folkesykdommer

Helseproblem	Årsaksfaktor(er), påvirkelige	Medvirkende faktor	Folkehelsetiltak
Hjerte- og karsykdom	Kost, røyk, lite mosjon		Påvirkning av røyking, kost og mosjon
Diabetes type-2	Fedme, lite mosjon		Som over
Kreft	Røyk, kost, lite mosjon UV-stråler		Som over + unngå solbrenthet
Osteoporose	Ukjente + røyk, kost og inaktivitet		Som over
Belastningslidelser		Ensidig arbeid, lite mosjon, lav selvfølelse	Mosjon + tiltak for bedre selvtillit

«Livsstilssykdommene» og de viktigste årsaksfaktorene

Hjerte- og karsykdommer

I Norge steg dødeligheten av hjerte- og karsykdom fra århundreskiftet fram til annen verdenskrig. Denne utviklingen ble fulgt av et markert fall under krigen, og så en sterk stigning i aldersgruppene fra 40 år i etterkrigsårene. Det kom spesielt en økning av hjerteinfarkt-dødsfall i 1950- og 60-årene, noe som skjedde mens kjernefamilien, husmoren og sikringskosten rådde grunnen. Fra midten av 1970-årene kom en nedgang, som særlig skjøt fart i perioden 1985-90. For hjerneslag er bildet et annet enn for hjertesykdom, med preg først og fremst av nedgang i dødelighet gjennom hele perioden.

Mange vestlige land har hatt en liknende, gunstig utvikling de siste 25 årene. I Norden lå Finland langt høyere enn de andre landene og har hatt den klart største nedgangen. Danmark, som lå ganske godt an i 1960- og 1970-årene, har hatt den minst gunstige utviklingen.

(Kilde: Health statistics in the Nordic Countries 1996, utgitt av NOMESCO 1998).

Nå i 1990-årene ligger dødeligheten av hjerte- og karsykdommene i 50-årsalderen lavere enn i begynnelsen av 1950-årene. Mange forventer en økning, hos kvinner på grunn av økning av andel røykere og hos menn på grunn av vektutviklingen. Til nå har vi ikke sett økning på grunn av dette. Hva vektutviklingen angår, er dette rimelig. Først tar det flere år før fedme gir seg utslag i økning for type-2 diabetes, og så tar det igjen flere år før hjerteinfarktene kommer.

Tabell 4.2: Dødelighet av hjerte- og karsykdommer i Finland, Danmark og Norge, årsgjennomsnitt per 100 000 innbyggere, alder 55-64 år. 1971-75 og 1991-95.

		1971-75	1991-95
Menn	Finland	11395,3	706,2
	Danmark	768,7	522,7
	Norge	790,8	518,0
Kvinner	Finland	454,2	178,5
	Danmark	284,9	208,0
	Norge	257,0	156,7

Kilde: Statens helseundersøkelser

Nesten annenhver nordmann dør fremdeles av hjerte- og karsykdom, når vi ser alle aldersgrupper samlet. Men de fleste dør i dag i høy alder av disse sykdommene. Medregnet høyt blodtrykk utgjorde hjerte- og karsykdommene 14,5 prosent av syketilfellene siste 14-dagersperiode i SSB's helseundersøkelse 1985. Hjerte- og karsykdommene utgjorde 12,6 prosent av diagnosene ved nye uføretrygder i 1993.

På grunnlag av utenlandske data er det beregnet at hver fjerde mann og hver femte kvinne som er nådd 45 års alder, vil rammes av slag om de lever til 85 års alder. En drøy halvpart av dem som rammes, vil overleve et halvår eller mer etter slaget, og det er regnet at 50 000 nordmenn lever med alt fra minimale til svære følger av slag. Både rehabiliteringen og de varige følgetilstandene av hjerneslag er ressurskrevende for samfunnet og en svær utfordring mht livskvalitet hos dem som rammes og de nærmeste pårørende.

Ennå er det mange som oppfatter hjerte- og karsykdommer som et problem for de middelaldrene menn i toppen av samfunnet. I en engelsk studie fulgte man sykeligheten hos arbeidere og funksjonærer, og fant at en stigende kurve for arbeiderne krysset funksjonærkurven i 1962. Norske data fra 1970-årene bekrefter et liknende bilde i Norge. Hjerneslag har aldri vært de høyere sosiale lags sykdom. En oversikt over regional dødelighet har vist høyest dødelighet av hjerte- og karsykdom totalt - og for hjerteinfarktsykdom hos menn i Finnmark og Troms i 1981-85. En gjennomgang av dødeligheten av hjerteinfarkt hos 30-69 år gamle menn i norske fylker 1966-87 viste nedgang i 12 av landets fylker og lavest dødelighet i Sogn og Fjordane, Akershus og Rogaland. I Oppland, som lå veldig godt an i utgangspunktet, gikk dødeligheten derimot opp i denne perioden.

Statens helseundersøkelsers 40-åringsundersøkelser har som et av sine formål å overvåke utviklingen for visse risikofaktorer for hjerte- og karsykdom. I alle fylker er 40-42-åringer undersøkt i tiden 1974-98, unntatt i Oslo som har hatt sitt eget opplegg.

Gjennomsnittlig kolesterolnivå for menn er i 1998 5,82 mmol/l, høyest i Finnmark (6,2 mmol/l) og lavest i Vestfold, Aust-Agder og Buskerud (5,6 mmol/l). For kvinner er landsgjennomsnittet 5,47 mmol/l, og Finnmark (5,7 mmol/l) ligger høyest, mens Buskerud og Vest-Agder (5,2 mmol/l) ligger lavest. Samlet infarktrisk er lavest hos menn i Buskerud og Akershus, mens Finnmark ligger høyest. Hos kvinner er forskjellen mellom fylker mindre, og bare Finnmark, Troms og Nordland kan sies å ligge høyere enn de andre.

I dag er enigheten stor om at hjerneslag først og fremst skyldes høyt blodtrykk. Det beregnes at 40 prosent av hjerneslagene kan tilskrives systolisk blodtrykk over

140 mmHg, og at daglig røyking dobler risikoen. Også sukkersyke, overvekt, høyt kolesterol- og fibrinogennivå i blodet, stort forbruk av alkohol og høyt saltinntak regnes å ha betydning, og noen av disse faktorene virker via blodtrykket.

Når det gjelder årsak til hjerteinfarkt, er hovedårsaken at mye mettet fett og transfett i kosten, i samspill med røyking, høyt blodtrykk, mangel på mosjon og arvelige anlegg, øker mengden av en viss type fettstoff i blodet slik at åreveggene i hjertets kransårer endrer seg og årer plutselig blir tette. Fett, røyking og høyt blodtrykk inngår i et samspill slik at økningen blir større enn summen av den effekten hver av faktorene har alene. Arvelige anlegg kan forklare hvorfor den ene rammes, men ikke en annen innen en gruppe med samme levesett.

For 40-42-åringene gjelder at både kolesterolverdier, blodtrykk, kroppsvekt, mosjon og røykevaner ligger gunstigere an i grupper med høyere utdanning enn med lavere. Dette er særlig uttalt for røyking.

Overvekt og type-2 diabetes

Vekten og kroppsmasseindeks for norske menn i alder 40-42 år har steget jevnt fra 1963-75 til i dag, mens det vært et U-formet forløp hos kvinner med reduksjon i 1970- og 1980-årene, men den samme økningen som hos menn siden slutten av 1980-årene. Vektøkningen i 1990-årene har funnet sted i alle fylker. For begge kjønn gjelder at dess lavere utdanning, dess høyere kroppsmasseindeks. Internasjonalt er fedme knyttet til sosial klasse: i utviklingsland er de høyere sosiale lag mest utsatt, mens det er omvendt i I-land. Det rapporteres om økning i vekt og kroppsmasse over det meste av verden, både i I-land, U-land og spesielt i Øst-Europa.

Det er vanlig å definere overvekt og fedme ved hjelp av kroppsmasseindeks, som er vekt i kg delt på kvadratet av høyden i meter (Body Mass Index, BMI). En kroppsmasse på 30 kg/m^2 og høyere defineres i følge vanlig brukte retningslinjer som fedme, mens området 25-29,9 kg/m^2 betegnes som overvekt. Studier tyder på at det optimale nivå i en befolkning er BMI i området 20-25 kg/m^2.

Mer enn halve befolkningen i Europa i alder 35-65 år veier mer enn ønskelig, d.v.s. at de har BMI > 25 kg/m^2. Dette er også tilfelle i Norge, hvor gjennomsnittsverdiene hos menn i 40-årene er på 25-27 kg/m^2, mens tilsvarende nivå for kvinner er 24-26 kg/m^2. Fedme forekommer hos 10-20 prosent av menn og 15-25 prosent av kvinnene i Europa, mens andelene i Norge varierer i fylkene i området 9-12 prosent.

Kreft

Kreft er en gruppe av sykdommer som kan oppstå i alle kroppens organer. Årsaksforholdene er forskjellige for hver enkelt type av kreft, og for svært mange kreftformer kjenner vi ikke årsakene eller har bare svært mangelfull kunnskap. I den grad årsaksforhold er kjent, er det slik at arvede anlegg, hormonelle forhold og immunologiske forhold betyr mye for utvikling av visse kreftformer (f. eks. arvelig brystkreft og tykktarmskreft). Av ytre faktorer vet vi at stråling, kjemiske og fysiske stoffer, virus og mikroorganismer vil fremme utviklingen av visse typer kreft, slik som røyking fremmer utvikling av kreft i luftveiene. Flere årsaker kan samvirke eller opptre etter hverandre, og derved starte eller framskynde utviklingen. Utvalget viser til publikasjonen Cancer in Norway 1995, utgitt av Kreftregisteret 1998.

De siste års forskning har vist at et riktig kosthold effektivt forebygger kreftsykdommer. Særlig har grønnsaker og frukt en forebyggende effekt i forhold til kreft i munn og svelg, strupehode, spiserør, lunge, magesekk, bukspyttkjertel, bryst og blære. Det er også dokumentert at et stort inntak av salt vil øke risiko for kreft i magesekk, og et stort inntak av rødt kjøtt vil øke risiko for kreft i tykktarm og endetarm. I tillegg vil risiko for kreft i tykktarm reduseres ved regelmessig fysisk aktivitet, og risiko for kreft i livmorslimhinnen, bryst og nyre øke med fedme. For alkohol er det gode holdepunkter for at et høyt inntak øker risiko for kreft i munn og svelg, stru-

pehode, spiserør, lever, tykktarm, endetarm og bryst. Derimot ser det ikke ut til at faktorene som nevnes ofte i massemedia, nemlig sprøytemidler, E-stoffer og forurensende stoffer, påvirker kreftrisiko nevneverdig.

Utvalget vil peke på at det vi i dag vet kan gjøres for å forebygge kreft, for en stor del faller sammen med forebygging av andre alvorlige, ikke smittsomme sykdommer: røykfrihet, et magert, kalorifattig kosthold (mindre fett og mer frukt og grønnsaker enn i dag) og mer mosjon. I tillegg kommer bedre beskyttelse mot solstråler, som kan forhindre de aller fleste tilfellene av hudkreft.

I forbindelse med Stortingets behandling av St.prp. nr. 61 (1997-98) Om Nasjonal kreftplan m.v., sluttet Stortinget seg til Regjeringens forslag om å avsette 100 mill kroner til styrking av kommunenes lokale engasjement innenfor forebyggende ernæringsarbeid og tobakksskadeforebyggende arbeid i planperioden 1998-2003. Midlene vil bli fordelt mellom Statens ernæringsråd og Statens tobakksskaderåd. I forbindelse med denne satsingen har Statens ernæringsråd og Statens tobakksskaderåd, sammen med Sosial- og helsedepartementet, Statens helsetilsyn og Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver (SOHO), tatt initiativ til et samarbeid hvor målet er å styrke fylkeslegekontorenes innsats på områdene tobakk, kosthold og mosjon. I tre fylker er det ved fylkeslegens kontor ansatt forebyggingsrådgivere som skal bistå kommunene med faglig veiledning, råd og inspirasjon. Lykkes dette arbeidet, vil dette være en modell som kan benyttes i alle fylker etterhvert.

Omtrent en fjerdedel av antallet dødsfall i Norge per år skyldes kreft. Det totale antallet nye krefttilfeller var 19 863 i 1995 og ventes å øke i årene framover, både på grunn av økning i eldrebefolkningen og fordi noen av de vanlige kreftformene (bryst-, prostata-, føflekk- og lungekreft) øker i hyppighet. Det vises igjen til Cancer in Norway 1995.

Tidlig diagnose er et virkemiddel som benyttes for å redusere utviklingen av langtkommet kreft og død, og for enkelte kreftformer finnes det egnede screeningmodeller. Masseundersøkelser er i gang - på nasjonalt nivå for livmorhalskreft, som forsøksprosjekt med plan om utvidelse til hele landet for brystkreft og som tidlig forsøksprosjekt for tykk- og endetarmskreft. Tidlig diagnose og nye behandlingsformer fører til positive gevinster i form av bedre overlevelse og lengre levetid. Dette medfører også at stadig flere trenger gjentatte kontroller og behandlinger gjennom mange år. Dette truer livskvaliteten hos dem det gjelder, og dessuten krever det store ressurser fra samfunnet.

Kroniske lungesykdommer

Astma, emfysem og kronisk bronkitt inngår her. Sykdommer i åndedrettsorganene forårsaker 12 prosent av det totale antallet dødsfall i Norge per år når lunge- og annen luftveiskreft ikke er medregnet. Av årsaksfaktorer står (aktiv) røyking sterkest, mens passiv røyking, forurenset luft i arbeidsmiljøet og annen luftforurensning også har betydning.

Flere undersøkelser i Norge viser at 5-10 prosent av barn og unge svarer positivt på at de har hatt symptomer på astma, mens opplevde plager på grunn av allergi eller overømfintlighet på et eller annet tidspunkt i livet anslås til 30-40 prosent. Plagene kan variere i alvorlighetsgrad fra de trivielle til de invalidiserende og livstruende. Arveanlegg spiller en viktig rolle.

Beinskjørhet (Osteoporose)

Hos alle mennesker er det slik at skjelettet blir svakere med årene fordi man taper beinmasse, og dette gir økt risiko for brudd. Ofte påvises beinskjørhet i forbindelse med et brudd av den typen beinskjørhet ofte fører til: lårhalsbrudd, håndleddsbrudd, brudd i hvirvelsøylen og ribbensbrudd. Av grunner vi ikke kjenner, ligger Norge og særlig Oslo nærmest på verdenstoppen for beinskjørhet og lårhalsbrudd.

Man antar at det skjer ca. 9 000 nye lårhalsbrudd og 15 000 håndleddsbrudd i Norge årlig, og fire av fem gjelder kvinner. En studie i Oslo har vist at mellom 14 og 36 prosent av kvinner over 50 år hadde beinskjørhet. Antall mennesker som får brudd vil trolig øke kraftig de nærmeste ti-årene som følge av økningen i antall eldre.

Årsakene til beinskjørhet, og dermed til den type brudd som følger av dette, er dels kjent og dels ukjent. Vi vet at alder og kjønn, arvelige forhold, tidlig bortfall av kjønnshormoner, og at bruk av visse medisiner øker risikoen. Av levevaner vet vi at røyking, stort alkoholforbruk og lav kroppsvekt (undervekt), øker risikoen for beinskjørhet. Et riktig kosthold med tilførsel av D-vitamin og kalk, mosjon som gjør at skjelettet belastes (f. eks. styrketrening) og østrogenbruk hos kvinner etter overgangsalderen minsker risikoen.

Ernæringsarbeid

Felles målsetting for ernæringsarbeidet er å arbeide for at befolkningen og enkeltindividet skal ha mulighet til å ha et kosthold som fremmer helsen og forebygger sykdom i størst mulig grad (jf St.meld. nr. 37 (1992-93)).

Omlegging til et kosthold med mye frukt og grønnsaker kan forebygge 20 prosent av alle krefttilfeller i følge konklusjonene i en nylig publisert rapport fra et internasjonalt ekspertpanel. Panelet anbefaler at kornvarer og andre stivelsesrike matvarer, frukt og grønnsaker danner basis for kostholdet. Det anbefales å redusere bruken av fett sukker og alkohol. Kostrådene som gjelder ved forebygging av kreft, gjelder også for forebygging av hjerte- og karsykdommer og for et generelt godt sammensatt kosthold. Et slikt kosthold reduserer forekomsten av tilstander som diabetes, fordøyelsesbesvær, overvekt, jernmangelanemi, beinskjørhet og tannråte. Den store nedgangen i antall dødsfall på grunn av hjertesykdom de siste 20 år, i takt med nedgangen i fettforbruk, viser at endringer i kosten og andre forebyggende tiltak har effekt.

Norsk gjennomsnittskosthold inneholder tilfredsstillende mengder av de fleste næringsstoffer i forhold til anbefalt inntak, med unntak av vitamin D for alle grupper og jern og folat for fertile kvinner. Ut fra helsehensyn inneholder norsk kosthold fortsatt for mye fett, (spesielt mettet fett og transfett), sukker, salt og alkohol og for lite stivelse og fiber.

Fettenergiprosenten er redusert fra drøyt 40 til 35 siden 1975, og andelen mettet fett er redusert, men flater nå ut. Parallelt med denne nedgangen har forekomsten av hjerteinfarkt i befolkningen gått betydelig ned. Ernæring er et av områdene hvor det forebyggende arbeidet har størst potensiale.

Verdens ledende ernæringseksperter har nylig anslått at ca. 30 prosent av krefttilfellene kan forebygges ved riktig kosthold. Økt forbruk av frukt og grønnsaker kan alene forebygge 20 prosent av krefttilfellene. I Norge tilsvarer dette forebyggelse av ca. 5 000 tilfeller/år. De som spiser mye frukt og grønnsaker (ca. 750 g/dag) har halvert kreftrisiko i forhold til de som spiser lite (ca. 300 g/dag).

Ernæringsarbeid omfatter ulike individ-, befolknings- og miljørettede aktiviteter knyttet til gjennomføringen av mat- og ernæringspolitiske målsettinger. Eksempler på aktiviteter er å bedre skolemåltidssituasjonen, å forebygge underernæring blant eldre og senke saltinnholdet i brød. Opplysning er et viktig virkemiddel. Ernæringsarbeidet har mange aktører innen helse- og sosialtjenesten, men også innenfor mange andre sektorer som lærere, kokker og annet kjøkkenpersonell, næringsmiddelteknologer, markedsførere, ernæringsfysiologer m.v. Den organisatoriske tilknytningen som ernæringsarbeidet har, den samlede ernæringskompetanse i og utenfor helse- og sosialtjenesten, kommunenes befolkningssammenset-

ning, arbeidsledighet og økonomi vil påvirke hva som prioriteres lokalt og preger arbeidet. Ernæringsarbeid foregår som del av ulike yrkesgruppers daglige arbeid og i prosjekt- eller aksjonsform og er ofte tverrfaglig og tverrsektorielt. En vanlig prosess for ernæringsarbeid er: utredning/kartlegging, utarbeidelse av handlingsplaner, gjennomføring av konkrete tiltak, oppfølging og evaluering.

Kommunehelsetjenesteloven pålegger ikke spesifikt å drive ernæringsarbeid, men ernæring er ett prioritert område under miljørettet helsevern. Ernæring som fag/tjeneste er ikke nevnt i loven ellers. Forskriften til loven om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting pålegger disse å nedfelle skriftlige prosedyrer for bl.a. tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold, rimelig valgfrihet i forhold til mat, hjelp til tilberedning ved matombringing i hjemmene og tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise i institusjoner. Etter sosialtjenesteloven finnes retningslinjer med samme ordlyd, men her bare anbefales skriftlige prosedyrer.

Forskrift om miljørettet helsevern i barnehage, skole m.v. setter krav til skolemåltidets organisering og innhold og henviser til at Statens ernæringsråds anbefalinger for mat i skole og barnehage bør følges.

Næringsmiddellovgivningen tar i hovedsak sikte på å fremme krav til helse, kvalitet og redelighet ved alt frambud av matvarer gjennom bestemmelser om hygiene, innhold og merking. Forskrift om kjøttråvarer og kjøttprodukter setter maksimalgrenser for innhold av fett og salt.

Det tobakksskadeforebyggende arbeidet

Omfanget av tobakksskadene øker meget kraftig og utgjør i dag den mest truende epidemien verden står overfor. Verdens helseorganisasjon har beregnet at det i 1954 døde om lag 300 000 mennesker på verdensbasis som følge av tobakksbruk. I 1998 vil 3,5 millioner mennesker dø på grunn av tobakk, de fleste av disse i vestlige land. Dersom røykeutviklingen ikke stanses, vil antall døde øke hvert år til omlag 10 millioner i 2025. De fleste av disse vil skje i utviklingsland. I 1998 vil 7 500 nordmenn dø av røykerelaterte sykdommer på grunn av sin egen røyking, og 350 til 550 personer vil dø av passiv røyking. Omfanget av skadene kan illustreres ved at tobakksbruken forårsaker nesten tre ganger så mange dødsfall som narkotika, alkohol, selvmord, drap, branner, trafikkulykker og AIDS gjør til sammen.

Barn og unge

Nedgangen i andelen dagligrøykere blant unge har stagnert på 90-tallet. Blant 16-19-åringer er det nå om lag 20 prosent som røyker daglig og like mange gutter som jenter. Men den internasjonal trenden med økning i av-og-til-røyking som skjedde på begynnelsen av 90-tallet, ser ut til å ha stanset opp rundt 20 prosent i denne aldersgruppen i Norge. Det er derfor meget viktig å føre innsatsen for røykfrihet blant 8. klassinger oppover i klassetrinnene og videreføre arbeidet blant eldre tenåringer slik at resultatet ikke bare blir en utsettelse av røykestart for mange elever. Pilotprosjektet i videregående opplæring i Vest-Agder har vist at opplæringstiltak i tobakksforebygging for undervisnings- og skolehelsepersonell er nødvendige forutsetninger for å oppnå gode resultater.

Røykfrie svangerskap og røykfrie småbarnsmiljøer:

Statens tobakksskaderåd har i samarbeid med fylkeslegene i perioden 1994-97 gjennomført to runder med dagskurs for helsepersonell i svangerskapsomsorgen/ småbarnsomsorgen. Evalueringen av kursene og materiellet for svangerskapsomsorgen viser at tiltakene har fått positiv mottakelse, og at materiellet brukes aktivt ved mange helsestasjoner. Målinger i november 1993 og november 1997 viste at

andelen som ikke tillater røyking i eget hjem når barn er tilstede, økte fra 53 til 66 prosent i denne fireårsperioden.

VÆR røykFRI - et undervisningsopplegg om tobakk for ungdomsskolen:

VÆR røykFRI er et undervisningsopplegg om tobakk som Statens tobakksskaderåd, Den Norske Kreftforening og Nasjonalforeningen for folkehelsen har gått sammen om å tilby ungdomsskolene. VÆR røykFRI bygger på et forskningsprogram som Den Norske Kreftforening har gjennomført i 100 klasser på ungdomsskolen over tre år. Resultatene så langt er veldig positive. Evalueringen viste at i de klassene som deltok i VÆR røykFRI prosjektet var det 25 prosent færre elever som begynte å røyke enn i de klassene som fikk vanlig undervisning om tobakk.

Statens tobakksskaderåds ungdomsundersøkelse som ble gjennomført i november 1995 viser en nedgang i dagligrøykingen blant 13-15-åringer, men en oppgang i av-og-til-røyking. De fylkene som har satset aktivt på røykfrie klasser gjennom flere år (Aust-Agder, Vest-Agder, Telemark og Sogn og Fjordane) har alle nedgang både blant gutter og jenter. Bortsett fra Oslo har de øvrige fylkene oppgang hos begge eller ett av kjønnene. Tallene understøtter at røykfrie klasser forebygger røyking i ungdomsskolen.

Røykfrie videregående skoler:

Handlingsplanen for røykfrie videregående skoler legger vekt på at tobaksforebygging i videregående skole skal trappes opp. Til nå har opplysnings- og informasjonsarbeidet om ungdom og røyk vært konsentrert om yngre tenåringer. Utviklingen viser at dette arbeidet har hatt effekt i den aktuelle målgruppen, men dessverre er det mye som tyder på at det for manges del bare er oppnådd en utsettelse av røykestart. På bakgrunn av dette ble det i 1996 etablert et fireårig pilotprosjekt i Vest-Agder. Prosjektet har i samarbeid med Statens tobakksskaderåd utviklet materiell og metoder for å øke andelen røykfrie elever i den videregående skole. Pilotprosjektet i Vest-Agder gjennomførte våren 1997 en startkonferanse for elever og lærere i Vest-Agder. Målet med konferansen var å skape et møtepunkt for personer i skolen for å samle erfaringer, kartlegge aktuelle problemer, skape tiltak og gi ideer til en framtidig handlingsplan for hver skole. Erfaringene med denne konferansen var så gode at Statens tobakksskaderåd i samarbeid med skoleadministrasjon i fylkene vil tilby startkonferanser for røykfrie videregående skoler i alle landets fylker. Det er allerede arrangert startkonferanser i syv fylker, og ytterligere to fylker arrangerer kurs tidlig på høsten 1998.

Erfaringene så langt viser at det er tungt å mobilisere undervisningspersonell i videregående skole til å prioritere temaet tobakk. Skal arbeidet bli prioritert påpeker skolene selv at arbeidet må integreres i skolens planer. Det er videre et problem at skolehelsetjenesten er svakt utbygd de fleste steder og derfor mangler tid til å følge opp hjelp til røykeslutt.

Tobakksfri idrett:

Fra 1995 til 1998 har det pågått et samarbeid mellom Statens tobakksskaderåd, Sosial- og helsedepartementet og Norges idrettsforbund om et prosjekt rettet mot idrettsmiljøene. Hovedmålet har vært å redusere antall tobakksbrukere både blant utøvere, ledere og tilskuere til idrett. Det har blant annet pågått skilting av idrettsanlegg, utvikling av temahefter til bruk for idrettsledere/trenere/gymlærere og påvirkning til røykfrie idrettsarrangementer. Dessuten har et charter for tobakksfri idrett blitt vedtatt av NIF og de fleste idrettskretsene og særforbundene. Utfordringen etter prosjektets slutt blir å integrere de positive virkemidlene i idrettens allerede etablerte organer.

Helsestasjonsundersøkelsen:

Det lokale tilbudet om hjelp til røykeslutt er fortsatt meget dårlig utbygd i Norge, men i svak bedring. Statens tobaksskaderåd sendte i november/desember 1997 ut et spørreskjema til alle landets helsestasjoner for å kartlegge hvilket røykeavvenningstilbud helsestasjonene kan tilby sine brukere. Bare 18 prosent av helsestasjonene har et tilbud om hjelp til røykeslutt, og bare 3 prosent har et fast hjelpetilbud. Det har vært en liten økning siden 1995 i antall helsestasjoner med et eget tilbud til spesielle målgrupper (småbarnsforeldre og ungdom). Hyppigste årsaker helsestasjonene oppgir for manglende røykeslutt-tilbud, er manglende kapasitet og manglende prioritering. Bare 8 prosent begrunner manglende tilbud med at andre kan tilby slik hjelp. Et stort flertall av helsestasjonene ønsker økt kompetanse i røykeavvenning. Derfor har Statens tobaksskaderåd satt i gang et nytt kurstilbud om ungdom og røyking og planlegger et utvidet kurstilbud i røykeavvenningsmetodikk og nye dagskurs om organisering av røykeslutt-tilbud for helsestasjonspersonell.

Voksne

Det er nå omtrent samme andel dagligrøykere (rundt 33-34 prosent) blant menn som blant kvinner. Det innebærer at det de nærmeste årene må forventes en betydelig økning i andelen kvinner som får lungekreft og hjerte-/karsykdommer. Finnmark og Vest-Agder har flest dagligrøykere, Oslo og Akershus færrest. Sigarettforbruket per røyker er lavere i Norge enn i de øvrige nordiske land og har i løpet av de siste fem årene gått noe ned fra 15 til 14 sigaretter for menn og fra 12 til 11 sigaretter for kvinner. Det har også vært en viss overgang fra rulletobakk til ferdigsigaretter de siste fem årene. Dette er helsemessig gunstige endringer og må antas å ha sammenheng med den relative prisøkningen på rulletobakk.

Blant unge voksne av begge kjønn er det flest dagligrøykere blant dem med kort utdanning. Blant unge voksne med grunnskole som høyeste utdanning røyker rundt 60 prosent, tilsvarende blant universitets- og høyskoleutdannede er omkring 20 prosent. Forskjellene i disse gruppenes helsetilstand vil øke betydelig dersom ikke røykingen reduseres raskere blant dem med kort utdanning.

Utvikling i antall lokale røykeavvenningstilbud til voksne:

Røyketelefonen registrerer nye lokale tilbud de kommer over. Det ble foretatt en ringerunde i vår som bekrefter tendensen til at tilbudene har økt litt i bystrøk, mens folk som bor i spredtbygde strøk sjelden har noe tilbud. Statens tobaksskaderåd merker en økt forståelse blant helsepersonell for at det å satse på hjelp til røykeslutt nytter. Det viser seg altså at små kommuner kan tilby liten hjelp til røykeslutt.

Statens tobaksskaderåd gjennomfører en rekke kurs og prosjekter i samarbeid med lokale myndigheter og frivillige organisasjoner med sikte på å redusere tobaksbruken i befolkningen. Sykehusenes tilbud om hjelp til røykeslutt ble kartlagt i slutten av 1997. Tilbudet om hjelp til røykeslutt er fortsatt dårlig utbygd, men i svak bedring. Vel halvparten av sykehusene har eget røykeslutt-tilbud. Det er en fordobling fra 1995, men hovedsakelig et tilbud til de ansatte. Bare 30 prosent av sykehusene har hjelp å tilby pasientene. Et stort flertall av sykehusene ønsker økt kompetanse i røykeavvenning. Derfor er Tobaksskaderådet i 1998 i gang med å utvide kurstilbudet i røykeavvenning og i organisering av røykeslutt-tilbud. Statens tobaksskaderåd har gjennomført to dagskurs i etablering av røykeslutt-tilbud for sykehus. Det siste kurset ble også tilbudt rehabiliteringssentre.

Eksponering for passiv røyk

Fra 1. januar 1998 er det trådt i kraft en rekke endringer av forskrift om røyking på restauranter og serveringssteder. Serveringsbransjen hadde til dels sterke innvendinger før innskjerpingene i kravene til den røykfrie sonen i serveringssteder trådte i kraft. Sosial- og helsedepartementet vil iverksette en ekstern evaluering av

tilsynsmyndighetenes (kommunene og Arbeidstilsynet) oppfølging av forskriften, herunder erfaringer med forskriften, og hvilke tiltak som bør vurderes for å sikre at regelverket følges opp som forutsatt.

Færre barn blir utsatt for røyking innendørs i private hjem enn før. Selv om utviklingen er positiv, er det fortsatt svært mange barn som utsettes for tobakksrøyk. Når det gjelder røyking i svangerskapet, er det også der en gledelig nedgang i røykingen. Mens omkring 40 prosent av de gravide røykte for ti år siden, var andelen redusert til 21 prosent i 1995.

Mosjon

Det foreligger mye forskningsbasert kunnskap om hvordan fysisk aktivitet virker forebyggende og rehabiliterende i forhold til sykdom og i helsefremmende og trivselsskapende sammenheng. Økt fysisk aktivitet kan gi gevinster i form av nedsatt risiko for bl.a. hjerte-/karsykdommer, hypertensjon, osteoporose, tykktarmskreft, diabetes mellitus, belastningslidelser og mentale lidelser som angst og depresjon. Data viser at den delen av befolkningen som er mest i bevegelse, også har det sunneste kostholdet. Blant disse er det også flest ikke-røykere.

Data fra undersøkelser av 40-42-åringer i årene 1974-97 tyder ikke på økning i mosjonsaktiviteten over de siste 25 årene . Det er stor, men ingen systematisk variasjon mellom kommuner: fra mer enn 30 til mindre enn 10 prosent oppgir at de ikke driver noen mosjon så de blir svette eller andpustne og heller ikke lett mosjon mer enn 2 timer per uke. Hos kvinner er det klart flere mosjonister blant langtidsutdannede enn blant dem med lite utdanning, mens denne tendensen er langt svakere hos menn.

Mange forhold i samfunnsutviklingen har betydning for befolkningens aktivitetsnivå. I tillegg til tilrettelegging for og tilbud om ulike former for aktivitet i nærmiljøet, vil også for eksempel kjøpesenterkulturen og familiers bruk av tid på TV, video og PC ha innvirkning. Mange instanser er opptatt av fysisk aktivitet, men det mangler statistikk på utviklingstrendene, en samlet oversikt over hvem som gjør hva og ikke minst klargjøring av hvordan ulike sektorers beslutninger påvirker utviklingen i forhold til befolkningens muligheter til å være fysisk aktive i hverdagen (se bl.a. omtalen av Aksjonsprogrammet barn og helse og informasjonsprosjektet Barn i bevegelse i 4.3.1).

Frivillige organisasjoner, herunder bl.a. nasjonale og lokale idrettsforening gjør en vesentlig innsats på dette området (se *"Frivillig sektor"* i kapittel 9 om frivillige organisasjoner). I tillegg foreligger det både fylkesplaner og kommunedelplaner for idrett og friluftsliv.

Flere departementer har ansvar for lov- og regelverk og virkemidler knyttet til fysisk aktivitet i et folkehelseperspektiv (mosjon).

Kulturdepartementet har ansvar for offentlig idrettspolitikk og forvaltning av spillemidlene som går til idrettsformål, - herunder driftsstøtte til Norges Idrettsforbund og Olympiske Komité, øremerkede tilskudd til ulike formål, og tilskudd til bygging av idretts- og nærmiljøanlegg i fylker og kommuner. Miljøverndepartementet forvalter deler av plan- og bygningsloven med tilhørende forskrifter bl.a. arealplanlegging, fysisk planlegging og rikspolitiske retningslinjer. Gjennom arbeidet med Barn i bevegelse er det kommet fram at denne loven er lite kjent i befolkningen og blant fagfolk utenfor teknisk sektor. Miljøverndepartementet vil revitalisere ordningen med barnerepresentanten i kommunene, bl.a. gjennom utgivelse av revidert faktaperm. Barne- og familiedepartementet har ansvar for utvikling av barnehagetilbudene bl.a. gjennom lov og rammeplan for barnehager. Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet har ansvar for lovverk og rammeplaner

knyttet til utvikling av skolen og utdanning av personell til barnehager og skoler. Sosial- og helsedepartementet har i henhold til kommunehelsetjenesteloven et pådriveransvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. Helsetjenesten har hatt lite fokus på fysisk aktivitet som virkemiddel.

Ansvarsfordelingen mellom det offentlige og den frivillig organiserte idretten er nedfelt i St.meld. nr. 41 (1991-92) Om idretten. Folkebevegelse og folkeforlystelse (Idrettsmeldingen): «Det er et offentlig ansvar å planlegge, bygge og drive idrettsanlegg. Det er så organisasjonenes oppgave å aktivisere befolkningen, og å betale den del av driftsomkostningene som de kan bære uten at primæroppgaven lider unødig».

«Idrett for alle» handler om alle menneskers muligheter til å drive idrett i henhold til forutsetninger, behov og interesser. Det dreier seg også om at det offentlige har ansvar for at denne muligheten har et konkret innhold. Det er en offentlig målsetting at idrettsorganisasjonene skal støttes økonomisk, slik at de kan opprettholde et omfattende og kvalitativt godt aktivitetsnivå og på den måten være en positiv faktor i formingen av nærmiljø og samfunn. Den offentlige støtten forutsetter at idrettens etikk- og helsedimensjoner holdes i hevd.

Kulturdepartementet stimulerer til bygging av nærmiljøanlegg gjennom støtte fra spillemidlene. Nærmiljøanlegg er viktige som leke- og aktivitetsarena er for barn og for ungdom som ikke er interessert i konkurranseidrett. Nærmiljøanlegg gir også muligheter til en rekke uhøytidelige aktiviteter for voksne, eldre og funksjonshemmede med ulike behov.

Kulturdepartementet stimulerer videre til mosjonsaktiviteter gjennom å øremerke midler til barn, unge og kvinner i tildelingen til Norges Idrettsforbund og Olympiske Komité. Videre har departementet støttet prosjektene Eldreprosjektet, Idrett som motor og Storbyprosjektet som har fokusert på utvikling av friskvern og mosjonsaktiviteter i kommunene.

Kulturdepartementet har nylig utgitt et atlas om idrett og idrettsanlegg i et samfunnsperspektiv med formål å skape debatt, spre informasjon og kunnskap for å stimulere utviklingen av fysisk aktivitet i befolkningen.

Sosial- og helsedepartementet støtter prosjektet FYSAK Nordland. Prosjektet har som mål å utvikle tilpasset fysisk aktivitet og andre aktivitetsbaserte kulturtiltak som en integrert del av kommunehelsetjenesten. Viktige målgrupper er inaktive voksne med risiko for utvikling av belastningslidelser og personer med rehabiliteringspotensiale, barn, unge og eldre. I prosjektet rettes spesiell oppmerksomhet mot kommunalt ansvar, planlegging og forankring av fysisk aktivitet som fast helsetilbud.

I Handlingsplan for forebygging av belastningslidelser er det fokusert på viktigheten av bevegelsesutvikling og fysisk aktivitet, og bl.a. satses det på informasjon og stimulering til tverrsektorielt samarbeid gjennom prosjektet Barn i bevegelse (se 4.3.1).

Regjeringen har nylig bestemt at det skal etableres et statlig råd for fysisk aktivitet. Sentrale oppgaver for rådet vil være å:

- styrke kunnskapen om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse og viktige rammebetingelser i besluttende organer (politisk og administrativt) på lokalt, regionalt og sentralt nivå
- følge utviklingen om det fysiske aktivitetsnivået i befolkningen og vurdere situasjonen på kort og lang sikt, herunder identifisere risikogrupper for fysisk inaktivitet
- bidra til folkeopplysning generelt og for ulike grupper spesielt
- stimulere forskning om fysisk aktivitet og helse, om motivasjon og mestring hos inaktive og om rammefaktorer som har betydning.

Det nye rådet skal slås sammen med Statens ernæringsråd som fra 1. januar 1999 vil hete Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet.

4.2.7 Selvmord

Å minske selvmordshyppigheten i det enkelte land er WHOs delmål 12 i den europeiske strategi for Helse for alle innen år 2000. I Norge har det i de senere år vært en nedgang i registrerte selvmord. I 1994 var det 531 registrerte selvmord. Antall selvmordsforsøk antas å ha vært om lag 7 000 i 1994. Selv om det er registrert en nedgang, er selvmord dobbelt så vanlig blant norske menn i alderen 20-24 år som blant japanske.

Handlingsplan mot selvmord 1994-99

For å bidra til å redusere selvmordshyppigheten i Norge er det iverksatt en handlingsplan mot selvmord. Handlingsplanen retter seg primært mot tiltak for å gi et bedre tilbud til grupper med spesiell risiko for selvmord, herunder personer med tidligere selvmordsadferd (enten ved alvorlige trusler eller tidligere forsøk), rusmisbrukere og personer med psykiske lidelser. Virkemidlene i handlingplanen for å bidra til å redusere selvmordshyppigheten er:

1. Sammenfatte tilgjengelig kunnskap, stimulere til forskning og etablere regionale ressursmiljøer.
2. Utvikle læringsprogrammer og sørge for kunnskapsformidling til relevante offentlige instanser og frivillige organisasjoner.
3. Kartlegge og evaluere eksisterende modeller for organisert samarbeid, spre kunnskap om gode modeller og eventuelt utvikle nye modeller.

I handlingsplanen er det så langt gjennomført følgende tiltak:

- Regionale ressursmiljøer: Etablert med 4 $^1/_2$ stillinger ved Universitetet i Oslo (har også funksjon som nasjonalt kompetansesenter), 1 $^1/_2$ stilling ved Universitetet i Bergen, 1 $^1/_2$ stilling ved Universitetet i Trondheim, 2 stillinger ved Åsgård sykehus. Alle stillingene er besatt.
- Økt og systematisk kunnskapsformidling: Det er utarbeidet strategier for organisering av grunn- og videreutdanningsprogrammer, samt konkrete utdanningsprogrammer for grunnutdanninger for lærere, sosionomer og sykepleiere. Konkrete utdanningsprogrammer for videreutdanninger er under arbeid i Helsetilsynet og Universitetet i Oslo.
- Undervisningstiltak: Ca. 10 000 helse- og sosialarbeidere, frivillige og andre har deltatt på etterutdanningskurs i 1994, 1995 og 1996 arrangert av fylkeslegene med midler fra handlingsplanen.
- Modellforsøk: 14 modellforsøk (2 kommuner og 12 fylker) er etablert. 1 prosjekt er avsluttet ved utgangen av 1996. 1 kommunalt prosjekt og 1 fylkeskommunalt prosjekt igangsettes primo 1998.
- Andre prosjekter: Noe støtte til 2 forskningsprosjekter og evaluering av Bærumsmodellen.
- Informasjon: Informasjon på 5 nivåer - Internt i Statens helsetilsyn, til handlingsplanens aktører inkludert landets fylkesleger, til Sosial- og helsedepartementet, til samarbeidende etater og helsetjenesten, samt informasjon til utsatte grupper og til befolkningen generelt. Ressursmiljøet ved Universitetet i Oslo utgir bladet «Nytt i suicidologi» som distribueres gratis til fagmiljøer og andre.
- Arrangert prosjektlederkonferanser i Oslo 1996, i Bergen 1997 og Trondheim 1998.

– Arrangert forsknings- og forebyggingskonferanse i Oslo i januar 1997.
– Evaluering: 2 rapporter foreligger: Prosessevaluering 1996 og kartlegging av førsituasjonen 1997, samt prosessevaluering nr. 2 vil foreligge høsten 1998.

4.3 FOREBYGGENDE ARBEID OVERFOR BARN OG UNGE

4.3.1 Status for forebyggende arbeid overfor barn og unge

Det har gjennom de siste 10 årene vært gjennomført en rekke utviklingsprosjekter innenfor områdene barn og unges oppvekstmiljø og helsestasjons- og skolehelsetjenesten, bl.a. gjennom Samlet plan-prosjektene i perioden 1989-94 i Helsetilsynets regi og annet nasjonalt utviklingsarbeid. Arbeidene har inneholdt både organisasjons- og metodeutvikling. Aksjonsprogrammet barn og helse (1995-99) og Foreldreveiledningsprogrammet (Barne- og familiedepartementet i samarbeid med Sosial- og helsedepartementet og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet) har videreført resultater og erfaringer fra Samlet planprosjektene o.a. og fokusert på det helsefremmende arbeid i kommunene overfor barn og unge. Disse programmene har gitt gode bidrag på metodeutviklingssiden gjennom det materiellet som er laget, og det er gitt opplæring gjennom Foreldreveiledningsprogrammet. I Nord-Trøndelag har prosjektet «Tidlig intervensjon» utviklet arbeidsmetoder og redskap som etter prosjektslutt evt. kan videreutvikles og brukes i helsestasjonstjenesten.

Flere departementer har gjennomført og gjennomfører programmer og handlingsplaner som har betydning for barns og unges oppvekst, som oftest i samarbeid med andre departement. Som eksempler kan nevnes nærmiljøprosjekter (Sosial- og helsedepartementet), SAM-prosjektet (Miljøverndepartementet), Utviklingsprogrammet «Bli med!» (Barne- og familiedepartementet), handlingsplaner mot mobbing og vold i skolen, skolemekling, vold i billedmedia, handlingsplan for barn og ungdom med innvandrerbakgrunn, Toleranseprogrammet (Justisdepartementet), Barn i bevegelse m.v.

Statens helsetilsyn har i perioden 1996-97 gjennomført prosjektet «Videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten». Dette har hatt som mål å:
– Kartlegge og beskrive dagens helsestasjons- og skolehelsetjeneste.
– Utarbeide nytt veiledningsmateriell som beskriver allment aksepterte faglige normer innen helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 0-20 år.
– Utarbeide nytt helsekort og veiledning, samt vurdere bruk av egenjournal.

Det er kommet tre rapporter fra arbeidsgruppene i prosjektet, det er utarbeidet nytt helsekort og ny veileder for helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Dette sendes ut høst-98 og skal iverksettes i kommunene.

Aksjonsprogrammet barn og helse 1995-99

Aksjonsprogrammets målsetting er å stimulere til organisasjonsutvikling på kommunalt plan for å utvikle gode oppvekstkår for barn og unge (0-18 år). Dette arbeidet har fylkeslegekontorene grepet fatt i på ulike måter, alt etter lokalt ståsted. Det betyr variasjon og mangfold i arbeidet med programmet over det ganske land.

Organisering

Det er en sentral koordineringsgruppe for Aksjonsprogrammet som bl.a. består av fem departementer. Alle fylkene har etablert koordineringsgrupper på fylkesnivå, og de fleste fylkeslegekontorene har egne prosjektmedarbeidere til dette arbeidet. I alle koordineringsgruppene deltar representanter fra fylkesmannen og

Statens utdanningskontor. I over halvparten av gruppene deltar fylkeskommunen. Ca. halvparten av koordineringsgruppene har med frivillige organisasjoner. Andre deltakere er KS, representanter fra høgskoler, politi/lensmannsetat o.a. De fleste har felles koordineringsgruppe med foreldreveiledningsarbeidet (BFD), eller deler av gruppen er den samme, evt. de samme personene møter i begge.

Økonomi

Det er avsatt 10 mill kroner per år til Aksjonsprogrammet. Det betyr at hvert fylke får ca. 500 000 kroner per år til dette arbeidet. De fleste fylker bruker rundt halvparten til å lønne prosjektmedarbeider, ellers går midlene til å arrangere formidlingskonferanser, seminarer, kommunebesøk, administrasjon m.m. For et så vidtfavnende og arbeidskrevende arbeid synes det som om det er skapt mye aktivitet når det gjelder erfaringsformidling, kompetanseheving og prosessarbeid overfor kommunene for forholdsvis beskjedne beløp.

De ulike arbeidsområdene

Organisasjonsutvikling i kommunene:

I denne formuleringen ligger en forventning om at kommunen skal fokusere på barns og unges helse og oppvekst i et helhetlig perspektiv, der ulike faktorer som virker på oppvekstmiljøet blir satt i sammenheng. Dette fører igjen til arbeidsmåter som nødvendigvis går på tvers av etater og sektorer. Det bør arbeides med at et slikt helhetlig perspektiv, og tverrfaglige og tverrsektorielle arbeidsstrategier blir forankret i den politiske og administrative ledelsen i kommunen, slik at barns og unges behov og perspektiv blir ivaretatt i utforming av både planer og tiltak. Erfaring viser at en slik forankring i ledelsen er nødvendig for kontinuitet og stabilitet i arbeidet, ellers kan det bli personavhengig og mer tilfeldig hvor slikt systematisk arbeid finner sted.

Fylkeslegene har til nå hatt forskjellig innfallsvinkel til dette arbeidet. Det synes imidlertid som om de fylkene som har brukt en direkte dialog med hver kommune, bidratt til oppretting av kontaktpersoner eller tverrfaglige fora i kommunene er kommet lengst i å initiere til en prosess mot tverrsektorielt arbeid i kommunene på dette feltet. Flere fylker har også gjennomført opplæring i tverrfaglig og tverretatlig samarbeid. Dette er en egen kunnskap og en prosess som kommunene bør tilegne seg/arbeide seg i gjennom.

Innsatsområdene

Fylkeslegen skal, uavhengig av Aksjonsprogrammet, arbeide med de nasjonale innsatsområdene. Aksjonsprogrammet er en styrking av dette arbeidet med fokus på barn og unge. Således inngår de fire hovedsatsingsområdene fra St.meld. nr. 37 i programmet, samt å fremme gode kostvaner og arbeide for røykfrie barn og unge.

Helsestasjonen er en viktig medspiller i å rådgi og bevisstgjøre foreldre når det gjelder de ulike innsatsområdene.

Skolen og barnehagen er arenaer hvor barn og unge tilbringer mye tid. Det er viktig at rammefaktorer for barnehage og skole tilrettelegger for barns og unges utvikling og utfoldelse i trygge, trivelige og sunne omgivelser.

Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler er brukt som virkemiddel både i det ulykkesforebyggende arbeidet, inneklimaarbeidet og arbeidet med fysisk aktivitet og det psykososiale miljøet for å ivareta elevenes helse, miljø og sikkerhet både fysisk og psykisk.

Ulykker

Aksjonsprogrammet har bidratt med tiltak som involverer elevene i f.eks. kartlegging av ulykkesfeller. Programmet har også bidratt til bevisstgjøring og skolering av skole- og barnehagepersonell. Trygge skoler og skoleveg for 6-åringene er både ved kartlegging av ulykkesfeller og lokale handlingsplaner blitt viet spesiell oppmerksomhet og prioritet.

Departementet har prioritert og gitt «starthjelp» fra midler avsatt til gjennomføring av Handlingsplan for forebygging av ulykker 1997-2002 til kommuner som arbeider i tråd med kriteriene som WHO har fastsatt for godkjenning som Trygge lokalsamfunn. Videre har departementet bedt landets fylkesleger om å bidra til å motivere kommuner til å sette fokus på WHOs langsiktige strategi for å utvikle et trygt lokalsamfunn.

Forebygging av belastningslidelser

Fjorten fylker har foreløpig prioritert fysisk planlegging i barnehager og skoler, bevegelsesutvikling, lek og fysisk aktivitet bl.a. som tema for tverrfaglige konferanser gjennom Aksjonsprogrammet.

Informasjonsprosjektet Barn i bevegelse (1996-98) har som siktemål å få barn i Norge til å bevege seg mer i lek og fri utfoldelse. Prosjektet setter fokus på barns bevegelsesutvikling, på betydningen av at fysisk aktivitet stimulerer til lek og fri utfoldelse, og på rammevilkårene som skal ivareta hensynet til barns og unges behov. Informasjonsprosjektet har fått stor mediaoppmerksomhet og interesse fra fagfolk i mange sektorer. Fem departementer samarbeider i prosjektet.

Astma, allergi og inneklima

Forskriften for miljørettet helsevern i barnehager og skoler har vært et viktig virkemiddel i dette arbeidet, både for å bevisstgjøre kommunene om innholdet i forskriften, og som et hjelpemiddel for å bedre ulike forhold i barns og unges oppholds- og læringsmiljø. MEIS-programmet er brukt som virkemiddel, også det mer forenklede programmet «Aktiv MEIS». Disse programmene involverer barn/elever, lærere, renholdere og andre i skole og barnehagemiljøet til medvirkning i arbeidsprosessen, som igjen er med på å styrke det sosiale miljøet. Arbeidet med røykfrihet er en del steder koblet opp mot dette innsatsområdet, for eksempel tiltaket «Røykfrie småbarnsmiljø» o.a. Astma-skoler er initiert. Ernæringsrådet har hatt tilbud om kurs i matvareallergi-/intoleranse.

Tobakk

Statens tobakksskaderåd har foruten å ha fokus på røykfrie svangerskap og småbarnsmiljøer også gått sterkt ut overfor ungdomsskolen med VÆR røykFRI-kampanjen, et undervisningsopplegg, samt Pilot-prosjektet som er et arbeid innenfor videregående skole.

Ernæring

Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. setter krav til skolemåltidets organisering og innhold og henviser til at Statens ernæringsråds anbefalinger for mat i skole og barnehage bør følges. Det har gjennom Aksjonsprogrammet blitt satt fokus på kantiner i ungdomsskolen, frukt og grønt i skolen osv overfor kommunene. Noen fylker er kommet langt i dette arbeidet.

Forebygging av psykososiale problemer

Innenfor Aksjonsprogrammet er det arbeidet med ulike sider av denne problematikken. Mange fylker har fulgt opp Foreldreveiledningsprogrammet som en viktig del av dette arbeidet. Det har vært arbeidet med spiseforstyrrelsesproblematikken, mobbing og vold, vold i billedmedia, rasisme osv.

Fylkeslegene har også ulik innfallsvinkel til arbeidet med innsatsområdene. Noen har arbeidet mye med ett eller flere av de seks områdene tidligere og er allerede igang med å videreføre dette, disse legger større vekt på noen av de andre områdene i programperioden. Noen arbeider parallelt med alle innsatsområdene, andre tar et eller to av gangen. Det er også her en utfordring å se de ulike områdene i sammenheng og få en styrket satsing fra flere etater samtidig. Da er en igjen tilbake til organisering av arbeidet i kommunene, og hvordan en best kan bruke ressursene som finnes for å få til et helhetlig barne- og ungdomsperspektiv både i planlegging og tiltak.

4.3.2 Forebyggende arbeid overfor barn og unge i kommunene

Grunnskoleloven og lov om barnehager gir viktige betingelser for kommunenes ansvar for barns helse og velferd. Kommunene har ansvaret for det primærforebyggende arbeidet overfor barn og unge. Arbeidet med å forebygge helseproblemer er hjemlet i lov om helsetjenesten i kommunene, mens arbeidet med å forebygge omsorgssvikt og å trygge barns oppvekstvilkår er hjemlet i lov om barneverntjenester. Å sikre barn gode oppvekstkår er også hjemlet i plan- og bygningslovens § 2. Kommunene har dermed ansvar for en rekke tjenester og tiltak for å sikre barns interesser, samt å ta hensyn til barn og unges interesser i kommuneplanarbeidet.

Helsestasjon og skolehelsetjenesten har lange tradisjoner innen forebyggende arbeid som en del av offentlig helsearbeid i kommunene. Det er allmenn enighet om at tjenestene spiller en viktig rolle innen helsefremmende og forebyggende virksomhet overfor målgruppen barn og unge. Tjenestenes betydning bekreftes spesielt godt fra et brukerperspektiv, ved at nær 100 prosent av sped- og småbarnsforeldre benytter seg av tilbudet på helsestasjonen og betrakter det som et lavterskeltilbud.

Helsestasjon og skole er det eneste stedet hvor helsetjenesten treffer alle barn og unge. Dette er en unik mulighet til å drive helsefremmende og forebyggende arbeid overfor hele barne- og ungdomsbefolkningen og deres familier. Ved å opprettholde og vektlegge et fortsatt universelt tilbud kan høy oppslutning sikres videre. Utgangspunktet for helsestasjons- og skolehelsetjenestens helsefremmende og primærforebyggende oppgaver, er at hovedansvaret først og fremst ligger hos den enkelte, i familien og i nærmiljøet.

Helsepersonellets rolle er å støtte opp under dette ansvaret i samarbeid med foreldre, barn og unge. Tjenestenes mål og oppgaver er å bidra til optimal helse, bedre oppvekst og miljø for barn og unge. Til dette trengs det oversikt over befolkningens helse og uhelse for å kunne sette inn riktige tiltak. Sentrale arbeidsmåter/tiltak er helseopplysning, foreldreveiledning, helsesamtale, rådgivning, nettverksarbeid, samarbeid med andre om nærmiljøtiltak, oppsøkende virksomhet og gruppevirksomhet. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten vil også arbeide med særlig oppmerksomhet på barn og unge med spesielle behov. I arbeidet inngår å fange opp sårbare og utsatte grupper, tilrettelegge støttetilbud, iverksette spesielle tiltak, henvisning og nødvendig informasjon om hjelpetiltak fra andre instanser.

Norge ble medlem av nettverket «European Network of Health Promoting schools» i 1993. Nettverket er et samarbeid mellom WHO, EU og Europarådet. Norge er ett av 40 land som deltar i nettverket. Den norske delen følges opp gjennom prosjektet Helsefremmende skoler (HEFRES), som er et samarbeid mellom Sosial- og helsedepartementet og Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet. HEMIL-senteret ved Universitetet i Bergen har ansvaret for drift og koordinering for det europeiske nettverket i Norge. 10 skoler fordelt på 10 fylker ble i januar 1994 plukket ut til å delta i prosjektet på bakgrunn av innkomne søknader. Målet for en helsefremmende skole er å utvikle gode arbeidsstrategier for å fremme helse og trivsel blant alle i skolemiljøet. Det skal legges vekt på samarbeid mellom elever, lærere, foreldre og skolehelsetjeneste.

De 10 skolene har de tre siste skoleårene arbeidet med helsefremmende arbeid ut fra to strategier; individuelle og miljørelaterte strategier. Eksempler på individstrategier er tema knyttet til alkohol, narkotika og tobakk, fysisk aktivitet og kosthold. Innen mijøstrategiene har det vært fokus på tiltak som skal bedre det sosiale miljøet på skolen, og det har eksempelvis vært arbeidet med mobbing, klasseturer og sosiale aktiviteter for å samle skolen som enhet. Samtlige skoler har arbeidet med skolemiljøet, og mange har kombinert de to strategiene. Metodene i HEFRES egner seg spesielt til utvikling av prosjektbasert undervisning og miljøak-

tivitet, og er slik i overensstemmelse med Reform-97. Flere skoler rapporterer at samarbeidet med skolehelsetjenesten er blitt bedre, og at dette er svært viktig.

Nå arbeider skolene med å nedfelle tiltak som har fungert godt i en strategiplan for helsefremmende arbeid ved skolen. Denne inneholder både en læreplan med rammer for den tverrfaglige helseundervisningen samt en miljødel med fokus på vedvarende tiltak som skal bedre det sosiale miljøet og utvikling av beredskapsplaner som f.eks. håndtering av ulykker og konkrete mobbetilfeller. Denne planen skal sikre at det helsefremmende arbeidet ved skolen blir drevet videre også etter at prosjektet formelt er avsluttet.

Helsestasjons- og skolehelsetjenestens aktivitet, arbeid og prioriteringer

Helsestasjonsvirksomheten og skolehelsetjenesten er universelle tiltak, hjemlet i kommunehelsetjenesteloven. Helsestasjonsvirksomheten har som mål å nå alle sped- og småbarn og deres familier inntil barna når skolepliktig alder. Virksomheten gir vaksinasjon, helsekontroll og veiledning. I Norge er det er vel 420 000 barn under syv år, og det fødes over 60 000 barn årlig.

I 1997 var 2 713 årsverk knyttet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Helsesøstrene, jordmødre og annet personell står for ca. 82 prosent av årsverkene, mens fysioterapeutene og legene står for 18 prosent. I perioden 1987-96 har helsestasjons- og skolehelsetjenesten hatt en vekst på om lag 56 prosent målt i antall årsverk. Dette gjennomsnittet skjuler nok en stor variasjon mellom kommunene. Tallene forteller heller ikke fordeling av antall årsverk brukt i helsestasjon, grunnskole og videregående skole.

Data fra Statistisk sentralbyrå viser at det i årene fra 1986 til 1991 på landsbasis var årlige vekstrater på 5,5 prosent i antall årsverk utført i helsestasjonstjenesten, mens skolehelsetjenesten hadde en årlig vekstrate på 1 prosent i samme tidsrom. Økningen i årsverk må ses i sammenheng med opplysningene om at fødselstallet har steget med ca. 19 prosent fra 1985 til 1990. Når det gjelder tendensen i utvikling for skolehelsetjenesten antar en at det er liten endring fra 1991.

Når det gjelder legenes ressursinnsats har denne vært relativt stabil i hele perioden 1987-95, men samtidig har barnetallet økt. Fysioterapeutene har mer enn tredoblet sin innsats siden 1987. Kommunene har til dels store problemer med å besette helsesøsterstillinger, men antallet ubesatte stillinger er redusert fra 1994 til 1996 - fra 10 prosent ledige til 8 prosent.

Det vises for øvrig til 4.4.2 for oversikt over årsverk i kommunehelsetjenesten.

Kartlegging av det forebyggende arbeidet overfor barn og unge i norske kommuner

Kari Tove Elvbakken og John Gunnar Mæland ved Senter for forskning om helsefremmende arbeid, miljø og livsstil (HEMIL-senteret) gjennomførte våren 1996 to kartlegginger med sikte på å gi en karakteristikk av det forebyggende arbeidet overfor barn og unge i norske kommuner. Følgende spørsmål belyses i undersøkelsen:

- Hvilke ressurser og tema har det forebyggende arbeidet innenfor ulike tjenester?
- Hva vurderes som de viktigste utfordringene for det forebyggende arbeidet?
- Hva slags form og omfang har samarbeidet mellom kommunale instanser og mellom kommuner og andre i forebyggende arbeid?
- Hvordan ser kommunene på statlig innsats?

Undersøkelsen er basert på informasjon fra kommunenes rådmenn og medisinskfaglig rådgivende leger. Materialet består derfor av to spørreundersøkelser. Av alle

landets rådmenn (N=435) kom det svar fra 379 kommuner (87 prosent). Fra de medisinsk-faglig rådgivende legene kom det svar fra 311 kommuner (72 prosent). I tillegg kom det svar fra 24 bydeler i de tre kommunene der helsetjenesten er organisert på bydelsnivå. Her er det en viss skjevhet i utvalget, det var relativt færre svar fra de minste kommunene og relativt flere fra de aller største.

Antall helsestasjoner

Av undersøkelsen blant medisinsk-faglig rådgivende leger kom det fram at det i 308 kommuner er 708 helsestasjoner. Antallet helsestasjoner i hver kommune varierte fra en til 18. Bergen og Oslo inngår ikke i materialet. De medisinsk-faglig rådgivende legene brukte i gjennomsnitt 6 prosent av sin arbeidstid som medisinsk-faglig rådgivende leger til å arbeide i helsestasjoner. Andel av stillingen som ble brukt til dette arbeidet, varierte fra ingen til halvparten.

Hjemmebesøk til nyfødte

Møtet med helsestasjonene starter med at helsesøster foretar hjemmebesøk rett etter fødselen. I 1992 ble det gjennomført vel 49 600 første gangs hjemmebesøk til nyfødte. Det tilsvarer nesten 83 prosent av de nyfødte. Av undersøkelsen blant de medisinsk-faglig rådgivende legene ser det ut til at hjemmebesøk til nyfødte er rutine i de aller fleste kommunene. I gjennomsnitt ble det opplyst at 94 prosent av nyfødte fikk hjemmebesøk. Statistisk sentralbyrå fant at om lag 83 prosent av nyfødte fikk hjemmebesøk i 1992. Det vises til nærmere omtale av svangerskapsomsorgen i underkapittel 4.5.

Vaksinasjonsdekning

Gjennomføring av vaksinasjonsprogrammet er helsesøsters oppgave. Vaksinasjonsdekningen beregnes av Statistisk sentralbyrå. For 1992 ble henholdsvis 97.4 og 94.7 prosent av alle barn fullvaksinert mot difteri og polio. Vaksinasjonsdekningen var lavest på disse områdene i Oslo med henholdsvis 89 og 87 prosent (SSB 1994). Vaksinasjonsdekningen ble av de medisinsk-faglig rådgivende legene i vel 96 prosent av kommunene vurdert som tilfredsstillende

Prioritering av oppgaver i helsestasjonsvirksomheten

Tabell 4.3 viser de medisinsk-faglig rådgivende legenes vurderinger av prioriteringer av ulike oppgaver innenfor helsestasjonsvirksomheten.

Helsekontroll har i stor grad vært legens arbeidsområde, men helsesøster har overtatt ansvaret for en del av rutineundersøkelsene, som måling av høyde og vekt, hørseltesting, vurdering av motorisk utvikling, samt vurdering av språkutvikling. Helsekontroll prioriteres også høyt.

Forebyggingstema

De medisinsk-faglig rådgivende legene ble bedt om å vurdere hvor viktige ti oppgaver innenfor helsestasjonsvirksomheten var. Høy vaksinasjonsdekning, hjemmebesøk til alle nyfødte og helsekontroll ble angitt som de viktigste forebyggingstemaer. Helseopplysning og gruppebaserte tiltak er vurdert som det minst viktige tema for det forebyggende arbeidet.

Samarbeidspartnere for helsestasjonsvirksomheten

Tabell 4.4 viser i hvilken grad de medisinsk-faglig rådgivende legene prioriterte samarbeidet med barnevernet, pedagogisk-psykologisk tjeneste og frivillige organisasjoner.

Tabell 4.3: Prioritering av ulike samarbeidspartnere for helsestasjonsvirksomheten, i prosent

Prioritering av samarbeid	Svært høyt	Relativ høyt	Relativt lavt	Ikke prioritert
med barnevernet (n=298)	23	61	16	1
med PPT (n=301)	16	65	19	1

Tabell 4.3: Prioritering av ulike samarbeidspartnere for helsestasjonsvirksomheten, i prosent

med frivillige organisasjoner (n=290)	4	16	55	25

Skolehelsetjenestens arbeid og prioriteringer

I 1993 var det 446 400 elever i grunnskolen, og antallet forventes å øke fram til 2005. Dette har sammenheng med at fødselskullene fra 1985 økte. Fra 1993 til 2005 er det ventet at elevtallet i grunnskolen vil øke med 150 000 eller nesten en tredjedel. Om lag 60 prosent av økningen skyldes større barnekull, resten skyldes seksårsreformen (Nielsen 1995, SSB). Rådmenn i norske kommuner vurderer den politiske interessen for skolehelsetjenesten som svakere enn interessen for helsestasjonsvirksomheten. Samme vurdering ble gitt av de medisinsk-faglig rådgivende legene.

Skoler som tjenestearena

I denne undersøkelsen opplyste 287 medisinsk-faglig rådgivende leger at kommunene tilsammen hadde 1 911 grunnskoler (fra 1 til 42) og 286 videregående skoler. Ved alle disse skolene skal kommunehelsetjenesten drive forebyggende helsearbeid. Blant 178 leger ble i gjennomsnitt fire prosent av stillingen benyttet i denne tjenesten. Andelen varierte fra ingen andel til en fjerdedel av stillingen. Sammenliknet med situasjonen for helsestasjonsvirksomheten, arbeider altså medisinsk-faglig rådgivende leger noe mindre i skolehelsetjenesten.

Prioritering av oppgaver i skolehelsetjenesten

Tabell 4.5 viser de medisinsk-faglig rådgivende legenes vurderinger av prioriteringer av oppgaver innenfor skolehelsetjenesten.

Tabell 4.4: Prioriteringer av oppgaver i skolehelsetjenesten, i prosent.

Oppgaver	Svært høyt	Nokså høyt	Ganske lavt	Ikke prioritert
Vaksinasjon	77	22	1	0
Opplysningsvirksomhet	31	59	9	1
Helsekontroll	25	50	23	1
Gruppesamtaler	19	43	33	5

Forebyggingstema i skolehelsetjenesten

De medisinsk-faglig rådgivende legene ble også bedt om å gi en vurdering av hvor viktig de anså ulike forebyggingstema for å være. Vurderingen av viktigheten av forebyggingstema varierer bl.a. ut fra kommunestørrelse: Røyking, rusforebygging og psykososiale problemer. Overvekt er det temaet som oppgis å være lavest prioritert.

Samarbeidspartnere for skolehelsetjenesten

De medisinsk-faglig rådgivende legene ble spurt om en vurdering av hvilken prioritet samarbeidet med andre hadde for skolehelsetjenesten. Tabell 4.6 viser hvordan samarbeidet med skolen, pedagogisk-psykologisk tjeneste og barnevernet ble prioritert.

Tabell 4.5: Prioriteringer av samarbeid, skolehelsetjenesten, i prosent.

Prioritering av samarbeid	Svært høyt	Nokså	Ganske lavt	Ikke prioritert
med skolen	44	51	5	0
med PPT	34	54	11	0

Tabell 4.5: Prioriteringer av samarbeid, skolehelsetjenesten, i prosent.

med barnevernet	32	52	15	1

Hindre for skolehelsetjenesten

De medisinsk-faglig rådgivende legene ble spurt om hva de vurderte som viktige hindre for tjenesten. To tredjedeler av legene anfører mangel på personell som et hinder for arbeidet i skolehelsetjenesten, og over halvparten påpeker at små økonomiske ressurser er et hinder. Disse ressursmessige hindrene nevnes av klart flest. Andre hindre som trekkes fram, er mangel på faglig inspirasjon, mangel på redskap, lite samarbeidsvillig skole, lite støtte fra staten og mangel på kompetanse.

Statens helsetilsyn og fylkeslegene gjennomførte en kartlegging av skolehelsetjenesten i 1996. Kartleggingen var del av myndighetens tilsyn med kommunale helsetjenester.

For helsesøstre, leger, fysioterapeuter og andre ble skolehelsetjenesten bedt om å gi et grovt anslag over hvordan arbeidsinnsatsen fordelte seg ved skolen i skoleåret 95/96. For hver yrkesgruppe ble det bedt om anslag over fordeling av tiden i fire kategorier: vaksinering, individrettede helseundersøkelser, grupperettede tiltak og møter, reiser og annet.

Helsesøster bruker gjennomsnittlig 40 prosent av tiden på individrettede helseundersøkelser. Vel en femtedel av hennes tid, i snitt 25 prosent, brukes til vaksinering. Denne andelen varierer mye, fra omtrent ingen andel til at hele arbeidstiden går med til å vaksinere. Mindre, men nesten 17 prosent av tiden går med til grupperettede tiltak og 16 prosent til møter, reiser og annet arbeid. Legen bruker mest tid på individrettede helseundersøkelser, nesten 70 prosent av tiden brukes til slike undersøkelser. Nesten 40 prosent av dem som besvarte spørreskjema anførte at tidsbruken avvek fra det som var planlagt for våren 1996.

Både samtalegrupper, undervisning og individuelle konsultasjoner benyttes i skolehelsetjenesten i grunnskolen.

Psykososiale problemer som innsatsområde er det mest eller nest mest berørte tema på alle klassetrinn, bortsett fra i sjette klasse der dette temaet er det tredje mest berørte. Skolehelsetjenesten tar sannsynligvis opp dette temaet på ulike måter og med ulik vektlegging, men det er klart at psykososiale problemer er viktig i skolehelsetjenestens innsats. Samtidig må det understrekes at svært mange temaer kan rommes under denne etiketten.

Av alle temaer, er det tre temaer som på tre forskjellige klassetrinn tas opp av mer enn halvparten av skolene. Ernæring tas opp av nesten seks av ti skoler i første klasse, rusmidler og tobakk tas opp av 57 prosent av skolene i sjuende klasse og pubertetsutvikling tas opp av knapt 57 prosent av skolene i femte klasse.

I den videregående skolen er det først av alt få ressurser. En av fire skoler brukte overhodet ikke helsesøsterdagsverk. Bare 1/3 av skolene hadde hatt legedagsverk i løpet av første halvår 1996. I helsetjenesten i den videregående skolen er det arbeid for å hindre bruk av tobakk og rusmidler og arbeid knyttet til samliv, seksualitet og prevensjon som dominerer. Helsesøsterressursene brukes i hovedsak til individuelle konsultasjoner og i en viss utstrekning til undervisning.

Skolehelsetjenesten i den videregående skole har andre samarbeidspartnere enn tjenesten har i grunnskolen. Den viktigste forskjellen er at det samarbeides mer med elevenes organisasjoner i den videregående skole. Samarbeidet med barnevern og sosialkontor reduseres noe.

Helsestasjon for ungdom

I løpet av de siste årene har en rekke kommuner opprettet egne helsestasjoner for ungdom, delvis som et supplement til skolehelsetjenesten. Disse gir et gratis tilbud til all ungdom uavhengig av skole eller arbeidssted. Tilbudet kan bl.a. omfatte

generell rådgivning og veiledning i forhold til helseproblemer og livssituasjon, og rådgivning i forhold til seksualitet, samliv og prevensjon. Tilbudet baseres på faste åpningstider uten timebestilling, der personell er tilstede med tilbud om individuelle samtaler og eventuelt andre tiltak - et lavterskeltilbud.

Etablering av helsestasjon for ungdom har vært et av innsatsområdene i Handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort. En kartlegging i kommunene fra 1991 viste at bare 12 kommuner den gangen hadde etablert slik tjeneste (Mæland og Bonstra 1993). I en undersøkelse fra 1996 (Elvebakken og Mæland) hadde 91 kommuner etablert slik virksomhet.

Samarbeid om forebyggende arbeid for barn og unge

Det offentliges engasjement for barns og unges oppvekst er omfattende. Mens helsestasjoner og skolehelsetjeneste er universelle tjenester, skal barnevernet sørge for å gi barn som trenger det tiltak og oppfølging. De forebyggende helsetjenestene skal fange opp barn med helseproblemer eller problemer i omsorgssituasjonen. Offentlige dokumenter om helsetjenestens forebyggende arbeid og om tiltak og tjenester for barn og unge som står i fare for eller som er i en vanskelig omsorgssituasjon, vektlegger samarbeidet mellom helsestasjoner, skolehelsetjeneste og barnevernet. I en særstilling står de obligatoriske helsetjenestenes samarbeid med barnevern, skole og barnehage. Til skolesektoren hører også PPT (pedagogisk-psykologisk tjeneste).

Andre aktører i det forebyggende arbeidet

I kommunene er det også andre instanser som har ansvar for forebyggende tiltak. Gjennom undersøkelsen blant medisinsk-faglig rådgivende leger kom det fram at helsetjenesten i kommunene samarbeider med teknisk etat i en rekke sammenhenger. Det er bestemmelser om sammensetningen av kommunenes planutvalg, der barn skal ha sin representant. Noen kommuner har også helseopplysningskomiteer med representanter for så vel offentlige organer som frivillige organisasjoner.

Plan- og bygningsloven pålegger kommunene å sikre at barns interesser ivaretas særlig i kommunal planlegging. I 1989 ble det vedtatt rikspolitiske retningslinjer for å styrke barn og unges interesser i planleggingen. Samme år ble det vedtatt en endring i plan og bygningsloven § 9-1 om at kommunestyret skal utpeke en tjenestemann som talsperson for barns interesser i utarbeiding og behandling av planer i det faste utvalg for plansaker. Fra i alt 181 (66 prosent) av kommunene i undersøkelsen ble det opplyst at kommunen hadde en slik representant.

Kultursektoren og frivillige lag og organisasjoner bidrar sterkt til helsefremmende og forebyggende arbeid i barns og unges fritid.

Kontakthyppighet og kontaktformer

De medisinsk-faglig rådgivende legene ble bedt om å angi kontakthyppighet og å karakterisere kontakten mellom helsetjenesten og en rekke andre instanser, deriblant barnevern, skoleetaten og frivillige organisasjoner. Tabell 4.7 viser noen trekk ved samarbeidet, kontakthyppighet og kontaktformer mellom helsetjeneste og hhv barnevern, skoleetat og frivillige organisasjoner. Spørsmålet ble ikke spesielt relatert til noen enkelttjeneste.

Tabell 4.6: Kontakthyppighet og kontaktformer med barnevern, skoleetat og frivillige organisasjoner, i prosent.

Trekk ved kontakten	Barnevern	Skole- etaten	Frivillige organisasjoner

Tabell 4.6: Kontakthyppighet og kontaktformer med barnevern, skoleetat og frivillige organisasjoner, i prosent.

Kontakt ukentlig	21	31	1
Kontakt månedlig	49	42	8
Kontakt sjelden	28	24	71
Ikke kontakt	2	3	19
Enkeltsaker	36	20	35
Rutinemessig	23	36	3
Prosjektkontakt	1	2	14
Flere kontaktmåter	40	36	4

4.4 SAMFUNNSMEDISIN OG ÅRSVERK I KOMMUNEHELSETJENESTEN

4.4.1 Status innen samfunnsmedisinen

Samfunnsmedisin er legespesialistens ansvarsområde innen folkehelsearbeidet. Samfunnsmedisin, som praktisk arbeid i norske kommuner og fylker, er medisinsk-faglig rådgivning, helseforvaltning og ledelse av helsetjenester. Medisinsk-faglig rådgivning er rådgivning til samfunnet om hva man bør satse på for å bedre befolkningens helse. Det innebærer å legge til rette gyldig og relevant medisinsk kunnskap for politiske og administrative beslutningstakere. Samfunnsmedisineren løser sin oppgave bl.a. ved å bedømme risiko for sykdom og helseskade i befolkningen, behov for helsetjenester og gjennom konkrete vurderinger av hvilke helsefremmende, forebyggende, behandlende og rehabiliterende tiltak samfunnet bør iverksette. Rådgivning er i dagens praksis særlig tydelig når det gjelder smittevern, miljørettet helsevern, kommunalt planarbeid, organisering av helsetjenester og helsemessig beredskap.

Samfunnsmedisinsk rådgivning må bygge på kunnskap om og overvåkning av det som kan skape sykdom, f.eks. dårlige levekår og livsstil, av utviklingen i helse, sykdom og helserelatert livskvalitet. Samfunnsmedisinerne har mange steder et ledelsesansvar for hele eller deler av kommunens helsetjeneste.

Konkret gjennomføring av oppgaver mht forebyggende arbeid, klagesaksbehandling, kvalitetssikring, sosialmedisinsk arbeid mm er dels tillagt den lokale samfunnsmedisineren (kommunelegen) direkte i lover eller forskrifter, dels pålagt av overordnet kommunalt organ og er viktige deler av det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunene.

Hvis beslutningstakere skal kunne treffe fornuftige valg i løsningen av nærmere definerte helseproblemer, trenger de informasjon om:

– Helseproblemets utbredelse
– Effekter av tiltak som kan påvirke helseproblemet
– Hvilke verdier eller meninger man må ta hensyn til
– De økonomiske konsekvenser

Det er samfunnsmedisinerens oppgave å legge fram denne informasjonen. Medisinsk kunnskap alene dikterer ingen beslutning om viktige folkehelsespørsmål. Men sammen med kjennskap til økonomiske konsekvenser og informasjon om de individuelle eller samfunnsmessige verdistandpunkter som skal tillegges vekt, kan medisinsk kunnskap spille en avgjørende rolle. Særlig viktig er medisinsk kunnskap om positive og negative effekter av virkemidler i folkehelsearbeidet, f.eks. spørsmålet om helsestasjon for ungdom faktisk reduserer antall tenåringssvangerskap eller om

et slikt tiltak tvert i mot fører til økt oppmerksomhet om seksualitet, tidligere debutalder og økt risiko for uønskede svangerskap.

Kommunelege I (og bydelsoverlegene) er lokalsamfunnets medisinsk-faglige rådgiver og den viktigste samfunnsmedisiner i Norge. På statlig nivå gir samfunnsmedisinere råd fra forskjellig ståsted som for eksempel Statens institutt for folkehelse, Statens Helsetilsyn, Statens helseundersøkelser, Statens tobakksskaderåd og Sosial- og helsedepartementet. På fylkesnivå fører fylkeslegeetaten tilsyn med helsetjenesten, mens fylkeshelsetjenesten organiserer driften av de helsetjenester fylket har ansvaret for, og kommunen de helsetjenester kommunen har ansvaret for. Samfunnsmedisinere - med eller uten formell utdanning og spesialitet i samfunnsmedisin - arbeider på alle disse nivåene. Det vises til Delutredning I. Her går det fram at det per 18.12.97 var godkjent 520 spesialister i samfunnsmedisin. Av de 460 som var yrkesaktive, og som man kjente nåværende stilling til, arbeidet 216 i kommunehelsetjenesten (i hel eller deltids fastlønnsstilling), 74 i privat allmennpraksis og 8 fastleger. De øvrige 162 arbeidet på fylkes- eller statlig nivå.

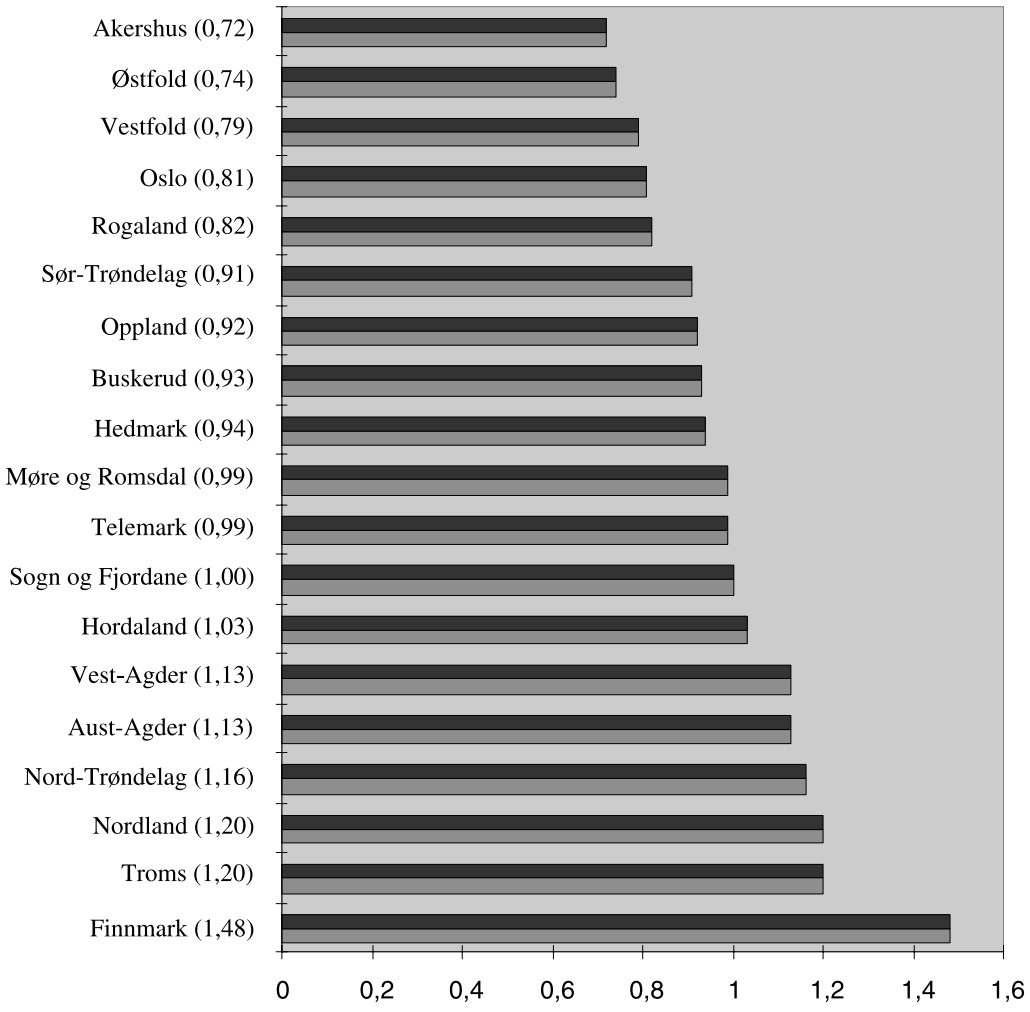
(Kilde: Den norske lægeforening).

Den desentraliserte samfunnsmedisinske tjeneste i Norge er vesentlig forskjellig fra den man f.eks. finner i Danmark der samfunnsmedisinere bare finnes på fylkesnivå.

For nærmere omtale av status vises det til Delutredning I og til Betty Pettersens undersøkelse om samfunnsmedisin i landets kommuner som er trykket i sin helhet i Vedlegg 4.

4.4.2 Årsverk i kommunehelsetjenesten

I figur 4.1 nedenfor er det vist dekningsgrad av ulike personellgrupper som leger, fysioterapeuter, helsesøstre og jordmødre i kommunene i 1995 fordelt på fylker.



Figur 4.1 Årsverk i kommunehelsetjenesten, per 1 000 innbyggere, 1995.
Antall utførte årsverk i kommunehelsetjenesten per 1 000 innbyggere. Årsverkene gjelder både leger, fysioterapeuter, teknisk/hygienisk personell og annet personell i kommunehelsetjenesten. I tillegg kommer årsverk i skole og helsestasjonstjeneste, unntatt årsverk utført av leger og fysioterapeuter (disse teller med under den generelle kommunehelsetjenesten).

Kilde: Statistisk sentralbyrå/kommunedatabasen ved NSD

Legeårsverk

Statistikk fra Statistisk sentralbyrå (US nr. 35 1997) viser at antall utførte årsverk av leger i kommunehelsetjenesten har vært stigende i 1990-årene, fra 3 016 årsverk i 1990 til 3 345 i 1997.

Når det gjelder stillingstype fortsetter dreiningen fra leger på fast lønn til leger med avtale. Antall utførte årsverk utført av leger med avtale har steget fra 1 530 i 1990 til 2 176 i 1997, mens tilsvarende tall for leger på fast lønn representerer en reduksjon fra 1 150 til 756.

Dersom en går bak tallene i figur 4.1, er det noe fylkesvis variasjon mht legedekning i kommunehelsetjenesten. Det er flest legeårsverk i kommunehelsetjenesten per 1 000 innbyggere i Finnmark (1,5) og færrest i de tettest befolkede områdene rundt Oslofjorden (0,7 til 0,8). Det er flest legeårsverk i kommunehelsetjenesten per

1 000 innbyggere i kommuner med mindre enn 3 000 innbyggere. Legedekningen er jevnt fallende når kommunen blir større, men det er liten forskjell i legedekning mellom kommuner med mer enn 7 000 innbyggere.

Fysioterapiårsverk

Antall utførte årsverk av fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten har også vært stigende i 1990-årene, fra 2 623 årsverk i 1990 til 3 247 i 1997.

Når det gjelder stillingstype har det vært en motsatt tendens enn for leger, dvs. en dreining fra fysioterapeuter med avtale til fysioterapeuter på fast lønn. Antall utførte årsverk utført av fysioterapeuter på fast lønn har steget fra 419 i 1990 til 910 i 1997, mens tilsvarende tall for fysioterapeuter med avtale utgjør en svak reduksjon fra 2 070 til 2 034.

Fysioterapiårsverk i kommunehelsetjenesten per 1 000 innbyggere varierer lite mellom kommunene om en ser dem fylkesvis. Det er flest fysioterapiårsverk i kommunehelsetjenesten per 1 000 innbyggere i de aller minste kommunene (under 1 000 innbyggere) og i kommuner med mer enn 18 000 innbyggere.

Helsesøsterårsverk

Antall helsesøsterårsverk i kommunehelsetjenesten har økt fra 1 193 i 1990 til 1 571 i 1997.

Antall helsesøsterårsverk i kommunehelsetjenesten per 1 000 innbyggere er høyest i Finnmark og lavest i fylkene rundt Oslofjorden og i Rogaland. Det er flest helsesøsterårsverk per 1 000 innbyggere i kommuner med mindre enn 3 000 innbyggere.

Jordmorårsverk

Det vises til egen omtale under *"Status for forebyggende arbeid i Norge"* i kapittel 4.5 for nærmere oversikt over jordmorårsverk. Jordmordekningen per 100 fødsler er høyest i Telemark. Den er også relativ høy i spredtbygde fylker som Sogn og Fjordane, Nord-Trøndelag og Nordland, mens dekningen er lavest i de folkerike fylkene rundt Oslofjorden.

Psykologårsverk

Det er ca. 3 000 psykologer totalt i Norge. Av disse er hver 8. eller noe over 12 prosent ansatt i kommunene. Blant de kommunalt ansatte fordeler psykologer seg slik: Det er 345 psykologer i Pedagogisk Psykologisk Tjeneste, 77 kommunepsykologer og et titalls helsestasjonspsykologer.

Helsestasjonspsykologer

Helsestasjonspsykologene hjelper småbarnsfamilier gjennom kriser og vanskeligheter. De satser på å treffe familiene tidlig for om mulig å forebygge skader. Gjennom en samfunnspsykologisk vinkling prøver psykologer på helsestasjonene å skape bedre levekår i lokalsamfunnet for småbarnsfamiliene. Sekundærforebygging for funksjonshemmede barn innebærer store utfordringer. Her samarbeider etatene på høyeste plan for bevilgninger til spesialundervisning, barnehageplass, fysioterapi, avlastning, støttekontakter o.l. Samtidig er foreldrene samlet i grupper og opplever styrken og trøsten i fellesskapet. Det er svært få kommuner i Norge som har egen helsestasjonspsykolog, i alt er det bare et titalls helsestasjonspsykologer.

Kommunepsykologer

Kommunepsykologstillinger er en relativt ny type stilling for psykologer. Det er registrert 77 kommunepsykologer. Det er en økende tendens til nyopprettelser av slike stillinger i norske kommuner. Stillingene er plassert i sosialtjenesten. Satsingsområder er voksne funksjonshemmede, rusforebyggende arbeid og sorggrupper. I tillegg kan kommunepsykologene styrke den desentraliserte psykiatrien og det tverrfaglige utviklingsarbeidet.

Psykologer i Pedagogisk Psykologisk Tjeneste (PPT)

Foreldre i alle kommuner har rett til rådgiving, utarbeiding av tiltak og oppfølging for sine barn som de eller andre sakkyndige er bekymret for. Det er skoleverket som skal oppfylle denne rettigheten gjennom den lokale Pedagogisk Psykologisk Tjeneste. Psykologene her arbeider i likhet med de andre fagpersonene, i nær tilknytning til hjem, barnehage og skole. Psykologer jobber tverrfaglig og tverretatlig i kommunenes PPT. Arbeidsprofilene peker i retning av gradvis større vekt på systemrettet arbeid og forebygging. Dette krever en økt bevisstgjøring av en kompleks og sammensatt psykologrolle. Psykologer behersker metodikk innen konsultasjon, samarbeid, systemarbeid og lokalt prosjektarbeid. I 1997 var det registrert 285 Pedagogisk-psykologisk tjenestekontorer i landet. Små kommuner slår seg sammen om felles interkommunale kontorer slik at det er færre enn totalt antall kommuner tilsier. Totalt 1 539 fagpersoner er registrert, derav utgjør de 342 psykologene noe over en femtedel av fagpersonalet (Helland, 1997).

Det er store kommunale forskjeller i forholdstallet mellom en psykologstilling og hvor mange barn som skal ivaretas. PPT i Oslo feiret 50 års jubileum i fjor. Over 100 spesialister bidrar til at ca. 7 000 barn og unge får hjelp hvert år i hovedstaden. Denne skolebaserte rådgivningstjenesten i Oslo har 60 psykologer og er den største samlingen av psykologer i en operativ enhet i landet. Men sett i forhold til barnetall har Oslo et lavt antall fagpersoner. I Oslo må hele 1 134 barn «dele» på en fagperson, mens i Finnmark er tilsvarende tall 362 barn per fagperson. I Akershus fylke er det en fagperson (psykolog, pedagog, sosionom, spesialpedagogikk ol.) per 654 barn.

4.5 SVANGERSKAPSOMSORGEN

Svangerskapsomsorgen og det forebyggende helsearbeidet i barnealderen er en av de eldste forebyggende helsetjenester vi har. Fra først å være en oppgave for de filantropiske bevegelsene i begynnelsen av hundreåret, ble det etter Den norske lægeforenings initiativ en oppgave for det offentlige helsevesen med statsstøtte (Seip, Anne-Lise (1994): Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920-75).

Ved innføring av kommunehelsetjenesteloven i 1982, omfatter forskrift om helsestasjonsvirksomhet også svangerskapsomsorgen. Helsedirektoratet gav i 1990 retningslinjer for arbeidet (Rundskriv IK-19/90). Formålet med svangerskapsomsorgen er:

- Å forebygge medfødte og ervervede sykdommer, også tannsykdommer og skader blant barn.
- Å fremme barns fysiske, psykiske og sosiale helse.

Det er senere kommet en del endringer og justeringer til forskriftene, hvorav det viktigste er at jordmortjenesten er en obligatorisk deltjeneste i kommunehelsetjenesteloven.

I NOU 1984:28 Helserådstjenesten ble hensikten med svangerskapsomsorgen formulert som at den skal:

- Sikre at svangerskap og fødsel forløper på en naturlig måte, slik at morens somatiske og psykiske helse og hennes sosiale velvære blir best mulig.

– Sikre fosterets helse, slik at det kan fødes levedyktig og uten sykdom eller skade som kunne vært forhindret.
– Oppdage og behandle sykdom og andre helsetruende forhold hos moren slik at svangerskapet medfører minst mulig risiko for henne og barnet.

Personell i svangerskapsomsorgen er lege, gynekolog, jordmor og helsesøster. Kvinnen kan i prinsippet velge hvilken yrkesgruppe hun ønsker å benytte ved kontrollene.

Jordmortjenesten

Obligatorisk jordmortjeneste ble innført fra 1. januar 1995 jf Ot.prp. nr. 60 Om lov om endringer i lov av 19. november 1982 om helsetjenesten i kommunene. Inntil 1. januar 1995 har kommunene kunnet velge om de ville gi befolkningen et tilbud om svangerskapskontroll- og omsorg ved jordmor i tilknytning til helsestasjon.

Statistikk fra Styrings- og informasjonssystemet for helse- og sosialtjenesten i kommunene (sammenlikningstall for kommunene 1998, tabell 15 Personellkategorier 1997) viser at det per 31. desember 1998 var 372 kommuner av 434 som har jordmortjeneste knyttet til svangerskapsomsorgen direkte eller ved interkommunalt samarbeid/samarbeid med 2. linjetjenesten. I Oslo og Bergen har alle bortsett fra 3 bydeler tilsvarende ordninger. Dette er om lag 86 prosent av landets kommuner. Som det går fram av tallene har de aller fleste kommunene jordmortjeneste direkte knyttet til svangerskapsomsorgen - 80 prosent. I underkant av 11 prosent av kommunene har ikke slike ordninger. Bare vel 3 prosent av kommunene har ikke gitt opplysninger. Vi vet derfor ikke hvordan jordmortjenesten er organisert der.

Fylkeskommuner med flest kommuner som baserer seg på interkommunalt samarbeid eller samarbeid med 2. linjetjenesten er: Sogn og Fjordane (5 kommuner), Troms (6 kommuner) og Nordland (7 kommuner). De fylkeskommunene som har flest kommuner (mer enn 3) uten tilbud om jordmortjeneste knyttet til svangerskapsomsorgen direkte eller ved interkommunalt samarbeid/ samarbeid med 2. linjetjenesten er: Sør -Trøndelag (4 kommuner), Østfold, Buskerud og Nordland (5 kommuner hver), Møre og Romsdal (6 kommuner) og Hordaland (9 kommuner).

Sammenliknet med statistikk for 1996 da 70 kommuner var uten tilbud om svangerskapskontroll ved jordmor, var det 47 kommuner per 31. desember 1997 som ikke hadde et slikt tilbud. Sammenlikner vi med Den Norske Jordmorforenings undersøkelse våren 1997, er situasjonen også bedret.

Av i alt utsendte 465 spørreskjema til helse- og sosialsjefene i kommunene fikk foreningen svar fra 390, dvs. en svarprosent på 83.

På undersøkelsestidspunktet hadde totalt 370 kommuner/bydeler av 390 opprettet jordmortjeneste. Videre hadde 244 kommuner/bydeler jordmortjeneste i egen regi, 78 kommuner hadde opprettet interkommunalt samarbeid om jordmortjenesten og 38 kommuner/bydeler hadde inngått avtale om å kjøpe tjenester fra sykehus.

Av disse 370 kommunene/bydelene hadde 28 kommuner/bydeler vakante stillinger pga svangerskapspermisjoner eller vanlig ubesatte stillinger. De fleste av disse kommunene/bydelene svarte at de hadde problemer med å skaffe søkere.

Totalt hadde 20 kommuner/bydeler ikke opprettet jordmortjeneste. Noen få av disse kommunene begrunnet dette med at de hadde så lavt innbyggertall/fødselstall at de ikke så det hensiktsmessig med kommunal jordmortjeneste (5-10 fødsler i året). De fleste begrunnet ikke hvorfor de ikke hadde opprettet slik tjeneste.

Ingen av de 20 kommunene/bydelene hadde inngått interkommunalt samarbeid eller avtale om kjøp av tjenester fra sykehus.

Undersøkelsen viste at det totalt var ca. 400 jordmødre som har et ansettelsesforhold i kommunejordmortjenesten. Ca. 320 var ansatt i kommune med egen jordmortjeneste, mens ca. 80 var ansatt i kommuner/bydeler som samarbeider med andre interkommunalt.

Størrelsen på de kommunale jordmorstillingene varierer fra 5 prosent til 100 prosent stillinger. Nedenfor står antallet jordmødre i de forskjellige stillingsbrøker. Stillingsbrøker på over 60 prosent er ikke tatt med.

- 1-9 prosent stilling = 9 stillinger
- 10-19 prosent stilling = 17 stillinger
- 20-29 prosent stilling = 80 stillinger
- 30-39 prosent stilling = 17 stillinger
- 40-49 prosent stilling = 19 stillinger
- 50-59 prosent stilling = 110 stillinger

Det er en markert opphopning av antall jordmødre som er ansatt i 20-29 prosent stilling og i 50-59 prosent stilling.

Bruk av sted og profesjon ved svangerskapskontrollene

Som nevnt har det skjedd en utvikling med hensyn til jordmorprofesjonens rolle i svangerskapsomsorgen etter at kommunene ble pålagt å gi tilbud om svangerskapskontroll ved jordmor tilknyttet helsestasjon. Likevel er det fortsatt allmennlegene som foretar flest svangerskapskontroller ved utgangen av 1996. En undersøkelse foretatt av Statistisk sentralbyrå (SSB: Rapport 98/11 Hvordan møter småbarnsfamiliene helsetjenesten) i samarbeid med Statens institutt for folkehelse, viser at det per 31. desember 1996 var 43 prosent som brukte allmennlege, og ytterligere 22 prosent som brukte allmennlege i kombinasjon med andre yrkes grupper. Helsesøstre blir bare i liten grad benyttet i svangerskapskontrollene. Tabell 4.8 viser en oversikt over svangerskapskontroller fordelt på yrkesgrupper.

Tabell 4.7: Yrkesgruppe som ble benyttet ved svangerskapskontrollen. Prosent (N=6577)

Yrkesgruppe/kombinasjoner*)	Andel svangerskapskontroller, prosent
Allmennlege	43
Jordmor/allmennlege	18
Jordmor	18
Gynekolog	7
Jordmor/gynekolog	6
Allmennlege/gynekolog	3
Jordmor/helsesøster	2
Jordmor/allmennlege/ gynekolog	1
Andre kombinasjoner	2

*) I overkant av 8 prosent av respondentene oppgav ikke hvilken yrkesgruppe de hadde brukt ved svangerskapskontrollene, eller hvor svangerskapskontrollene ble foretatt.

Kilde: SSB, rapport 98/11, Hvordan møter småbarnsfamiliene helsetjenesten

Svarpersonene i nevnte undersøkelsen fikk spørsmål om hvilket sted de oftest gikk til ved svangerskapskontrollene. Et flertall, over 58 prosent brukte legekontor. Mange benyttet også helsestasjon, til sammen 21 prosent. Disse to alternativene er de vanligste. Tabell 4.9 viser en oversikt over stedsvalg.

Tabell 4.8: Sted for svangerskapskontroll. Prosent (N=6588)

Yrkesgruppe/kombinasjoner *)	Andel svangerskapskontroller, prosent
Legekontor	58
Helsestasjon	21
Sykehus	6
Helsestasjon og legekontor	9
Legekontor og sykehus	4
Helsestasjon og sykehus	1
Andre kombinasjoner	1

*) I overkant av 8 prosent av respondentene oppgav ikke hvilken yrkesgruppe de hadde brukt ved svangerskapskontrollene, eller hvor svangerskapskontrollene ble foretatt.

Kilde: SSB, rapport 98/11, Hvordan møter småbarnsfamiliene helsetjenesten

Oversikter over geografiske variasjoner i sted som ble benyttet og valg av yrkesgruppe viser store forskjeller mellom fylker og sentralitetsnivåer. For eksempel benytter 19 prosent av respondentene i Østfold sykehus ved svangerskapskontrollene, mens andelen var mellom 1 og 9 prosent i de andre fylkene. I små og perifere kommuner er det en relativt stor andel som benytter helsestasjonene, og det er sjelden kontrollene foregår hos gynekolog eller i sykehus.

Ultralydundersøkelser

Ultralydundersøkelser tilbys alle gravide som ledd i en rutinebasert svangerskapsomsorg. Analyse av nevnte SSB undersøkelse viser at det er type tilbud, eller yrkesgruppe som ble benyttet, som i størst grad er avgjørende for hvor mange ultralydundersøkelser den gravide hadde i svangerskapet. I følge undersøkelsen var det bare 31 personer, eller 0,5 prosent av de som svarte, som ikke gikk til kontroller ved siste svangerskap. Undersøkelsen viste at det var store kontraster i bruk av ultralydundersøkelse mellom de som brukte gynekolog, og de som brukte andre yrkesgrupper eller kombinasjoner av yrkesgrupper. Av de som brukte gynekolog, hadde 82 prosent hatt flere enn tre ultralydundersøkelser, mens dette tallet lå på mellom 19 og 34 prosent for de som benyttet andre eller kombinasjoner av yrkesgrupper. Til en viss grad hadde faktorer som høy alder, lav fødselsvekt og sykdommer i barnets første leveår betydning for omfanget av ultralydundersøkelser som ble gitt. Dette antyder at barn og gravide med høyere sannsynlighet for komplikasjoner også får flere ultralydundersøkelser. Betydningen av disse faktorene var klart mindre enn yrkesutøverens profesjonsbakgrunn. Som for bruken av spesialiserte tilbud var også høyinntektsgruppene overrepresentert blant de som fikk hyppige ultralydundersøkelser.

Brukernes tilfredshet med svangerskapskontrollen

Det er en høy grad av generell tilfredshet med svangerskapskontrollene. Analysen av brukernes tilfredshet viser at yrkesutøverens profesjonelle bakgrunn spiller en nøkkelrolle. De som brukte allmennlege er klart mindre fornøyde, spesielt de som ikke benyttet en fast lege. Brukernes subjektive vurderinger av tjenestetilbudet har klare svakheter som kvalitetsindikatorer. Undersøkelsen viste bl.a. at personer som uttrykte en generell misnøye med tilværelsen også har mer negative erfaringer med svangerskapskontrollene.

4.6 MILJØRETTET HELSEVERN

Miljørettet helsevern omfatter det tilsyns- og tiltaksansvar kommunene tillegges og dessuten de sentrale områdene etter kommunehelsetjenesteloven:

- oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne,
- medvirkning til at helsemessige hensyn blir ivaretatt i andre sektorer bl.a. gjennom råd og uttalelser og ved deltakelse i plan- og samarbeidsorganer som blir opprettet, samt
- plikt til å gi informasjon om de samme forhold.

Det vises til *"Lovgrunnlag og definisjoner"* i kapittel 3 for en mer utdypende omtale av hva miljørettet helsevern omfatter samt lovgrunnlaget.

4.6.1 Miljørelaterte sykdommer

Mennesker eksponeres til stadighet for fysiske, kjemiske og biologiske faktorer gjennom mat, vann, luft og gjennom hud. Mange av disse eksponeringene forekommer i så lav grad at helseeffekter ikke blir utløst. Det er ytterst sjelden at miljøforurensning fører til spesifikke sykdomstilstander som er forskjellige fra de som vanligvis forekommer. Noen mennesker kan være særlig følsomme overfor miljøeksponeringer. Dette kan skyldes arvede anlegg, alder, helsetilstand og ernæring.

Miljøfaktorer som årsak til kreft

Mekanismen bak kreftsykdommer er endringer i arvestoffet som medfører ukontrollert cellevekst. Det skjer stadig slike mutasjoner i cellene, men de fleste har ingen konsekvenser eller fører til celledød. Når mutasjonene rammer såkalte kreftgener (onkogener og tumorsupressorgener) kan cellens vekstregulering komme ut av balanse. Mange kjemiske og fysiske (ionseriende og ultrafiolett stråling) stoffer er mutagene. Miljøfaktorer kan i noen tilfelle virke sammen slik at de forsterker hverandre. Vanligvis utsettes mennesker for lavere doser av stoffene enn de dosene som anvendes for å fremkalle kreft i dyremodeller. Det er krevende å utelukke krefteffekter av lave doser miljøeksponeringer fordi det trengs omfattende epidemiologiske studier der personene følges gjennom flere tiår. Det er vanskelig å skjelne de induserte mutasjoner i DNA-molekyler fra bakgrunnsnivået av spontane mutasjoner.

Mutasjoner som rammer kjønnscellene kan trolig føre til en lang rekke arvelige sykdommer (kromosomfeil eller enkeltgensykdommer) hos barn. Enkelte mennesker er født med mutasjoner som disponerer for kreft. Denne disposisjonen kan være sterk slik at kreft vil utvikles uansett hvilket miljø personene lever i. Disposisjonen kan være svakere hos andre, slik at miljøfaktorer må komme i tillegg. Det ser ut som mange kreftsykdommer kommer i stand først når begge genene som koder for en vekstregulerende egenskap har gjennomgått en mutasjon. Kreftutviklingen er ofte svært langsom i startfasen. Det kan gå mange år fra en person påvirkes av kreftfremkallende stoffer til sykdommen påvirkes. Fra yrkeslivet kjenner man flere eksempler på eksponering for miljøfaktorer som har medført kreft, f.eks. asbesteksponering og kreft i lungehinnen og eksponering for benzidin og urinblærekreft.

Sammenhengen mellom tobakksrøyk og lungekreft er sterk. I større undersøkelser er det også påvist øket risiko for lungekreft for personer som utsettes for langvarig passiv røyking. Det er også gode holdepunkter for at eksponering for luftforurensninger i byer og tettsteder gir et visst bidrag til den totale lungekrefthyppighet.

Sammenhengen mellom eksponering for radon og senere utvikling av lungekreft er kjent fra studier av personer som har arbeidet i urangruver, der dosene

av radon er høye. På basis av en antakelse om en lineær sammenheng mellom stråledose og biologisk effekt har man antatt at personer som er utsatt for relativt høye doser radon i bolighus kan ha en økt risiko for lungekreft. En stor undersøkelse i Sverige har funnet en slik sammenheng, noe som støttes av andre, men ikke alle epidemiologiske undersøkelser. I den svenske studien var det et samspill mellom radon og røykevaner, slik at radon særlig hadde uheldig effekt for røykere. Med bakgrunn i den radoneksponering som har foreligget i norske boliger er det beregnet at 100-300 lungekreftdødsfall per år i Norge skyldes radon.

I Norge har vi sett et klart fall i hyppigheten av magekreft. Dette kan ha sammenheng med kostfaktorer (mindre bruk av saltet og speket mat, økt bruk av grønnsaker) eller med en spesiell bakterie (Helicobacter pylori). Tilsvarende kan man se økningen i forekomst av lungekreft hos kvinner i sammenheng med røykevaner. Noen hormonrelaterte kreftformer (brystkreft, prostatakreft, testikkelkreft) har økt markant i løpet av de siste tiår, uten at man vet hvilke miljøpåvirkninger som kan være involvert.

Geografiske forskjeller i kreftforekomst kan også skyldes miljøfaktorer. I Norge er det mest tydelig for ondartet føflekksvulst, som forekommer hyppigst i Sør-Norge, og som har sammenheng med eksponering for ultrafiolett lys. Det er små forskjeller i kreftforekomst mellom by og land. Kreftforekomsten er høyest i Oslo, og dette kan ha sammenheng med livsstil og miljøfaktorer, men kan også ha sammenheng med diagnostikk.

Man har vært bekymret for at eksponering for ulike stoffer i fosterlivet kan gi senere kreft. Det har vært usikre funn når det gjelder senere kreftutvikling hos barn som er utsatt for mors røyking i svangerskapet. Det er kjent at høye doser av et tilført kunstig kjønnshormon i begynnelsen av svangerskapet kan senere gi skjedekreft hos jenter og muligens testikkelkreft hos gutter. Barn av landbrukere er vist å ha en 2-3 gangers økning av en sjelden type hjernekreft. Videre vet man at høye doser av røntgenstråler i fosterlivet er assosiert med senere forekomst av blodkreft. Oppfølging av personer som ble eksponert for atombombene i Hiroshima og Nagasaki i fosterlivet har vist en klar økning i forekomsten av kreft i voksen alder. Overhyppigheten av kreft er av omtrent samme grad som for barn som ble rammet av stråling fra atombomber i alderen 0 til 9 år.

Miljøfaktorer som årsak til arvelig sykdom

Arvelige sykdommer er sykdommer som skyldes feil ved enkeltgener eller feil ved kromosommønsteret, og sykdommene oppstår som følge av mutasjoner i kjønnsceller, men de fleste av cellene med endret arvestoff vil dø. Man mener at omtrent 1 prosent av alle nyfødte kommer til å utvikle en alvorlig enkeltgensykdom i løpet av livet, og at noe under 1 prosent fødes med en kromosomfeil som gir sykdom.

Kjemiske stoffer kan utløse kjønnscellemutasjoner hos forsøksdyr. Men det har vært vanskelig å vise at eksponering for miljøfaktorer har ført til økt hyppighet av arvelige sykdommer hos mennesker. Dette skyldes kanskje at det har vært vanskelig å finne (og å følge lenge nok) grupper av personer som man vet har vært utsatt for stoffer som kan være mutagene. Data fra barn av dem som ble utsatt for atombombebestråling i Japan har så langt ikke vist noen sikker overhyppighet av arvelige sykdommer.

Gir miljøforurensningen økning av luftveissykdommer og allergier?

Undersøkelser i andre land viser sammenhenger mellom luftforurensninger og lunge- og luftveissykdommer. Det er også funnet sammenhenger mellom eksponering for luftforurensninger og varighet av sykdommer/symptomer samt forverring av disse. Sammenhengene ble observert ved nivåer av forurensning som ikke er uvanlige i større byområder i Norge. Best undersøkt i den generelle befolkning er effek-

ter av eksponering for en fraksjon av svevepartikler (PM_{10}) og SO_2, mens det finnes færre kunnskaper om NO_2 og ozon. Det foreligger få norske undersøkelser om dette. I Grenlands- og Vålerengaundersøkelsene fant man sammenhenger mellom selvrapporterte plager og eksponering for henholdsvis nitrat/ozon og CO som indikatorer for forurensning fra biltrafikk, og undersøkelser i Oslo og Årdal viste også sammenheng mellom plager og luftforurensning.

Hyppigheten av kronisk bronkitt er økende i Norge. Røyking synes å være den viktigste risikofaktoren, men også andre luftforurensninger vil kunne spille en rolle. Det foreligger to større undersøkelser av forekomsten av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) i Norge. For 6,1 prosent menn og 3,7 prosent kvinner (av alle dødsfall) var KOLS den underliggende dødsårsak i 1988. Fra 1952 til 1988 økte antall registrerte dødsfall på grunn av KOLS nesten til det dobbelte. Det er enighet i fagmiljøene om at den rapporterte økningen ikke bare skyldes endret diagnostikk, men også representerer en reell økning. I den grad økningen i dødeligheten på grunn av KOLS skyldes røyking, forventes det en videre økning hos kvinner i de kommende år som følge av utviklingen for røykevaner.

Astma, høysnue og barneeksem (atopisk eksem) som er nær knyttet til luftveisallergiene utgjør et stort helseproblem. Det er usikkert om det har funnet sted noen økning i forekomsten. Det er ikke sikre holdepunkter for noen forskjell mellom by og land. Nyere undersøkelser i Nordland, Troms og Finnmark og i Telemark har vist om lag samme forekomst (livstidsprevalens hos skolebarn) av astma, mellom 7.2 og 9.0 prosent. Forekomsten av eksem knyttet til luftveisallergi synes å ligge på 10-13 prosent i Nordland, Troms og Finnmark og i Telemark. Livstidsprevalensen av høysnue blant skolebarn er funnet å ligge på omlag 15-18 prosent. Det er akseptert i fagmiljøene at miljøfaktorer er av betydning både for utvikling av allergi og for utløsning av anfall og forverring av sykdom hos etablerte allergikere. Eksponering for allergener er en absolutt forutsetning for utvikling av allergiske lidelser, og større utbredelse og høyere nivåer av allergener øker forekomsten. I innemiljøet er allergener fra kjæledyr og husstøvmidd de viktigste, og særlig knytter det seg interesse til allergenene fra midd. Det at en av energisparingshensyn har bygget tettere hus enn tidligere, kan ha medført økt middforekomst i norske hjem, men det foreligger ennå ikke dokumentasjon.

Utover eksponering for allergener vet vi lite om årsakene til utvikling av allergi. En amerikansk befolkningsbasert studie har konkludert med at anslagsvis 7,5 prosent av astma hos barn kan tilskrives passiv røyking, og forholdene er neppe vesentlig forskjellige i Norge. Både tobakksrøyk og annen forurensning må antas å fremme allergiutvikling ved at de stimulerer utviklingen av respons mot naturlig forekommende allergener. Studier av trafikkforurensningens betydning indikerer at den gir en forholdsvis konsistent, men moderat økning av astma. Luftforurensning kan bidra til forverring av sykdom hos luftveisallergikere, men det er for tiden usikkert hvor nøye nivåene da må være. Anslag fra Statens forurensningstilsyn viser at 660 000 mennesker er utsatt for overskridelser av anbefalte luftkvalitetskriterier for NO_2, mens tilsvarende tall er 700 000 for svevestøv (PM_{10}). Grensen for ozon ble overskredet for samtlige målestasjoner i Norge i 1993. Det er derfor grunn til å anta at uteluftforurensning bidrar til økt sykelighet også av allergiske sykdommer i Norge, men bidraget er trolig ikke stort.

Vi vet lite om årsakene til matvareallergier og matvareintoleranse, bortsett fra sammenhengen med type 1-allergi, som også disponerer for atopisk eksem og astma. I utlandet er det funnet at 15-20 prosent av befolkningen i spørreskjemaundersøkelser rapporterer reaksjon på matvarer, så problemet oppleves som stort. Tilsetningsstoffer til maten synes å spille bare en meget beskjeden rolle. Det er ingen klinisk erfaring eller medisinsk/immunologisk teori som skulle tilsi at plant-

evernmidler og miljøgifter har noen betydning for matvareallergier og matvareintoleranse.

Kontaktallergi/kontakteksem er et forholdsvis utbredt problem. Dette er dels et yrkesmedisinsk problem, men visse kontaktallergier er også et problem for befolkningen generelt. Det gjelder allergier mot stoffer i klær, smykker, såpe-/parfymeartikler og bruksgjenstander og forbrukskjemikalier i hjemmet. Et eksempel er nikkelallergi, som kan utvikles som resultat av hudkontakt med nikkel (f.eks. i uedle smykker), og som forekommer blant ca. 10 prosent av den kvinnelige befolkning i Norge. Allergi mot komponenter i gummiartikler er også hyppig forekommende. Forekomsten av kontaktallergi reduseres ved at man der det er mulig, unngår å bruke stoffer med kjent kontaktallergifremkallende virkning. Kontaktallergi kan helt forebygges ved at man unngår kontakt med de stoffer som kan gi allergi. Andre skader på immunsystemet på grunn av miljøforhold er lite dokumentert, når vi ser bort fra virkningen av enkelte infeksjoner og virkningen av luftforurensning på lungene.

Gir miljøgifter skade på forplantningsevnen?

Reproduksjonsskader omfatter infertilitet, aborter, dødfødsler og annen tidlig død, medfødte misdannelser og medfødte skader som gir sykdom senere. Infertilitet kan ha ulik grad. Bare omkring 5 prosent av par som ønsker barn blir varig barnløse, men manglende graviditet etter ett års forsøk er relativt vanlig. Det har vært spekulert på om østrogener eller miljøgifter med østrogenliknende effekter kan ha påvirket sædcelleproduksjonen. Den samme spekulasjonen har vært knyttet til observasjonene av en økning i hyppigheten av testikkelkreft og en økning av visse medfødte misdannelser hos gutter (normal utmunning av urinrøret og manglende nedfall av testikler ved fødselen). Det er ikke registrert økt forekomst av slike misdannelser de senere år.

Fra dyreforsøk er mange stoffer vist å være teratogene (fosterskadelige), og gravide kvinner bør beskyttes mot slike stoffer så langt som mulig, selv om det ikke alltid er vist at stoffene er teratogene i epidemiologiske studier. Det er særlig eksponering i første tredjedel av svangerskapet som er viktig for utvikling av medfødte misdannelser, mens eksponering for skadelige stoffer senere i svangerskapet kan ha en rekke uheldige effekter, f.eks. på hjernens utvikling. Kvinner som er yrkesaktive under graviditeten synes ikke å ha høyere forekomst av barn med misdannelser.

Noen ganger forekommer eksponeringen i særlig høye doser, slik som ved ulykker (f.eks. Tsjernobyl eller Seveso). Andre ganger kan spesielle yrkeskategorier (f.eks. laboratoriearbeidere) eller personer som er bosatt nær industrielle foretak som slipper ut skadelige stoffer, studeres for å lete etter overhyppighet av reproduksjonsskader. Erfaringene fra slike studier viser at miljøforurensninger kan gi reproduksjonsskader.

Øker luftforurensning risikoen for hjerte-karsykdommer?

Eksponering for CO i høye konsentrasjoner vil over tid kunne føre til en forverring av tilstanden hos dem som allerede har en hjerte- eller karsykdom. Ved eksponering for partikler har man observert en økning i legebesøk, sykehusinnleggelser og dødsfall blant pasienter i andre land, og eksponeringsnivåer og andre forhold tilsier at dette vil kunne forekomme i vårt land. Det er lite holdepunkter for at øvrige miljøfaktorer, unntatt passiv røyking, spiller en rolle som medvirkende årsak til utvikling av hjerte-karsykdommer. Det er anslått at det her i landet hvert år dør 300-500 ikke-røykere av hjertesykdommer som skyldes passiv røyking.

Sykdommer og skader i nervesystemet som følge av miljøgifter

Innen dette området har fokus internasjonalt hittil vært på to områder, utviklingsforstyrrelser i sentralnervesystemet og kroniske degenerative hjerne- og

nervesykdommer. Det finnes et stort antall potensielt nervesystemskadende stoffer i miljøet. Disse kan deles i to grupper, organiske forbindelser og metaller. Begge disse gruppene har både naturlige og menneskeskapte kilder. I de aller fleste tilfeller har vi for lite kunnskap til å kvantifisere potensiell risiko ved miljøeksponering for slike nevrotoksiner, men vi kan gjøre mer eller mindre kvalifiserte antakelser om problemenes størrelse.

Når det gjelder utviklingsforstyrrelser i sentralnervesystemet hos barn er det først og fremst metallene bly og kvikksølv som er aktuelle. Videre har eksponering for PCB i fosterlivet og de første barneår vært diskutert som mulig årsaksfaktor for utvikling av adferdsforstyrrelser og lett nedsatt intelligens. Hovedkilden til blyeksponering i norsk sammenheng har vært blyholdig bensin som gjennom partikkelnedfall ble funnet i mat, jord og støv. Blyinnholdet i luften i vårt land har gått kraftig ned etter innføring av blyfri bensin, og nivåene av bly i blod hos de få barn som har vært undersøkt, er lave. Det foreligger ikke holdepunkter for at norske barn har helseproblemer knyttet til blyeksponering. For kvikksølv er den desidert viktigste kilde fisk, der metallet primært finnes i form av den spesielt toksiske formen metylkvikksølv. Forhøyede nivåer kan finnes i innlandsfisk, spesielt gammel gjedde og abbor. PCB i morsmelk i Norge er redusert med 75 prosent fra 1978 til 1991, men er ikke langt unna de nivåer som er assosiert med utviklingsforstyrrelser i sentralnervesystemet påvist i utenlandske studier.

Alzheimers sykdom, Parkinsons sykdom, amyotrofisk lateralsklerose, multippel sklerose og kanskje Huntingtons sykdom antas å være multifaktorielle sykdommer hvor både arv og miljø spiller inn. Den mest omtalte miljøfaktoren er aluminium, der innholdet i drikkevann viser en samvariasjon med Alzheimers sykdom i studier. Det er høye aluminiumsnivåer i Norge pga. sur nedbør, men det er ikke funnet forskjeller i aluminiumnivå hos Alzheimerpasienter sammenliknet med kontroller. For Parkinsons sykdom er det holdepunkt for at visse plantevernmidler og andre miljøfaktorer kan være risikofaktorer. Når det gjelder plantevernmidler generelt, er problemet antakelig ubetydelig i Norge på grunn av gode sikkerhetsprosedyrer og lav eksponering. For multippel sklerose er det en geografisk forskjell som kan tyde på at miljøfaktorer spiller en rolle: risikoen er høyere på nordlige breddegrader, og i Norge er risikoen høyere i innlandet.

Infeksjoner som smitter gjennom vann og mat

På basis av en befolkningsundersøkelse er det anslått at 100 000-300 000 sykedager per år er forårsaket av vannbåret magetarminfeksjon i Norge. Bare få kontakter lege, så bare et fåtall av utbruddene blir registrert. I perioden 1980-90 ble det påvist 23 vannbårne sykdomsutbrudd i Norge. Av disse ble det ikke påvist noe smittestoff i halvparten av tilfellene. Det er ikke kjent at forurensninger med kjemiske stoffer til drikkevannskilder har ført til helseskader i vårt land.

Antallet sykdomstilfeller forårsaket av bakterier, virus og parasitter som spres gjennom matvarer har økt kraftig i Norge. I motsetning til de fleste andre land skyldes imidlertid denne utviklingen for en stor del at stadig flere nordmenn er blitt smittet i utlandet. Det registreres årlig 2 000-3 000 bakteriologisk verifiserte tilfeller av matbåren infeksjonssykdom, det reelle antallet er minst ti ganger høyere.

I 1994 ble det registrert ca. 1 500 tilfeller av Salmonellainfeksjon i Norge, hvorav 80-90 prosent var ervervet i utlandet. Epidemiologiske undersøkelser har vist at importerte fjærfe- og svinekjøttprodukter er viktige smittekilder når det gjelder innenlands smitte. I 1994 ble det registrert ca. 1 000 tilfeller av Campylobacterinfeksjon, om lag 50 prosent var smittet under opphold i utlandet. Det registreres årlig ca. 300 tilfeller av Yersinia enterocoliticainfeksjon i Norge, om lag 90 prosent er smittet i Norge. En rekke andre matbårne infeksjonssykdommer forårsaket av bakterier, virus og parasitter er relativt sjeldne i vårt land.

Bakterielt betingete forgiftninger og matbårne virusinfeksjoner er trolig årsak til et stort antall sykdomstilfeller hvert år, men antallet er vanskelig å estimere for begge disse typene infeksjoner.

4.6.2 Status for arbeidet med miljørettet helsevern i kommunene

Det er lite materiale å bygge på når det gjelder status for arbeidet med miljørettet helsevern i kommunene. Med unntak av områdene vannforsyning og næringsmiddelhygiene foretas det ingen systematisk registrering av kommunenes arbeid med miljørettet helsevern. Det har videre vært lite forskning på feltet.

I undersøkelsen «Søkelys på samfunnsmedisinen» (Betty Pettersen 1998 - Vedlegg 4) gikk i 1994 i gjennomsnitt 16 prosent (10 - 24 prosent - avhengig av kommunestørrelse) av den totale arbeidstiden til samfunnsmedisinerne til arbeidsoppgaver innen miljørettet helsevern. Siden det vesentlige av tiltak knyttet til miljørettet helsevern må gjennomføres sammen med eller i andre sektorer enn helsesektoren, er det rimelig å anta at den samlede arbeidsinnsatsen innen miljørettet helsevern i kommunene er større enn denne undersøkelsen viser og involverer en rekke yrkesgrupper og aktører.

Erfaringer fra Samlet plan

Som en oppfølging av St.meld.nr.41 (1987-88) Helsepolitikken mot år 2000 ble det i 1989 startet et 5-års program; Samlet plan for helsefremmende og forebyggende tiltak med hovedvekt på utviklingsprosjekter i kommunene (Samlet plan). I årene 1989-95 ble det bevilget 140 mill kroner til støtte for utviklingsprosjekter på lokalt nivå som ble fordelt på 353 prosjekter i 141 kommuner. Det var Statens helsetilsyn, senere fylkeslegene som stod for fordelingen av prosjektmidlene. Samlet plan prosjektene har vært gjenstand for inngående evaluering og hoved konklusjonene belyser til en viss grad også arbeidet i kommunene med miljørettet helsevern generelt:

Et gjennomgående trekk ved den sentrale oppfølgingen av Samlet plan var fravær av en klar strategi i forhold til modellutvikling (Therse Andrews 1994 - Tverrsektorielt samarbeid om miljørettet helsevern i kommunene). Dette gjenspeilte seg i gjennomføringen av de ulike prosjektene ved at fokus ble lagt på konkrete tekniske oppgaver som ulykkesregistrering, inneklimakartlegging, støykartlegging osv. og i liten grad på modellutvikling som var et av hovedformålene med Samlet plan. Lite har blitt gjort for å fremme strategitenkning og modellutvikling på feltet siden Samlet plan, og denne mangelen er nok fortsatt et generelt trekk ved arbeidet med miljørettet helsevern.

I en del kommuner ble det utviklet egne planer innen miljørettet helsevern. Et stort problem var at planene i liten grad var integrert i kommunens overordnede plan- og beslutningsprosess. Og helsesektoren hadde liten erfaring med å delta i overordnede planprosesser. Planleggingen var ofte teknisk orientert, med liten fokus på en god beslutningsprosess.

Aktivitetene som ble iverksatt under Samlet plan virket så lenge ekstern tilførsel av ressurser vedvarte, men når midlene falt bort falt også en stor del av aktivitetene sammen. Arbeidet hadde liten kontinuitet og systematikk. Samlet plan viste at det trengs mer enn å bare tilføre kommunene midler. Det er minst like viktig å skape rammebetingelser og gode redskaper slik at kommunen blir stimulert til, og selv ser nytten av å arbeide med miljørettet helsevern. Som nevnt ble det i samlet plan i liten grad utviklet nye redskaper og metoder, bl.a. på grunn av mangel på en samlet statlig strategi for modellutvikling. Med rammebetingelser menes et godt regelverk, tilsynsordninger, god og samordnet veiledning, utvikling og fastsetting av klare normer, oppbygging av kompetanse/kursvirksomhet, informasjon til andre

sektorer, varige økonomiske ordninger osv. Med andre ord var det gjennom Samlet plan for ensidig satset på å la de tusen blomster blomstre uten at det var lagt til rette for en bærekraftig forvaltning, og at erfaringene ble tatt vare på.

Erfaringer fra fylkeslegenes tilsyn

I 1995 laget Statens helsetilsyn en sammenstilling av fylkeslegenes innrapporteringer om miljørettet helsevern i medisinalmeldingene. I sammendraget heter det bl.a.:

> «Det generelle inntrykket av rapportene fra fylkeslegene er at miljørettet helsevern blir dårlig ivaretatt i kommunene. Et annet problem som ser ut til å angå de fleste fylker er mangel på kompetanse på dette området. Dette gjelder særlig teknisk hygienisk personell, men også manglende kompetanse hos helsepersonell.
>
> Når det gjelder omtale av aktuelle hovedspørsmål/problemer nevner de fleste inneklimaproblemer, men det virker som det er gjort ganske mye på dette området i flere fylker. Det samme gjelder drikkevann. Her virker det også som det er gjort en god del arbeid med registrering av vannverk og undersøkelse av hvorvidt vannverkene er godkjent eller ikke. Det er også meldt fra flere fylker at støy er et økende problem, særlig knyttet til samferdsel. Luftforurensing er også et økende problem i mange kommuner. Forebygging av ulykker drives i mange fylker, men flere fylkesleger sier at dette arbeidet har preg som aksjonsform og mangler kontinuitet. Mange fylkesleger omtaler også renovasjon og avfallsproblemer.
>
> Det er bare et par fylkesleger som rapporterer om sosiale miljøfaktorer som hovedspørsmål/hovedproblemer.
>
> Det er bare i Hedmark fylke at det meldes om en styrking av det miljørettede helsevern generelt de siste år.
>
> Når det gjelder hvilke utfordringer man står overfor i tiden framover , oppgir mange av fylkeslegene omtrent de samme virksomhetsområdene som nevnt under forrige spørsmål. Det etterlyses klarere regelverk fra sentrale myndigheter og sterkere samordning på dette nivået. Å få miljørettet helsevern på dagsorden anses å være en stor utfordring for kommunene. Likeledes er samarbeidsrutiner for tverretatlig arbeid en stor utfordring.
>
> Rapporteringsrutiner og erfaringsoverføring til og fra kommunenivå, og utarbeidelse av risikoindikatorer blir også omtalt i rapportene. Et sentralt problem er å øke kunnskapen innen dette virksomhetsfeltet og å få personell med kompetanse på miljørettet helsevern i kommunehelsetjenesten.
>
> De viktigste samarbeidspartnerne for kommunehelsetjenesten er teknisk etat og miljøetat, noe mindre for skoleetat og næringsmiddeltilsynet. Fylkeslegene rapporterer også om samarbeidet på fylkesnivå mellom de statlige etater, og inntrykket er at dette er kommet godt i gang i mange fylker, særlig gjelder dette samarbeidet mellom fylkeslegen og fylkesmannens miljøavdeling. Det faste/formelle samarbeidet mellom etatene i kommunen er lite utviklet de aller fleste steder, men her er det unntak. Flere Samlet plan-prosjekter har hatt en positiv effekt på samarbeidsrutinene. De samarbeidsordninger som blir nevnt er innen arbeid med hovedplan, vannforsyning og inneklima.»

Arbeidet med drikkevann

Kommunene er etter forskrift om drikkevann og vannforsyning m.m. av 1. januar 1995 hovedansvarlige for godkjenning og tilsyn med drikkevann. Alle vannverk skulle etter forskriften vært godkjent innen 1. januar 1997. Tall fra en spørreundersøkelse foretatt av Statens institutt for folkehelse viser at per 1. november 1997 hadde 843 av 1 844 vannverk som forsyner flere enn 100 personer eller 20 husstander/hytter søkt om godkjenning. Dette utgjør 46 prosent på landsbasis. De fleste av de store vannverkene tilhører imidlertid den gruppen av vannverk som har søkt.

Det er store fylkesvise variasjoner med hensyn til hvor langt man har kommet i godkjenningsarbeidet. I beste kategori ligger Vestfold og Rogaland (> 75 prosent), mens Telemark og Finnmark har lavest prosentandel vannverk som har søkt (< = 25 prosent).

På landsbasis ble det oppgitt at 246 vannverk hadde fått godkjenning. Dette utgjør 13 prosent av alle vannverk og 29 prosent av de vannverkene som hadde søkt om godkjenning. Det reelle antallet er trolig en del høyere, da svarprosenten var relativt lav på dette spørsmålet. Undersøkelsen viser at det fortsatt er nødvendig å følge opp en rekke vannverk for å sikre at de følger drikkevannsforskriften og etablerer den nødvendige kontakt med godkjenningsmyndigheten gjennom en søknad. I henhold til drikkevannsforskriften kan det gis pålegg overfor vannverkseier dersom denne ikke oppfyller sine plikter etter forskriften. Når det gjelder forhold som dekkes av tilsynet etter næringsmiddellovgivningen, gis eventuelle pålegg av det kommunale næringsmiddeltilsyn. Pålegg om forhold som omfattes av tilsynet etter helselovgivningen, gis av kommunen som helsemyndighet.

Program for vannforsyning startet i 1995 med en varighet på 5 år. Bevilgninger på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett til utbygging/utbedring av vannverk var på 90 mill kroner i 1995 og 1996, 70 mill kroner i 1997 og 60 mill kroner i 1998. Ved årsskiftet 1997/98 var det gitt støtte til ca. 120 vannverk med i alt 360 000 personer innenfor sitt forsyningsområde. Da programmet startet var det ca. 1,3 mill personer som ikke hadde tilfredsstillende vannforsyning. Det er med andre ord langt igjen til målet er nådd om tilfredsstillende vannforsyning for alle innbyggere.

4.6.3 Næringsmiddeltilsyn

Statens næringsmiddeltilsyn (SNT) har som primæroppgave å påse at næringsmidler, herunder også drikkevann, er helsemessig trygge, at de er av rett kvalitet og at de frambys på en redelig måte.

Næringsmiddeltilsynets arbeid er organisert på to plan, hvor ansvaret for tilsyn med virksomheter, prosesser og produkter er tillagt stat eller kommune alt etter virksomhetenes art.

Alt praktisk tilsynsarbeid utøves lokalt. Der staten har tilsynsansvar, er dette delegert til det kommunale/interkommunale næringsmiddeltilsynet (KNT). Der kommunene har tilsynsansvar, er dette gitt direkte til KNT gjennom gjeldende regelverk.

Denne delen av folkehelsearbeidet retter seg blant annet mot smittestoffer i mat inkludert drikkevann, kjemiske kontaminanter, spor- og tilsettingsstoffer, plantevernmiddelrester, medisinrester i animalske produkter m.v. Tilsynsarbeidet favner også merking av mat, veilednings- og informasjonsarbeid til virksomheter og publikum og skal fremme en riktig oppfatning om matvarers verdi og trygghet.

Næringsmiddeltilsynets engasjement i miljørettet helsevern

Tilsynet med næringsmidler er å regne som del av det utvidede begrepet miljørettet helsevern, se nærmere *"Lovgrunnlag og definisjoner"* i kapittel 3. I 1994 gjennomførte KNT-forum (Forum for de kommunale/interkommunale næringsmiddeltilsyn) en spørreundersøkelse som belyser KNTs engasjement innen miljørettet helsevern. 28 av 59 KNT som besvarte spørreundersøkelsen (= 46 prosent) oppga engasjement innen miljørettet helsevern. 23 av disse hadde teknisk hygienisk personell tilknyttet interkommunale ordninger; 5 hadde slikt personell bare for tilsynets vertskommune. Til sammen utgjorde disse 25 årsverk for arbeid med miljørettet helsevern.

Oppgavene er mange og kan variere noe fra ett KNT til et annet. Hovedvekt ligger på disse saksområder:

- Kartlegging, utredning og saksbehandling av forhold som berører allmennheten, og hvor beslutninger treffes eller vilkår settes gjennom kommunale rammer og vedtak.
- Tilsyn med nærmiljøfaktorer kombinert med prøveuttak og laboratoriestøttet kontroll.
- Ernæringsarbeid i samarbeid med ulike aktører innen helsevesenet, skoler, bedrifter og frivillige organisasjoner.
- Ulykkesforebyggende arbeid på områder hvor kommunene har et primæransvar.
- Enkeltsaksbehandling.
- Annet.

Der interkommunale ordninger er etablert, synes disse å fungere hensiktsmessig for miljørettet helsevern i kommunene. Årsakene til dette er flere:

- God og stabil ressurstilgang i forhold til rent kommunal organisering av oppgaven.
- Tilgjengelige og brede fagmiljøer med rom for spesialkompetanse.
- Effektiv ressursutnyttelse og oppgavehåndtering.
- Lik og ensartet saksbehandling; lik og parallell oppgavehåndtering i større geografiske regioner.
- Formalisert samarbeid mellom KNT/miljørettet helsevern, kommunelege/kommunehelsetjenesten for øvrig og ulike tilsynsinstanser.
- Kontinuerlig og kunnskapsbasert arbeid innen miljørettet helsevern og teknisk hygiene.

Miljørettet helsevern tilknyttet KNT-ene profitterer på næringsmiddeltilsynets posisjon i forhold til kommunenes administrasjon og beslutningsapparat. Denne er god på flere måter:

KNT-ene har gode lokalkunnskaper, er godt orientert om sakshåndtering i kommunale etater (helse, teknisk, skole), besitter et godt kontaktnett til saksbehandlere og kjenner de politiske beslutningsveier i kommunene de representerer. Nærheten er vesentlig for å fange opp saker av relevans for miljørettet helsevern og teknisk hygiene på premissgivende stadier, for å kunne delta i utredningsarbeider eller for å gi innspill til plan- og beslutningsprosesser i kommunene.

På den annen side er avstanden til kommunene gjennom KNT-enes interkommunale organisering av vesentlig verdi de ganger det er kommunene selv det føres tilsyn med. Eksempler her er inneklimahensyn i skoler og offentlige bygg, områdehygieniske forhold rundt drikkevanns- og avløpsløsninger, renovasjonsordninger m.v., hvor det er lettere å få gjennomslag for et eksternt, interkommunalt organ til forskjell for rent kommunale etater underlagt kommunal styring og kommunale prioriteringer.

Et samarbeid mellom KNT og kommunelege/kommunehelsetjeneste er allerede institusjonalisert gjennom dagens regelverk jf bl.a. smittevernloven. Interkommunale tjenester for miljørettet helsevern arbeider med utredninger og tilsyn, mens kommunelegen er eller representerer kommunens vedtaksmyndighet i forhold til kommunehelsetjenesteloven § 4a-1. Gjennom dette oppstår en tosidighet i denne delen av folkehelsearbeidet som virker både forpliktende og engasjerende.

Bygd på et godt og funksjonelt samarbeid mellom KNT og kommunelege angående felles saksområder, oppgavefordeling i tråd med regelverk og hvilke instanser som besitter de mest hensiktsmessige hjemler for tiltak m.v., får

arbeidsområdet miljørettet helsevern mye gratis ved å knytte det utøvende arbeidet til en KNT-enhet.

Mange basisfaktorer for forebyggende arbeid løses gjennom et godt utbygd apparat for miljørettet helsevern og teknisk hygiene i kommunene:

– Mens opplysningsarbeid og kampanjer mot røyking er sentrale oppgaver, løses tilpasninger til ny tobakksskadelov ved utesteder, i forretninger, offentlige bygg m.v. best gjennom regional informasjon, veiledning, kontroll og oppfølging håndtert gjennom de interkommunale enhetene; sammenfall i tid og ensartede tiltak, er vesentlig for en effektiv og rettferdig gjennomføring.
– Mens normer og faglige standarder for inneklima i skoler fastsettes sentralt, omsettes bestemmelsene best ved at lokal myndighet deltar i planleggings- og beslutningsprosesser i kommunene. Store ombygginger av skolene i forbindelse med 6-årsreformen har gitt muligheter for vesentlige inneklimaforbedringer eller bygging av nye, moderne klimaanlegg i skolene.
– Mens mosjon, friluftsliv, «walking» er tiltak som kan stimuleres sentralt fra, betyr lokal deltakelse og innsats i kommune- og arealplanlegging like mye for fysisk tilrettelegging for slike helsefremmende aktiviteter.

Disse erfaringene er ikke nye. «Prosjekt miljørettet helsevern», etablert i et samarbeid mellom Kommunenes Sentralforbund og Helsedirektoratet, var en del av Samlet plan , jf ovenfor. Flere KNT var engasjert innenfor dette tiltaket. Positive erfaringer er gitt fra Senter for forskning om helsefremmende arbeid, miljø og livsstil (HEMIL-senteret). HEMIL-rapport nr. 3/1993 «Interkommunalt samarbeid om miljørettet helsevern» sier at det interkommunale samarbeidet har «stort sett mange positive og få negative sider» .. «det ble også framhevet en rekke muligheter ved et slikt samarbeid på lengre sikt» (side 59). «Høyt faglig nivå til en billig penge» (side 57). «NMT-modellen (næringsmiddeltilsynsmodellen) har imidlertid et betydelig fortrinn i det at NMT er et etablert interkommunalt organ, som samtidig kan tilby både teknisk utstyr og et teknisk fagmiljø» (side 65). På den negative siden heter det; «Avstand til kommunen ble imidlertid også framhevet som en ulempe fordi muligheten til integrert samarbeid og nærkontakt med de ulike samarbeidspartnerne innen hver kommune reduseres.»

4.7 SMITTEVERN

4.7.1 Smittsomme sykdommer i Norge - oversikt

Antallet årlige tilfeller av seksuelt overførbare sykdommer er i dag vesentlig mindre enn for noen år tilbake. Syfilis er tilnærmet utryddet og gonoré har gått sterkt tilbake. Genitale chlamydiainfeksjoner er fortsatt en utfordring, men også her er det en avtagende tendens, trolig som følge av intensivert smitteoppsporing. Den største utfordringen i gruppen seksuelt overførbare sykdommer har i de senere år ligget i håndteringen av HIV/AIDS epidemien. Per 31. desember 1997 var det siden 1984 samlet meldt 1 777 HIV-positive personer til Meldingssystemet for smittsomme sykdommer (MSIS). Bedre medikamenter mot HIV gjør at HIV-smittede i Norge nå lever lenger, både før de får AIDS og etter at de har utviklet AIDS. Hyppigheten av nye tilfeller ser imidlertid ut til å være like høy. I tillegg rammes to av risikogruppene, stoffmisbrukere og menn som har sex med menn, ofte av hepatitt forårsaket av hepatittvirusene A, B og C, hvorav de to første nå kan forebygges med vaksinasjon.

Difteri og poliomyelitt som forekom i store epidemier inntil vaksinasjon ble innført på 1950-tallet forekommer ikke lenger i vårt land. Kikhoste, meslinger og røde hunder er blitt nesten borte, men kikhosteepidemien i 1997-98 er en påmin-

nelse om nødvendigheten av å opprettholde en god vaksinasjonsdekning, ikke minst fordi flere av disse sykdommene fortsatt er alvorlige helseproblemer i våre naboland i øst. Innføring av en Hib-vaksine i 1992 har ført antall tilfeller av denne sykdommen hos barn under 5 år ned mot null.

En viktig gruppe smittsomme sykdommer er de bakterielle tarminfeksjonen som vanligvis er næringsmiddelbårne dvs gjennom mat og drikkevann. Virusinfeksjoner er trolig den dominerende årsak til akutte tarminfeksjoner, og det er i senere år funnet at store utbrudd av slike virusinfeksjoner skyldes overføring via vann og mat. I løpet av de siste 20 år er det registrert en kraftig økning i antall enkelttilfeller av salmonella, de fleste som følge av smitte i utlandet.

De siste 20 årene har meningokokksykdom vært blant de viktigste infeksjonssykdommene. Dødeligheten har vært ca. 10 prosent. De senere år har hyppigheten avtatt til ca. 150 tilfelle per år. Grunnen til dette er ukjent.

Fram til 90-tallet gikk antallet tuberkulosetilfeller meldt til det sentrale tuberkuloseregister ved Statens helseundersøkelser jevnt tilbake, for siden å stabilisere seg på ca. 200 i året, og dette er blant de laveste tall i Europa. Tuberkulosehyppigheten blant personer født i Norge fortsetter å gå ned, mens andelen tuberkulose hos innvandrere stiger. I den norske befolkningen forekommer tuberkulosen i dag vesentlig hos eldre med et gjennomsnitt på 70 år, hos innvandrere er gjennomsnittet ca. 30 år. Andelen pasienter med resistente stammer er økende med 5 prosent resistente mot isoniazid i 1995 og 8 prosent i 1996. Samtidig resistens mot rifampicin ble funnet hos en pasient i 1995 og fire i 1996. Det fryktes at problemet med mulitresistent tuberkulose vil bli større de kommende år.

Infeksjoner med gruppe A-streptokokker forekommer i så vel milde varianter i form av hals- og hudinfeksjoner (ca. 90 000 tilfelle per år), som de mer farlige («den kjøttetende dødsbakterien«). Norge har ligget på verdenstoppen i forekomst av alvorlig streptokokk A siden 1988, og denne varianten tar nå like mange liv som AIDS. De siste årene har det også vært en økning i antall tilfeller alvorlig pneumokokkinfeksjon, særlig hos eldre. I Europa har det vært en klar frammarsj av resistente pneumokokkbakterier, og det har også vært enkelte tilfelle i Norge.

Antallet sykehusinfeksjoner ligger antagelig på mellom 30 - 60 000 per år, hvorav urinveisinfeksjoner utgjør ca. en tredjedel. Sosial- og helsedepartementet ga i 1996 nye forskrifter som regulerer kommunale og fylkeskommunale institusjoners arbeid med sykehusinfeksjoner. Et nasjonalt overvåkingssystem for sykehusinfeksjoner er under utvikling ved Statens institutt for folkehelse og vil bli satt i drift i 1998.

Influensa er en akutt luftveisinfeksjon med årlige utbrudd av større eller mindre omfang i Norge. I Norge forekommer influensaen stort sett fra desember til mars. Under vanlige utbrudd får opptil 5 prosent av befolkningen influensa, men under influensapandemien i 1918 ble nesten 30 prosent av befolkningen rammet og 24 prosent under pandemien i 1957. Den siste store pandemien var i 1968, og intervallene i dette århundre har altså variert mellom 11 og 42 år. Med de store samfunnsmessige ringvirkningene en influensapandemi har, er vaksinering mot influensavirus en stor utfordring. Ettersom virusets egenskaper hele tiden endres, må influsenavaksinen tilpasses hver enkelt pandemi eller epidemi. I tilfelle av en pandemi antas det å være vanskelig å få kjøpt vaksine på verdensmarkedet. Sosial- og helsedepartementet igangsatte i 1997 arbeidet med en nasjonal beredskapsplan mot influensa (pandemiplan).

Antibiotikaresistens er et økende problem også i Norge, jf det som er sagt ovenfor i tilknytning til ulike sykdomsgrupper. Utvikling av antibiotikaresistens har klar sammenheng med bruk og overforbruk av antibiotika. Sosial- og helsedepartementet tok i 1997 initiativ til utviklingen av en samordnet handlingsplan mot antibi-

otikaresistens. Over statsbudsjettet for 1999 er det foreslått 5 mill kroner til denne planen. Det er også under utvikling et overvåkingssystem, Norsk overvåkingssystem for resistens hos mikrober (NORM) med tanke på drift fra 1999.

Smittsomme sykdommer i Norge må i dag sies i hovedsak å være under kontroll. Mange faktorer taler likevel for at smittsomme sykdommer kan bli et problem også i Norge i årene som kommer. Globalt sett er de fleste smittsomme sykdommene og smittestoffene verken utryddet eller under kontroll. I den tredje verden er tuberkulose og HIV på frammarsj. I våre østlige nærområder er det også ventet en økning i disse sykdommene samt seksuelt overførbare sykdommer. Økende utbredelse av sykdommer som hittil har vært sjeldne eller ikke forekommet her i landet, utvikling av antibiotikaresistens, klimaendringer og økende sosiale ulikheter mellom verdensdeler innebærer et potensiale for økning av smittsomme sykdommer globalt. Kombinert med økt migrasjon og betydelig vekst innen internasjonale reiser skapes en situasjon hvor vi i Norge er langt mer utsatt for importsykdommer enn noen gang tidligere. Utbrudd i ett land innebærer på en helt annen måte enn tidligere en trussel for resten av verden. Norge har allerede til en viss grad fått føling med denne situasjonen f.eks. gjennom en sterk økning i antall Salmonellainfeksjoner og andre næringsmiddelbårne infeksjoner.

4.7.2 Arbeidet med smittsomme sykdommer i kommuner og fylkeskommuner

Før kommunehelsetjenesteloven var det kommunale smittevernet sammen med miljørettet helsevern av de viktigste oppgavene for helserådet og distriktslegen som også var helserådets ordfører. Innen spesialisthelsetjenesten var f.eks. drift av diagnosestasjoner og tuberkulosesanatorier viktige oppgaver. I lys av den gunstige situasjonen som rådet på 70- og 80- tallet og stor tro på at alle smittsomme sykdommer kunne komme under kontroll med medikamentell behandling ble oppmerksomheten mot smittsomme sykdommer i kommunesektoren redusert, med unntak av vaksinasjonsarbeidet som hele tiden har vært opprettholdt på en god måte av helsestasjoner og skolehelsetjeneste. På 90-tallet har antagelig kommuners og fylkeskommuners engasjement i smittevernarbeidet økt noe som følge av en fornyet oppmerksomhet rundt problemer knyttet til smittsomme sykdommer, jf 4.7.1 ovenfor, samt vedtakelsen av den nye smittevernloven som trådte i kraft fra 1. januar 1995.

Utvalget er ikke kjent med at det er gjennomført undersøkelser som spesielt ser på smittevernarbeidet i kommunene eller fylkeskommunene. Betty Pettersens undersøkelse om samfunnsmedisinen i kommunene, se Vedlegg 4, var foretatt før smittevernlovens vedtakelse og her framkommer ikke smittevernarbeid som eget tema. Beskrivelsen av dette feltet baserer seg derfor i hovedsak på opplysninger fra Statens helsetilsyn og Statens institutt for folkehelse.

Smittevernloven pålegger kommuner og fylkeskommuner å utarbeide smittevernplaner, jf 3.3.4 og Statens helsetilsyn har utarbeidet en mal for slike planer til hjelp i dette arbeidet, jf 3.7.2. Kommunale smittevernplaner skal forberedes av kommunelegen og framlegges for kommunestyret for vedtagelse. De fylkeskommunale planene skal godkjennes av Kongen, jf sykehusloven § 2. Arbeidet med planene kan derved innebære en bevisstgjøring av kommunens og fylkeskommunens helsetjeneste og deres politiske organer dersom planen, slik forutsetningene er, innebærer en systematisk gjennomgang av den enkelte kommunes og fylkeskommunes oppgaver. Etter opplysninger fra Statens helsetilsyn er det færre enn halvparten av landets kommuner og bare en fylkeskommune som til nå har utarbeidet slike planer, kvaliteten av planene varierer, og det er usikkert om planbestemmelsene fungerer etter sin hensikt.

Smittevernloven pålegger kommunene å utpeke en lege med særlig ansvar for smittevernet. Per 4. desember 1997 var det utpekt 435 leger med ansvar for smittevern i landets kommuner, inklusive 25 i bydelene i Oslo. I tillegg var det utpekt 352 stedfortredende leger. Dette betyr at ikke alle landets kommuner har utpekt en lege til å ha ansvar for smittevernarbeidet. Smittevernloven forutsetter at det bør være den samme legen som får ansvaret for smittevernet og miljørettet helsevern. Dette innebærer at det som er sagt i *"Innledning"* i kapittel 3.4.1 om tilknytningsform også gjelder for leger med ansvar for smittevernet. Det er således en stor andel av disse legene som i tillegg arbeider med kurative oppgaver, og hvor smittevernet bare er en del av det øvrige samfunnsmedisinske arbeidet de er pålagt å utføre for kommunen.

Vaksinasjon er en av kommunenes viktigste oppgaver. Det er utarbeidet et eget vaksinasjonsprogram som kommunene etter loven er pliktig til å tilby befolkningen. Status for vaksinasjonsarbeidet overfor barn og unge er nærmere beskrevet i punkt 4.3.2.

En av de oppgavene smittevernloven pålegger kommunen er å holde oversikt over befolkningen og de epidemiologiske forhold i kommunen. Gode oversikter over hvilke befolkningsgrupper man har i kommunen (for eksempel antall unge, eldre eller innvandrere), og over sykdomspanoramaet (f.eks. antall næringsmiddelbårne sykdommer eller personer med HIV) kan gi grunnlag for valg av forebyggingsstrategier og planlegging av tjenestetilbud. Denne delen av smittevernarbeidet er antakelig forsømt i de fleste kommuner. Mange kommuneleger nøyer seg nok med å lese de ukentlige MSIS-rapportene fra Statens institutt for folkehelse.

Smitteoppsporing er en annen viktig oppgave for kommunehelsetjenesten. I utgangspunktet har enhver lege plikt til å drive smitteoppsporing, men oppgaven kan overlates til kommunelegen, jf smittevernloven § 3-6. Med unntak av miljøundersøkelser ved funn av tuberkulose er det grunn til å tro at smitteoppsporing er en underprioritert oppgave. Smitteoppsporing er en vanskelig og tidkrevende oppgave og har ingen egen takst. For leger som også driver kurativt arbeid vil det ofte være vanskelig å finne tid til dette arbeidet. Smitteoppsporing er en oppgave som ligger vel til rette for delegering til helsesøstre, men det er uvisst i hvilken grad legene benytter seg av denne muligheten.

På feltet næringsmiddelbåren sykdom er det nære forbindelser mellom kommunehelsetjenestens og næringsmiddelkontrollens ansvarsområder. Smittevernloven med forskrifter etablerer her gjensidig meldingsplikt mellom aktørene. Praksis viser at for å påvise, oppklare og senere forebygge næringsmiddelbåren sykdom, står et vel fungerende samarbeid mellom kommunelege, næringsmiddeltilsyn og regionsykehus sentralt. Mange kommuner har bygget dette samarbeidet ut med nærmere melderutiner og tjenlig ansvarsfordeling mellom partene.

Flere eksempler i forbindelse med flom, frost og liknende viser at beredskap for forebyggende eller oppklarende arbeid rundt smitte via mat eller drikkevann fungerer godt på kommunalt plan. Ikke sjelden har KNT rollen som initiativtaker for slik organisering basert på den arbeidsfordeling som gjelder for normalsituasjonen i kommunene.

I 1996 vedtok Sosial- og helsedepartementet forskrift om smittevern i helseinstitusjoner. Her pålegges kommunale og fylkeskommunale institusjoner å ha et infeksjonskontrollprogram for bekjempelse av sykehusinfeksjoner. Kompetanse på sykehushygiene finnes i første rekke ved våre fylkeskommunale institusjoner, og det er meningen at regionsykehusene skal ha en særskilt rolle som kompetansesenter for regionen. Utviklingen av kommunale infeksjonskontrollprogrammer er derfor tenkt gjennomført som et samarbeid mellom kommune/kommunelege og det aktuelle fylkeskommunale kompetansesenter. Manglende hygiene er antakelig et

stort problem også ved kommunale institusjoner, men så langt virker det som om få kommuner har igangsatt noe arbeid på dette feltet.

Fylkeskommunens viktigste oppgave innen dagens smittevern er antakelig gjennomføringen av laboratorieundersøkelser. De fleste fylkeskommuner har opprettet egne mikrobiologiske laboratorier som skal dekke kommunehelsetjenestens og fylkeshelsetjenestens behov for rutinemessige undersøkelser. I tillegg har alle regionsykehusene mikrobiologiske laboratorier på ekspertnivå som utfører referanseundersøkelser og driver forskning og undervisning. Teknologisk henger imidlertid norske laboratorier noe etter, og det kan på sikt bli problemer med rekrutteringen av mikrobiologer.

Isolering av smittefarlige pasienter i sykehus er nok en oppgaver for fylkeskommunen etter smittevernloven. På landsbasis er det i dag 2,8 prosent av sengekapasiteten ved norske sykehus som tilfredsstiller kravene til isolater. I følge internasjonal litteratur bør det være ca. 10 prosent. Det pågår for tiden en debatt om behovet for å øke kapasiteten.

Statens helsetilsyn har for øvrig pekt på at det i løpet av de kommende 10 år vil være behov for ca. 15 nye spesialister i infeksjonssykdommer.

4.7.3 Arbeidet med smittsomme sykdommer på statlig nivå

På statlig nivå er det særlig etatene Statens helsetilsyn (Helsetilsynet) med fylkeslegene, Statens institutt for folkehelse (Folkehelsa) og Statens helseundersøkelser (SHUS) som har oppgaver innen smittevernet. En mer inngående beskrivelse er gitt i Helsemessig- og sosial beredskap - forslag til ny lov, en utredning avgitt til Sosial- og helsedepartementet juli 1997, jf *"Lovgrunnlag og definisjoner"* i kapittel 3.

Helsetilsynet har etter smittevernlovgivningen flere oppgaver innen smittevernet. Helsetilsynet har for det første det overordnede tilsynet med både det kommunale, fylkeskommunale og statlige smittevernarbeidet og kontrollerer og overvåker at de forskjellige aktørene oppfyller de oppgaver som er pålagt gjennom lov og instruks. Helsetilsynet gir videre råd overfor befolkningen, kommunale og fylkeskommunale helsemyndigheter, herunder helsestasjoner og andre som har behov for råd, veiledning og opplysninger i forbindelse med smittevernarbeid. Helsetilsynet har i samarbeid med Sosial- og helsedepartementet drevet en utstrakt undervisning rettet mot kommunehelsetjenesten om den nye smittevernlovgivningen og stått for utarbeidingen av en egen veilederserie i tilknytning til denne. Forskriftene som er grunnlaget for Meldingssystem for infeksjonssykdommer (MSIS) og System for vaksinasjonskontroll (SYSVAK) er gitt av Helsetilsynet med hjemmel i smittevernloven og er under løpende vurdering i lys av den til en hver tid rådende epidemiologiske situasjon. Helsetilsynet har for øvrig myndighet etter en rekke fullmaktsbestemmelser for å kunne håndtere utbrudd av allmennfarlige smittsomme sykdommer. Fylkeslegene fører tilsyn, gir råd, veiledning og opplysning på det regionale nivå og er bindeledd til Helsetilsynet.

Folkehelsa har bl.a. som oppgave å overvåke den nasjonale epidemiologiske situasjonen gjennom drift av MSIS og ved innsamling av bakteriestammer fra landets mikrobiologiske laboratorier. Det gis ukentlige tilbakemeldinger til landets leger og kommunale næringsmiddeltilsyn om situasjonen gjennom MSIS-rapportene. Folkehelsa forsyner videre kommunene med vaksiner til det nasjonale vaksinasjonsprogrammet og har ansvaret for landets vaksineberedskap. Det meste av vaksinene kjøpes utenlands, men noe produseres også ved Folkehelsa. Folkehelsa har også oppgaver innen spesialisert mikrobiologi og bistår her de fylkeskommunale laboratoriene. Folkehelsa driver ellers en utstrakt smittevernfaglig rådgivning og veiledning overfor helsetjenesten.

Statens helseundersøkelser het tidligere Statens skjermbildekontroll og har i alle år fungert som et nasjonalt service- og kompetansesenter for tuberkulosekontroll. Det sentrale tuberkuloseregister er en del av Statens helseundersøkelser og har ansvar for den epidemiologiske overvåking og kartlegging av tuberkulosepasienter. Statens helseundersøkelser gir råd og veiledning til alle nivåer innen helsetjenesten i tuberkulosespørsmål. Statens helseundersøkelser driver også i begrenset grad skjermbildefotografering i nært samarbeid med kommunehelsetjenesten, lungepoliklinikkene og fylkeslegene.

4.8 HELSEMESSIG BEREDSKAP

Ansvaret for helsemessig beredskap i tilfelle krig ble fastlagt ved lov om helsemessig beredskap av 2. desember 1955. Ved innføring av sykehusloven av 1969 ble definisjoner på institusjoner endret, men hovedprinsippet om eiers/brukers ansvar for krigsberedskap er uendret.

Siden 1992 har det overfor kommunene vært anbefalt iverksatt en risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse). Direktoratet for sivilt beredskap (DSB) og fylkesmennene har framhevet at dette kan benyttes som kartlegging og beslutningsgrunnlag for beredskap overfor mulige hendelser lokalt både i fred og evt. krig. Status framkommer av rapport framlagt februar 1997 der Asplan Viak etter oppdrag fra DSB, finner at 45 prosent av kommunene har gjennomført eller er i gang med ROS-analyse. Det er særlig kommunene i Nord-Norge og på Nordvestlandet som ikke er kommet igang med ROS-analysen, dvs de områder som i den samme periode i praksis måtte håndtere situasjoner som følge av omfattende stormer. Der analysen er gjennomført mener man at denne har bidratt til bevisstgjøring av aktuelle problemstillinger.

Beredskap inngår for øvrig i kommunenes arbeid med miljørettet helsevern (drikkevann) og smittevern. Det vises ellers til *"Lovgrunnlag og definisjoner"* i kapittel 3 hvor utkast til lov om helsemessig og sosial beredskap er omtalt.

4.9 STRÅLEVERN

Det vises til omtale av virksomheten til Statens strålevern og strålevernloven i 3.2.8 og 3.4.4.

Kommunenes oppgaver knyttet til strålevernområdet er som følger:

Radon - inneklimaproblem i boliger, skoler og barnehager - i drikkevann

Kommunenes oppgaver når det gjelder radon er å formidle informasjon om problemet, iverksette kartleggingsprosjekter og følge opp med rådgivning vedrørende gjennomføring av tiltak der det er nødvendig.

Radioaktivitet i næringsmidler

Det kommunale næringsmiddeltilsynet har ansvaret for overvåking og kontroll av radioaktivitet i næringsmidler. Virksomheten som utføres ved de såkalte LORAKON-stasjonene (LOkalRAdioaktivitetsKONtroll) er underkastet detaljert styring fra Landbruks-, næringsmiddel- og strålevernmyndighetene.

Beredskap ved atomulykker og strålingsuhell

Det er etablert beredskap ved atomulykker på sentralt og regionalt nivå. Kommunene har i forbindelse med sitt arbeid med risiko- og sårbarhetsanalyser fått bidrag fra sentrale myndigheter til atomberedskapsdelen. Hensikten har vært å lette kommunenes arbeid på dette området, formidle forståelse for risiko ved radioaktiv forurensing, samt peke på forhold som bør fokuseres i den kommunale risiko- og sårbarhetsanalysen. I en beredskapssituasjon vil implementeringen av enkelte tiltak

som er beskrevet på sentralt hold, måtte gjennomføres av og i den enkelte kommune. Fylkesmannen har ansvar for regional koordinering.

Ultrafiolett lys

Kommunehelsetjenesten har en rolle å spille i å spre kunnskap om negative helseeffekter av overdreven og uforsiktig soling. I tillegg til slik formidling påhviler det kommunen et tilsynsansvar overfor solarier. Det er en kommunal oppgave å påse at slik virksomhet foregår innenfor legale rammer. Dette gjelder særlig tilsyn med at solsenger m/lysrør er godkjente, og at nødvendig og påbudt informasjonsmateriell er på plass.

Elektromagnetiske felt

I NOU 1995: 20 Elektromagnetiske felt og helse anbefales det at man der det er mulig øker avstand mellom bygninger og kraftledninger i forbindelse med nye kraftledninger og/eller nye boligområder, skoler, barnehager m.v. Kommunene bør bl.a i forbindelse med sin arealplanlegging ta hensyn til disse anbefalingene. Stortinget har sluttet seg til disse. Statens Strålevern arbeider nå med et nasjonalt informasjonsopplegg om elektromagnetiske felt og helse. Det er også på bakgrunn av forslagene i NOU 1995:20 utarbeidet en rapport om eloverfølsomhet og helsevesenets framtidige håndtering av symptomer antatt relatert til elektriske og magnetiske felt (Statens helsetilsyn, desember 1997, IK-2599).

Pasientbehandling i kommunehelsetjenesteregi

Store deler av norsk strålingsmedisin styre av rekvisjonspraksis i kommunehelsetjenesten. På linje med krav til optimalisering innen helsevesenet generelt, bør kommunens leger holde seg oppdatert med indikasjonsstillinger for røntgenundersøkelser og andre strålemedisinske tiltak. Behandling av eventuelle stråleskadde pasienter vil bare helt initielt skje lokalt, idet det her bygges opp et mer sentralisert beredskapsopplegg for spesialisert behandling.

Formidling av kunnskap og kompetanse

Strålevern og atomsikkerhet er felt med betydelig offentlig oppmerksomhet. På kommunalt plan vil økt kompetanse og kunnskap i kommunehelsetjenesten, andre kommunale etater og i skolen kunne bidra positivt til kunnskapsformidling ut i befolkningen.

4.10 RUSMIDDELFOREBYGGENDE ARBEID

Rusmiddeldirektoratet er statens forvaltnings- og tilsynsorgan på rusmiddelfeltet. Rusmiddeldirektoratet skal ha sin oppmerksomhet rettet mot alle forhold som gjelder utviklingen av forbruket av legale og illegale rusmidler og forbrukets konsekvenser og foreslå tiltak for å forebygge rusmiddelproblemer og gjennomføre slike tiltak etter nærmere bestemmelse. Hovedprioriteringene for direktoratets forebyggende virksomhet er å framskaffe dokumentasjon og formidle opplysning om rusmiddelspørsmål, skape enhet i det offentlige arbeid med å forebygge rusmiddelproblemer, fremme rusmiddelforebygging i skoleverket og opplysningsvirksomhet gjennom de frivillige organisasjoner og media, samt virke for samarbeid mellom offentlige institusjoner og frivillige organisasjoner på området. Direktoratet er videre bevillingsmyndighet og skal utøve tilsyn og kontroll med alkohollovens bevillingsordning for tilvirkning og engrossalg av alkoholholdig drikk samt tilsyn med alkoholreklameforbudet i alkoholloven.

Alkoholforebyggende arbeid

Norge ligger lavt sammenliknet med andre land i Europa når det gjelder omsetning av alkohol. Likevel har også vi et høyt tall på alkoholrelaterte problemer. I 1996 var det årlige gjennomsnittsforbruket (registrert forbruk) i Norge av ren alkohol per innbygger (15 år og over) 5,04 liter. Til sammenlikning har land som

Frankrike, Portugal, Ungarn, Spania og Danmark en omsetning på over 10 liter per innbygger. Forbruket i Norge nådde et toppunkt på 5,98 liter i 1980. I perioden fra 1980 og fram til i dag, har det totalt sett vært en stagnasjon og nedgang på ca. 16 prosent målt i liter alkohol. De siste årene kan det se ut som om denne trenden har snudd noe, og at forbruket igjen kan være økende.

Kommunene er tillagt en sentral rolle i det rusmiddelforebyggende arbeidet. Som det fremgår i *"Lovgrunnlag og definisjoner"* i kapittel 3 Lovgrunnlag og definisjoner er kommunene tillagt bevilling- og kontrollmyndighet for salg og skjenking av alkohol. Videre er det i det rusmiddelforebyggende arbeidet lagt vekt på den lokalbaserte forebyggingsvirksomheten med samspill mellom hjem, skole, sosial- og helsesektoren og fritids- og kultursektoren, herunder samarbeid med de frivillige organisasjonene. Det er under utarbeidelse maler for utforming av kommunale rusmiddelpolitiske planer som både omfatter både alkohol og narkotika, i samarbeid med KS og de regionale kompetansesentrene for rusmiddelproblematikk. Kommunene har anledning til å søke om stimuleringsmidler for gjennomføring av forebyggingstiltak i sine planer.

Rusmiddeldirektoratet har siden 1989 samlet inn opplysninger fra kommunene om deres alkoholpolitiske tiltak. Disse undersøkelsene har omfattet informasjon om omsetningsordninger for alkohol, alkoholavgifter og alkoholkontroll. Resultatene for perioden 1989-1996 er gitt ut av Rusmiddeldirektoratet i en egen rapport, Kommunenes rusmiddelarbeid (februar 1998).

Følgende resultater fremgår av rapporten:

– Som nevnt er kommunene pålagt å føre kontroll med utøvelsen av kommunale salgs- og skjenkebevillinger, samt statlige bevillinger til turist- og høyfjells hoteller og befalsmesser. Hvordan kommunene skal organisere sin kontrollvirksomhet fremgår ikke av lovteksten, men visse retningslinjer er gitt i forskrift om omsetning av alkoholholdig drikk mv. I ovennevnte rapport fremgår det at i 1996 hadde 93 prosent av kommunene gjort vedtak i kommunestyret om opprettelse av eget kontrollutvalg eller plassering av kontrollfunksjonen i et eksisterende utvalg. Oversikten viser videre at andelen kommuner som benytter vaktselskap ved salgs- og skjenkekontrollen har økt fra 16 prosent i 1991 til 45 prosent i 1996. Andelen kommuner som enten ansetter eller engasjerer egne kontollører er kun 29 prosent i 1996.
– I følge alkoholloven skal innehavere av salgs- og skjenkebevillinger hvert år betale en avgift som tilfaller den kommune hvor bevillingen utøves. Bevillingsavgiften skal bla. dekke kommunenes utgifter til kontroll. Det er opp til kommunene selv å fastsette avgiften innenfor et gitt intervall; skjenking mellom 600 og 24 000 kroner, salg mellom 300 og 12 000 kroner. Totalt innbrakte salgs- og skjenkeavgiftene omlag 51 mill. kroner i 1996, mens det kommunene brukte til kontroll samme år er angitt til vel 17 mill. kroner.
– Andelen kommuner som har egen rusmiddelpolitisk handlingsplan har økt betydelig i perioden 1989 til 1996. I 1996 var det 73 prosent av kommunene som enten hadde en slik plan eller som var i gang med å utarbeide/revidere en plan.

Narkotika

I internasjonal sammenheng er narkotikaproblemet relativt avgrenset i Norge. Nye undersøkelser tyder likevel på at narkotikamisbruket er økende også hos oss. Det typiske norske misbruket er et blandingsmisbruk der alkohol, vanedannende legemidler og ulovlige stoffer blir misbrukt sammen eller hver for seg. Det er introdusert nye stoffer i ungdomsmiljøer, gjerne knyttet til visse ungdomskulturelle trender. Undersøkelser viser at ungdommer har en mer liberal holdning til bruk enn før.

Stadig flere ungdommer oppgir å ha brukt ulike narkotiske stoffer. I 1997 sa bl.a. 26 prosent av ungdommen i alderen 15-20 år i Oslo at de hadde brukt cannabis, som er det mest utbredte narkotiske stoffet, mens den tilsvarende prosenten på landsbasis var 13. I 1991 var de tilsvarende prosentene 17 og 8. Også bruk av amfetamin, ecstasy og liknende stoff har vist en markert økning blant ungdom. Brukergruppene av tyngre stoffer er eldre, og tallet på dødsfall på grunn av misbruk av slike stoffer har økt. I 1997 ble det på landsbasis registrert 177 narkotikarelaterte dødsfall.

Når det gjelder det forebyggende arbeidet knyttet til narkotika ble det i St.meld. nr. 16 (1996-97) Narkotikapolitikken presentert følgende hovedutfordringene de nærmeste årene:

- gjennom økning av den forebyggende innsatsen, opprettholde og styrke de negative holdningene til narkotika blant det store flertallet av ungdom og i befolkningen generelt,
- begrense den ulovlige omsettingen og misbruket,
- gi misbrukere og familiene deres bedre hjelpe- og behandlingstilbud, tilpasset den enkeltes situasjon og forutsetninger, og
- bidra til styrking og effektivisering av det internasjonale samarbeidet mot ulovlig produksjon, handel med og misbruk av narkotika.

Vedrørende det forebyggende arbeidet ble det foreslått å styrke dette gjennom å:

- integrere den holdningsskapende undervisningen om rusmidler bedre i skolene og i lærerutdanningen og utarbeide nytt undervisningsmateriell tilpasset dagens kunnskap om holdningsskapende arbeid,
- fortsette informasjons- og holdningsarbeidet mot misbruk av hasj og ecstasy
- bidra til å stimulere ungdoms egne initiativ til å skape «motkulturer» mot rusmiddelmisbruk
- styrke samarbeidet mellom offentlige og frivillige organisasjoner sentralt ved å etablere et bredt sammensatt forum for drøfting og samordning av den forebyggende innsatsen mot misbruk av rusmidler
- lansere en tverrsektoriell handlingsplan i samarbeid med berørte departementer, om forebyggende arbeid rettet mot barn og ungdom
- videreføre støtten til frivillige organisasjoner som er aktive i det forebyggende arbeidet mot misbruk av rusmidler
- sørge for tilstrekkelige informasjonsmateriell om narkotika til minoritetsspråklige
- gjennom veiledning til kommunene oppmuntre til å iverksette helhetlige planer for rusmiddelpolitikken samt etablere samarbeidsfora mellom lokale myndigheter og et bredt spekter av frivillige organisasjoner og grupper
- videreutvikle Rusmiddeldirektoratets database om forebyggingsprosjekter.

Stortinget ga ved sin behandling i hovedsak sin tilslutning til Regjeringens narkotikapolitikk.

Rusmiddelforebyggende arbeid

Den viktigste oppfølgingen av narkotikameldingen har vært revideringen av Alkoholloven hvor pålegget om at kommunene skal utarbeide alkoholpolitiske (fra 1. januar 1997) planer ble utvidet til å rusmiddelpolitiske planer som også omfatter narkotika.

Våren 1998 fremla Regjeringen en proposisjon med forslag til tiltak for å redusere bruken av rusmidler jf St prp nr 58 (1997-98) Handlingsplan for redusert bruk av rusmiddel (1998-2000). I proposisjonen fastholder Regjeringen at målene for alkohol og narkotikapolitikken står fast: Vi ønsker i størst mulig grad å avgrense

skadene som bruk og misbruk av alkohol kan føre til. Dette gjelder både de samfunnsmessige og de individuelle skadene, og et samfunn fritt for narkotikamisbruk.

Regjeringen ønsker å se rusmiddelpolitiske tiltak i sammenheng, og i proposisjonen er det formulert disse målene for en mer offensiv rusmiddelpolitikk:

- reduksjon av det totale alkoholforbruket med 25 prosent innen år 2000, slik Verdens helseorganisasjon tilrådde i 1980 i forbindelse med planen «Helse for alle år 2000»
- reduksjon av misbruket av illegale stoffer, herunder cannabis, ecstasy og lignende stoffer blant ungdom og yngre voksne
- økt kunnskap om sammenhengene mellom bruk og misbruk av ulike rusmidler
- hevet debutalder for bruk av alkohol
- styrke de negative holdningene til bruk av narkotika og misbruk av alkohol
- et bedre og mer effektivt behandlings-, etterverns- og omsorgstilbud for rusmiddelmisbrukere, inkludert rusmiddelmisbrukere med barn og gravide rusmiddelmisbrukere

Regjeringens strategier for å nå disse målene er i proposisjonen satt til å være:

- samarbeid med hjem og skole og fritidstiltak i det holdningsskapende arbeidet
- bred mobilisering av frivillige krefter, organisasjoner og ungdomskulturelle miljøer
- la kommunene, det lokale politiet og lokalmiljøet spille en sentral rolle i det forebyggende arbeidet
- la det forebyggende arbeidet ha et langsiktig perspektiv
- rette innsatsen både mot hele befolkningen og mot risikogrupper
- la ungdom og unge voksne være viktige målgrupper for innsatsen
- sørge for at behandlings- og omsorgstiltak spiller på lag med frivillige organisasjoner, grupper og enkeltpersoner
- styrking av ettervernet

Sosialkomiteen har utsatt behandlingen av proposisjonen til høstsesjonen 1998.

Rusmiddelpolitisk råd

Sosial- og helsedepartementet oppnevnte 3. november 1998 et rusmiddelpolitisk råd som skal stimulere til en bred rusmiddelpolitisk debatt og være bindeledd mellom myndighetene, partene i arbeidslivet, næringslivsorganisasjonene, forsikringsbransjen og de rusmiddelpolitiske organisasjonene. Rådet skal fungere som referansegruppe for sosialministeren og kan foreslå forebyggende tiltak. Politimester Ingelin Killengreen er oppnevnt som leder av rådet.

4.11 OPPSUMMERING

De nasjonale hovedinnsatsområdene innenfor det helsefremmende og forebyggende arbeidet har i hovedsak, etter St. meld. nr. 37 (1992-93), vært fulgt opp gjennom tverrdepartementale handlingsplaner og andre tverrsektorielle tiltak. Dette har vært et viktig virkemiddel på innsatsområdene fordi kunnskapsgrunnlaget på områdene var mangelfullt, og fordi det forutsettes et nært samarbeid mellom sektorer, faggrupper og forvaltningsnivåer for å oppnå resultater. I denne sammenheng har det bl.a. vært viktig å bidra til tverrdepartementalt samarbeid. Utfordringene er nå hvordan disse områdene kan gjennomføres i kommunene/lokale tiltak. Dette følges opp i senere kapitler i rapporten.

Status vedrørende forebyggende arbeid overfor barn og unge viser at det bl.a. skjer et utstrakt samarbeid mellom helsetjenesten og andre berørte sektorer/etater.

Rekrutteringssituasjonen for samfunnsmedisinere, både på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå, er bekymringsfull. F.eks. står en rekke kommunelege I-stillinger ledige både i sentrale og mer perifere strøk av landet, det er dårlig søkning til fylkeslegestillinger og den nasjonale anvendte samfunnsmedisin står også svakt i Norge. For nærmere om utfordringer og tiltak knyttet til samfunnsmedisinsk arbeid og offentlige legeoppgaver vises det til Delutredning I og til kapittel 10.

Det er ikke bare for samfunnsmedisinerne hvor rekrutteringssituasjonen er bekymringsfull. Dette gjelder også for en rekke av de andre helseprofesjonene.

Det er en viss skjevfordeling av tilbudet innen kommunehelsetjenesten i Norge. Dette har bl.a. sin forklaring i ulikt befolkningsgrunnlag og geografiske forskjeller som får betydning jf krav til vaktordninger m.v., men det bør likevel legges til rette for en mest mulig likhet i tjenestetilbudet.

Tatt i betraktning at obligatorisk jordmortjeneste først ble innført fra 1. januar 1995, og at det er mangel på personell, må situasjonen i kommunene etter utvalgets mening sies å være tilfredsstillende. I rundskriv I-36/98 av 28.07.98 fra Sosial- og helsedepartementet, har imidlertid departementet funnet det nødvendig å minne kommunene om deres plikt til å organisere tilbud om svangerskapskontroll ved jordmor i tilknytning til helsestasjon. Utvalget er videre av den oppfatning at statistikksituasjonen på dette området er god i forhold til andre områder. Det vises til kapittel 10.7 for nærmere omtale av tiltak for å bedre de psykososiale forhold rundt svangerskaps- og fødselsomsorgen.

Det er vanskelig å anslå de helsemessige konsekvensene av de miljøgiftene vi daglig er omgitt av, bl.a. fordi det er snakk om helseskader det er vanskelig å skjelne fra plager og sykdom som allerede er vanlige. Det er likevel viktig å holde på et visst «føre-var» prinsipp når det gjelder denne type sykdommer uten at dette bør prioriteres spesielt høyt.

Et generelt inntrykk av medisinalmeldingene fra fylkeslegene for 1995, er at miljørettet helsevern blir dårlig ivaretatt i kommunene. Et annet problem som trekkes fram i de fleste fylker er mangel på kompetanse på dette området. Dette gjelder særlig teknisk hygienisk personell, men også manglende kompetanse hos helsepersonell. Det er videre langt igjen til målet om tilfredsstillende vannforsyning for alle innbyggere er nådd.

Samfunnsmedisinerne bør legge større vekt på å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen som grunnlag for tiltak i andre sektorer. Dette innebærer at helsetjenesten på denne måten medvirker til å få utløst tiltak i de sektorer som har virkemidlene. Det er en fare for at andre sektorer overlater ansvaret til helsetjenesten dersom helsetjenesten selv påtar seg for stort ansvar jf resultater vist i Vedlegg 4.

Norge befinner seg i en gunstig situasjon når det gjelder forekomsten av smittsomme sykdommer i forhold til land det er naturlig å sammenlikne seg med. God personlig hygiene og ernæring, god vaksinasjonsstatus i befolkningen, trygge næringsmidler, gode overvåkingssystemer og andre kontrolltiltak har bidratt til dette.

Utvalget ser på det rusmiddelforebyggende arbeidet som et viktig felt, spesielt i sammenheng med helsefremmende arbeid. Det vises til *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8 for nærmere omtale empowerment- og lokalsamfunnstiltak.

KAPITTEL 5

Mangfold i folkehelseabeidet i kommuner og fylkeskommuner

5.1 INNLEDNING

I dette kapitlet vil utvalget vise fram ulike måter kommuner og fylkeskommuner har angrepet sitt folkehelsearbeid på. Også statlige aksjonsprogram og annen innsats hvor aktiviteten er lagt til regionalt og lokalt nivå blir omtalt. Utvalget håper at de forskjellige modellene for organisering, finansiering, aktivitet og engasjement kan gi andre kommuner og fylkeskommuner gode ideer til hvordan de selv kan skape et godt folkehelsearbeid. Ikke minst vil modellene gi ideer til gode samarbeidsrelasjoner både mellom forvaltningsnivåer, mellom ulike sektorer på samme nivå og mellom offentlig og frivillig innsats. Som det vil gå fram av beskrivelsen nedenfor, er det stor aktivitet og stort mangfold mange steder - og uten at det er noen landsdekkende øremerket tilskuddsordning til folkehelsearbeid.

Modeller fra kommunene omtales i underkapittel 5.2, modeller fra fylkeskommunene beskrives i 5.3, og eksempler på relevante statlige og regionale program gis i 5.4. Her er det gitt eksempler fra viktige føringer i kommune- og fylkesplanleggingen, Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgavers (SOHO) forsøksprogram i fire modellfylker, Kultur- og helsesatsingen, satsing på tiltak overfor barn og unge, Lokal Agenda 21, HENÆR-senteret og eksempler på kirkens innsats i folkehelsearbeidet. Utvalget drøfter i 5.5 behovet for å samle inn og videreformidle ideer og erfaringer fra folkehelsearbeidet i et landsdekkende system. Utvalget kommer tilbake med konkrete forslag til tiltak i kapitlene 8, 9 og 10.

5.2 EKSEMPLER PÅ KOMMUNALT FOLKEHELSEARBEID

5.2.1 Innledning

Utvalget skrev i brev av 22.5.98 til et utvalg av landets kommuner bl.a. dette:

> «Utvalget er gjennom sitt arbeid til nå, blitt kjent med at det skjer mye spennende og nytt i folkehelsearbeidet i mange av landets kommuner. Det vil derfor være av stor interesse å få en oversikt over noen av disse kommunenes aktiviteter på dette området.»

Det ble videre understreket at kommunene ikke ble bedt om å utarbeide nytt materiale, men å sende det de allerede hadde.

De ca 70 kommunene utvalget henvendte seg til deltar i kommunenettverk av helse- og miljøkommuner, bærekraftige lokalsamfunn, kultur gir helse, demokrati, deltakelse og styring, funksjonshemmede og medvirkning m.v. 25 kommuner har besvart henvendelsen. Nedenfor gis noen eksempler på innsatsområder, organisering, finansiering, resultater og erfaringer. Det har av plasshensyn ikke vært mulig å gjengi all aktivitet i samtlige kommuner. Utvalget har derimot tilstrebet seg på å plukke ut eksempler på hvor forskjellig og mangfoldig folkehelsearbeidet i kommunene kan være. Aktiviteten i 13 kommuner illustrerer dette. Noen av aktivitetene har en klart sykdomsforebyggende dimensjon, andre en klart helsefremmende. Men det er ikke tvil om at alle de aktivitetene som er beskrevet nedenfor, går inn under paraplyen folkehelsearbeid.

5.2.2 Folkehelsearbeid i noen utvalgte kommuner og bydeler

Karasjok - en samisk kommune i Finnmark fylke

Som omtalt i *"Tendenser - dilemmaer - utfordringer"* i kapittel 7 er den samiske befolkningen en gruppe det er spesielt viktig å være oppmerksom på i et folkehelseperspektiv. Utvalget er derfor glad for å ha mottatt så mye relevant materiale fra Kautokeino kommune. Siden dette er den eneste samiske kommunen som har sendt inn sitt syn på hva som er relevant i folkehelsearbeidet, vil utvalget omtale kommunen spesielt grundig.

I kommunens oversendelsesbrev sies det bl.a.:

> «Innen folkehelsearbeidet i kommunen er det for tiden eldreomsorg, psykisk helsevern og økende antall unge mennesker som søker sosialhjelp som står i fokus. Vi registrerer økende psykososiale problemer blant barn og unge og ser også dette som prioriterte områder å jobbe i forhold til framover. I tillegg definerer vi arbeidet med å tilpasse offentlige tjenester og ordninger til samisk språk, kultur og livsbetingelser som en del av folkehelsearbeidet i en samisk kommune.
>
> I den senere tid er folkehelsearbeidet i vår kommune også blitt et anliggende for et mer formalisert tverrsektorielt samarbeid. Det gjelder spesielt innenfor arbeidet barn og helse, rusproblematikk, kultur gir helse, kriseteamarbeid (ressursgruppe) etc. Store deler av dette arbeidet er ikke nedfelt i særskilte planer eller notater, men fungerer likevel som et nettverksarbeid i forhold til forebyggende arbeid, informasjonsutveksling og i forhold til samarbeid om enkeltsaker/tiltak.
>
> Man har også i løpet av den siste tiden forsøkt å systematisere kommunens innsats innen folkehelsearbeidet ved å utarbeide ulike planer for dette arbeidet.
>
> Karasjoga gielda/ Karasjok kommune er en samisk kommune hvor ca 80 prosent av befolkningen er samisktalende. Det er derfor naturlig for oss å tenke folkehelsearbeid ut fra et flerkulturelt perspektiv med basis i samisk kultur og språk. For oss har derfor folkehelsearbeidet større omfang enn man tradisjonelt og umiddelbart vil tenke.»

(Brev fra Karasjok kommune 19.6.98, prosjektleder «Kultur gir helse» Ragnhild Vassvil Kalstad)

Disse planene og prosjektene på helse- og sosialsektoren er nevnt:

- Pleie- og omsorgsplan -retningsgivende for sektorens satsingsområder fram mot år 2000.
- Handlingsplan for eldreomsorgen 1998-2001.
- Psykiatriplan 1998-2001 (ikke ferdigbehandlet per 19.6.98).
- Rehabiliteringsplan med bl.a. et samisk rehabiliteringssenter i Karasjok (ikke ferdigbehandlet per 19.6.98).
- Ressursgruppe - en tverretatlig gruppe som trer i kraft i forbindesle med kriser, eksempelvis ved selvmord.
- Rusprosjektet som ledd i utviklingsprogrammet for styrking av sosialkontortjenesten.
- Situasjonsbeskrivelse fra sosialavdelingen i kommunen.

Det går fram at kommunen også har satt i gang prosjekter/tiltak og er med i ulike nettverk som har som formål å arbeide helsefremmende og forebyggende:

- Forsøksprosjektet «Kultur gir helse» knyttet opp mot den statlige satsingen.
- «Levekår i omstilling» - et kommunalt prosjekt som har som formål å dokumentere folks levekår i Karasjok, fremme tiltak, definere levekårsbegrepet i forhold til den omstillingen det samiske samfunnet i indre Finnmark befinner seg

i, initiere mer brukertilpassede (kulturtilpassede) og tverrfaglige tjenester og tiltak.
- Det er etablert et ungdomsservicekontor i kommunen «INFO-nuorra«-kontoret som har til hensikt å fungere som jobbsentral, informasjonssentral for ungdom m.v. Kontoret jobber tett opp mot kommunale etater, Arbeidsmarkedsetaten, oppfølgingstjenesten for ungdom, næringsliv o.l.
- Aksjonsprogrammet Barn og helse har initiert et tverrfaglig og tverretatlig samarbeid (nettverk) i kommunen.
- Teigmo helsegård - et alternativt behandlings- og rehabiliteringstilbud som er tilpasset samisk språk og kultur.

Kommunen har i tillegg tatt med det som skjer på undervisnings- og oppvekstfronten. Det er lagt ned betydelig arbeid for å utvikle en best mulig skole med basis i samisk språk og kultur. Dette kommer til uttrykk gjennom disse planene:
- Det foreligger en Spesialpedagogisk handlingsplan for kommunen 1998-2000 (per 19.6.98 ikke sluttbehandlet).
- Det pågår arbeid om avtalebasert samarbeid i styring av PPT i Indre Finnmark - Finnmark. I utgangspunktet er det snakk om et samarbeid mellom Karasjok og Kautokeino kommuner.
- Det er utarbeidet en tospråklighetsplan for kommunale barnehager og for småskoletrinnet i grunnskolen (per 19.6.98 ikke sluttbehandlet).
- «Buoret skuvla/Bedre skole» er en prosess som har gått over noen år, og som nå er i sluttfasen av sitt arbeid. Formålet med prosessen er å se nærmere på innholdet og organiseringen av skolen med henblikk på å lage en bedre lokaltilpasset skole i Karasjok.
- I sin virksomhet er kulturkontoret utadrettet og vektlegger samarbeid med frivillige organisasjoner, lag og foreninger. Hovedinnsatsområdet er barn og unge.

Steigen - en utkantkommune i Nordland fylke

Steigen kommune har sendt utvalget materiale som beskriver kommunens engasjement i prosjektet «Bærekraftige lokalsamfunn» og FYSAK (Kultur gir helse).

Nærmere om den statlige satsingen «Bærekraftige lokalsamfunn»:

«Bærekraftige lokalsamfunn» er ett av flere demonstrasjonsprosjekter i Norge som startet opp i kjølvannet av Rio-konferansen om miljø og utvikling i 1992. «Bærekraftig produksjon og forbruk» er tema for prosjektet og er knyttet opp mot Lokal Agenda 21.

Hovedmålsettingen er å fokusere på hvordan ulike deler av kommunenes produksjon og forbruk virker inn på miljø- og ressurssituasjonen globalt og lokalt og vise praktiske muligheter for å utvikle lokalsamfunnene i en mer bærekraftig retning. Prosjektarbeidet koordineres av Statens forurensningstilsyn (SFT) på vegne av Miljøverndepartementet.

Steigen kommune er som en av de utvalgte syv kommunene i Norge, den eneste kommunen i Nord-Norge. De andre deltakerkommunene er: Røros, Kristiansand S, Flora, Hurum, Fredrikstad og Stavanger.

Prosjektarbeidet Bærekraftig lokalsamfunn i Steigen kommune startet opp i 1996 og varer ut 1998.

Steigen ønsker å utarbeide «miljømodeller» som er tilpasset lokalsamfunn i distriktene. Steigen-prosjektet har fire grunnelementer:

1. Ressursbruk og forvaltning
   - energi

- lokale ressurser
- Forbruk
- avfall
- matproduksjon

2. Helse og livskvalitet
   - matkvalitet
   - bevegelse
   - psykisk velvære

3. Lokal identitet
   - lokal næringsstruktur
   - kulturbæring
   - tradisjonell kunnskap
   - kontakt mellom generasjoner

4. «Steigen i verden»
   - globale miljøutfordringer
   - global fordeling
   - lokalsamfunnets ansvar

Med utgangspunkt i en helhetstankegang skal det settes i gang tiltak som skal redusere miljøbelastningene, bedre livskvaliteten, styrke lokal identitet og øke bevisstheten om globale miljøutfordringer.

Styringsgruppen ledes av varaordfører. Ellers består den av miljøvernleder, kultur- og oppvekstleder, fisker, representant fra husstander, representant fra Kvinneuniversietet Nord og representant fra Naturvernforbundets Barentshavkontor.

Prosjektarbeidet er organisert i ulike delprosjekter. Gjennom disse håper kommunen å kunne mobilisere til en bred deltakelse i den lokale miljødugnaden fra:

- Enkeltmennesker/husholdninger.
- Frivillige organisasjoner (grendelag, idrettslag, fiskarlag, bondelag).
- Kommunale institusjoner: skoler, barnehager og sentraladministrasjon.
- Næringslivet.

Nærmere om FYSAK som del av «Kultur gir helse»

I Nordland er prosjektet FYSAK i etterhvert 25 kommuner Nordlands del av «Kultur gir helse». Samarbeidet mellom prosjektet «Bærekraftig utvikling» og FYSAK Steigen blir ivaretatt av at koordinator for «Bærekraftig utvikling» sitter i styringsgruppen for FYSAK. Begge prosjektområder er kommet i gang gjennom nasjonale satsinger og tilskuddsmidler.

Hva er FYSAK Nordland?

FYSAK Nordland er et modellprogram for fysisk aktivitet i utvalgte kommuner i Nordland. Programmet skal bygge opp modeller for systematisk bruk av tilpasset fysisk aktivitet i helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeid med forankring i kommunehelsetjenesten. Programperioden varer 1996-1999. FYSAK Nordland finansieres av Sosial- og helsedepartementet, Norsk kulturråd, SOHO og Norges Idrettsforbund. FYSAK drives av Nordland fylkeskommune i samarbeid med Valnesfjord Helsesportsenter, Nordland Idrettskrets, Friluftslivets Fellesorganisasjon og Fylkeslegen i Nordland.

For å delta må den enkelte kommune ha et positivt vedtak i kommunestyret, opprette en arbeidsgruppe, utnevne en lokal koordinator med tilknytning til

helsetjenesten, utarbeide en handlingsplan for FYSAK-arbeidet i kommunen og starte opp minst ett aktivitetstilbud det første året.

FYSAK Norland tilbyr deltakerkommuene bla. økonomisk støtte over 2 år samt andre former for støtte.

Handlingsplan for FYSAK Steigen:

FYSAK Steigen har valgt å satse på alle aldersgrupper og fremme en blanding av organiserte og uorganiserte tilbud. I en kommune som Steigen med spredt bebyggelse og lange avstander, må folk oppfordres til å bruke nærområdene på eget initiativ, samtidig som kommunen støtter opp om organisert virksomhet.

Høsten 1997 ble det gjennomført en kartlegging av eksisterende tilbud i lag og organisasjoner. Grendemøter ble holdt i flere lokalsamfunn.

Hovedmål for FYSAK i Steigen:

FYSAK skal organisere fysiske aktiviteter for Steigens befolkning for å skape og øke trivsel, fremme helse og gjøre innbyggerne bevisst på forholdet mellom fysisk aktivitet og helse.

Målet er å integrere fysisk aktivitet i kommunens helsetilbud.

FYSAK Steigen har eller har planlagt en rekke aktiviteter:

- Barneidrett instruktørkurs.
- Mosjonsskole aktivitetslederkurs.
- Kommunegruppe voksne (pasientgrupper rygg/nakke/hjerte/rehabilitering).
- Kommunegruppe barn (barn med spesielle behov).
- «Sirkus» (fysisk teater).
- Postkassetrim.
- Treningsgrupper (pasienter etter rekvisisjon fra lege).
- Sirkeltreningsgrupper.
- Gågrupper.
- Steigen «besøks- stafett».
- Eldretrim.
- Radiotrim.
- Avistrim.
- Informasjonskampanje og FYSAK-dag.
- Oppfordring til aktiviteter: FYSAK i vann, på ski, på sykkel, på tur, i hagen, hjemme, på Jenteløpet i Bodø.
- Pausegymnastikk.
- Svømmeundervisning.
- Badmintonturnering.
- Generasjonskafe.

Budsjettet for FYSAK Steigen i 1998 er ca. kr. 119.900. Av dette yter fylkeskommunen kr. 35 000 og kommunen kr. 35 000. Resten gjenstår som ubrukt fra 1997. Hele det budsjetterte beløp dekker utgifter til ovennevnte aktiviteter og går ikke til å administrere prosjektet. Som nevnt innledningsvis må deltakerkommunene i FYSAK Nordland selv oppnevne en koordinator.

Utvalget har merket seg at selv om det er mange av de samme målsettingene med hhv «Bærekraftig utvikling» og FYSAK Nordland, er vektleggingen ganske forskjellig. Det førstnevnte prosjektet er tungt forankret i sentraladministrasjonen i kommunen, og samarbeidspartene er knyttet opp til andre samfunnssektorer enn det som er tilfellet med FYSAk Steigen. Her er det et krav fra FYSAK Nordland om at de kommunale prosjektene skal knyttes opp mot kommunehelsetjenesten. Steigen har bl.a. som målsetting at fysisk aktivitet skal integreres i helsetjenesten.

Levanger - en storkommune i Nord-Trøndelag fylke

Levanger kommune har sendt utvalget årsrapport 1997 for sitt «kultur gir helseprosjekt» , HELKUL 1997-2000 og statusrapport for utvikling av en modell for skadeforebygging i kommunen. Her gjengis noen hovedpunkter fra HELKUL-prosjektet med vekt på politisk og organisatorisk forankring og finansieringskilder.

Nærmere om HELKUL 1997 - 2000 Levanger «Det handler om å leve»

Det vises ellers til punkt 5.4.4 hvor dette prosjektet er kort omtalt i forbindelse med presentasjonen av den statlige kultur- og helsesatsingen.

I Årsrapport 1997 sies det at dette prosjektarbeidet er et uttrykk for sammensatte prosesser og virksomheter i kommunen. Her nevnes 5 forskjellige faktorer som er viktige:

1. Sterk politisk og administrativ vilje til å satse på utviklingsarbeid innen dette feltet.
2. Gode erfaringer fra forebyggende helsearbeid.
3. Folkehelsa har en underavdeling i nabokommunen Verdal som har hatt ansvar for helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). Undersøkelsen har gitt Levanger kommune et grundig og detaljert bakgrunnsmateriale om helsetilstanden i befolkningen der også folks mentale helse er kartlagt.
4. Godt samarbeidsklima mellom etatene. Prosjektarbeid er akseptert som arbeidsform.
5. Rikt og variert kulturliv, godt utbygd organisasjonsliv, godt utbygd musikk- og kulturskole med tilbud innenfor musikk, dans, ballett, drama og billedkunst.

Politisk forankring og organisering:

Prosjektet har en sterk kommunal forankring og involvering. Kommunestyret vedtok ny organisering av prosjektet høsten 1997 der formannskapet ble referansegruppe og rådmann/etatsjefer ble styringsgruppe som består av:

– Rådmann
– Kontorsjef
– Skolesjef
– Kultur- og miljøsjef
– Kst. teknisk sjef
– Landbrukssjef
– Pleie- og omsorgssjef

Det er knyttet en lokal følge- og spredningsgruppe til prosjektet med representanter fra:

– Fylkeskomiteen for forebyggende helsearbeid i Nord- Trøndelag
– Norsk Musikkråd, avd. Nord-Trøndelag
– Nord- Trøndelag Idrettskrets
– Høgskolen i Nord-Trøndelag, avd. for helsefag
– Kommunenes Sentralforbund, Nord-Trøndelag
– Sosiologisk Instituttt, NTNU, Trondheim

Prosjektledelsen består av:

– Kultur- og miljøsjef
– Pleie- og omsorgssjef
– 2 prosjektkoordinatorer i tilsammen hel stilling (kommunelege I og en ansatt knyttet til undervisnings/kulturetat)

Hovedutvalg for kultur og miljø har lagt videreføring av kultur gir helse-arbeidet inn i sin virksomhetsplan for de neste 4 år.

Iflg årsrapporten deltar i alt 40 kommunalt ansatte i prosjektet. Disse kommer fra helse- og sosialetaten, kultur- og miljøetaten og undervisningsetaten.

En samfinansiering:
- Sosial- og helsedepartementet gir driftsmidler til prosjektet.
- Norsk Kulturråd gir tilskudd til prosjektkoordinator.
- Kommunen dekker utgiftene til kontorhold, trykking og markedsføring utad samt delfinanisering av prosjektkoordinatorstilling.
- De ansatte yter atskillig arbeidsinnsats til utvikling og gjennomføring.
- Kommunale utviklingsmidler til tverretatlig samarbeid.
- Forebyggingskomiteen for helseutvikling i Nord-Trøndelag til et delprosjekt.

Frei - en kommune i Møre og Romsdal fylke

Ledende helsesøster har sent utvalget en omfattende dokumentsamling som vurderes relevant for folkehelsearbeidet:
- Rapport fra arbeidet som miljøterapeut.
- Plan for forebyggende tiltak for utsatte barn og unge og deres familier.
- Helseopplysningsplan 94/98 og handlingsplan for 1998.
- Husstandsundersøkelse.
- Prosjekt ernæring - ungdom i Frei og Kristiansund.
- Årsrapport fra Helsestasjonsavdelingen.
- Prosjekt Barn - Helse - Miljø.
- Prosjekt for ulykkesforebyggende arbeid i Kristiansund og Frei.

Mål for Helseopplysningsutvalget:

Sentrale mål:
- Fremme helse gjennom gode levekår
- Forebygge sykdom og skade og sosiale problemer

Overordnede mål:
- Påvise forbindelser mellom samfunnsfaktorer og helse.
- Øke befolkningens kunnskap om faktorer som har betydning for helsen.
- Øke forståelse og motivasjon hos den enkelte for å fremme sin egen helse.
- Gi praktisk veiledning til bedre livsvaner.

Lokale hoved- og arbeidsmål:
- Redusere psykososiale problemer blant barn, unge og voksne.
- Redusere skader og ulykker.
- Redusere risikoen for belastningslidelser.
- Bedre inneklima i kommunale bygg.
- Redusere forekomst av hjerte/kar- og kreftsykdommer.

Helseopplysningsutvalget skal være ressursgruppe, rådgiver og koordinator for kommunens helseopplysningsarbeid, ulykkesforebyggende arbeid og arbeid med inneklimasaker. Utvalget skal:
- Samle data og kartlegge helseskadelige og helsefremmende forhold i kommunen.
- Planlegge og bidra til at det iverksettes tiltak av helsefremmende og forebyggende karakter i henhold til sentrale og lokale mål og prioriteringer.
- Koordinere sektorovergripende tiltak som kan bidra til å nå målene.
- Medlemmene skal arbeide for at alle sektorer integrerer aktuelle mål og tiltak i helseopplysningsplanen inn i sine tiltaksplaner.
- Være referansegruppe for kommunens barnerepresentant. (Brukerdeltakelse skal sikres ved at barnerepresentanten ber elevutvalgene peke ut en representant som kan bistå i aktuelle saker).
- Tilrettelegging og foreta målinger/kartlegging av inneklima.

- Det skal hvert fjerde år (i tilknytning til kommunevalget), utarbeides egen langtidsplan for utvalgets virksomhet. Denne planen skal behandles i helse- og sosialutvalget og kommunestyret.
- Det skal årlig legges fram en tiltaksplan, planen skal oversendes helse- og sosialutvalget, kommunestyret/formannskapet til orientering.

Utvalget foreslås å ha en viss myndighet og klare rapporteringsrutiner og skal møtes ca. 1 gang per måned.

Sammensetning:

- Ledende helsesøster (leder og sekretær)
- Kommunelege I (medisinsk faglig rådgiver og ansvarlig for arbeid med inneklimasaker)
- En representant fra oppvekstsektoren
- En representant fra plan- og bygningssektoren
- En representant fra kultur- og miljøsektoren
- En representant fra frivillige organisasjoner

Miljøvernleder skal delta når utvalget behandler saker av miljømessig karakter. Sektorene skal være representert av personell som har bestemmende myndighet - fortrinnsvis leder eller nestleder. Myndighet til å fastsette retningslinjer og utnevne medlemmer legges til rådmannen.

Volda - en kommune i Møre og Romsdal fylke

Kommuneoverlegen i Volda har sendt inn en egenevalueringsrapport fra et utviklingsprosjekt i sykdomsforebyggende, helsefremmende og miljørettet arbeid i Volda kommune 1990-94, Møreforsknings evalueringsrapport fra samme prosjekt og program for en nettverkssamling for Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner i Volda i juni 1998.

Bakgrunnen for kommunens engasjement i folkehelsearbeid skriver seg fra et helse- og miljøprosjekt som ble startet opp med utgangspunkt i helseavdelingen i kommunen i 1990. Dette var et Samlet plan prosjekt som varte til 1994. Med bakgrunn i svært gode erfaringer med prosjektet, ble Volda kommune invitert til å delta i etablering av Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner. Kommunen fikk i 1994 den nasjonale Folkehelseprisen. Utvalget velger å sitere fra kommuneoverlegens oversendelsesbrev:

Kommuneoverlegen skriver:

> «Vi ønskjer å drive helse- og miljøarbeid (les: Folkehelsearbeidet) omlag på den måte og etter den modell vi utvikla, og som vi er stolte over.
>
> Eg legg også ved Møreforskning sin vitskapelege evalueringsrapport Forebyggingskommunen? Som ein vil sjå var det godt fundert at Møreforskning sette spørjeteikn etter tittelen for botnen i vårt arbeide fall bort då midlane frå Samla plan gjekk ut.
>
> Prosjektet viser mange ting:
>
> - Korleis helsetenesta/ei kommunal helseavdeling kan nå ut i andre samfunnssektorar (90:10-regelen) som aktive pådrivarar for førebyggjande, helsefremjande og miljøretta arbeide.
> - Korleis skape og drive tverrfagleg samarbeid og aktivt samspel med andre samfunnssektorar.
> - Betydninga av befolkningsdeltaking og samspel med friviljuge organisasjonar.
> - Betydninga av at det blir skapt overskot i ein organisasjon (t.d. ei helseavdeling) i forhold til daglege driftsrutiner for å kome på offensiven med denne type arbeid. Den som skal koordinere arbeidet må

kunne «frikjøpast» frå daglege pasient og klientretta oppgåver.
- Betydninga av ein koordinerande instans, ein motor, i dette arbeidet og bensin = driftsmiddel til motoren.
- Betydninga av inspiratorar og ildsjeler i arbeidet.

Røynslene var elles at når statleg finansiering gjennom Samla Plan falt bort, så tapte denne type arbeid i dei harde økonomiske prioriteringar kommunepolitikarane måtte foreta. Vilkåra for fortsatt satsing etter den modell vi hadde etablert og utprøvd, vart betydeleg dårlegare.

Røynslene av og etter prosjektet er elles at det er særs viktig å ta vare på dei ildsjeler som brenner for dette arbeidet.

Ein av dei viktigaste erfaringar var at vi hadde etablert gode tverrfaglege og tverrsektorielle samarbeidsvegar og god kontakt med organisasjonar og næringsliv, og at de stiane vi hadde trakka opp i prosjektperioden, har vore lette å gå sidan.»

(Brev til Folkehelseutvalget av 12.6.98 fra kommuneoverlege i Volda, Arne Gotteberg)

Volda er som nevnt med i Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner og sto som arrangør av den siste nettverkssamlingen i juni 1998.

Flora - en kommune i Sogn og Fjordane fylke

Som det går fram av underkapittel 5.3 har Sogn og Fjordane lang tradisjon i helsefremmende og forebyggende arbeid i Norge. Flora kommune er en av de mest aktive «folkehelse» kommunene i fylket. Kommunen er i tillegg til å være nevnt i underkapittel 5.3 også omtalt i underkapittel 8.5 om levende lokalsamfunn. Det vises til begge disse omtalene.

Flora kommune har spesielt utmerket seg når det gjelder arbeidet med å utvikle lokalsamfunn. Flora kommune er ellers en av syv prosjektkommuner i Bærekraftige Lokalsamfunn som er knyttet til LA 21.

På utvalgets forespørsel har rådmannen sendt en rekke interessante dokumenter som forteller om kommunens brede syn på folkehelsearbeidet:
- Årsrapport og regnskap for Flora kommune 1997.
- Handlingsprogram og budsjett for Flora kommune 1998. Økonomiplan 1998-2001.
- Økonomiplan for Flora kommune 1999-2002.
- Skulehelseplan for Flora kommune.
- Prosjekt Berekraftige Lokalsamfunn. Lokal Agenda 21.
- Grønare kommunedrift mot år 2000. Administrasjon/fagkontor.
- Grønare kommunedrift mot år 2000. Barnehage.
- Grønare kommunedrift mot år 2000. Skule.
- Grønare kommunedrift mot år 2000. Idrettsanlegg.
- Grønare kommunedrift mot år 2000. Sjukeheim/aldersheim.
- Grønare Florabedrifter mot år 2000. Hotell.
- Grønare Florabedrifter mot år 2000. Camping/Rorbu.

Det går klart fram av oversendelesbrevet at kommunen mener det er svært viktig å kople det helsefremmende og forebyggende arbeid opp mot kommuneplanarbeidet og arbeidet med økonomiplan og handlingsprogram. I forbindelse med årsmeldingen for 1997 har kommunen valgt ut tema som skal synliggjøre den rollen som Flora kommune skal spille på i lokalsamfunnet:
- Fra forvaltning til samfunnsbygging.
- Offensiv by- og sentrautvikling.
- Heller forebygging enn reparasjon.

– Levende lokalsamfunn.
– Verdier for framtiden.

Disse temaene vil bli tatt inn som del av kommunens handlingsprogram for 1999.

Stavanger- en storkommune i Rogaland fylke

Kommunalavdeling helse-og sosiale tjenester har gjennom det materiale som er sendt utvalget, pekt på viktige områder i folkehelsearbeidet:

– Formannskapssak fra 1998 «infrastruktur i utbygningsbydelene». Her tas det initiativ for å motvirke problemer som kan forventes i raskt voksende bydeler i kommunen. Det fokuseres særlig på barns og unges situasjon.
– Prosjekt Bærekraftige lokalsamfunn Stavanger. Årsmelding 1997.
– Prosjekt «Grønn bydel» - Visjon Storhaug 2020. Et delprosjekt under Bærekraftige lokalsamfunn. Man ser om beboere, næringsliv og kommune kan finne nye modeller for samarbeid og utvikling av felles mål. Boforhold, helse- og sosiale forhold tas opp.
– Årsberetning for Samarbeidsutvalget for beboerforeningene på Storhaug 1997-1998. Foreningen koordinerer samarbeidet mellom beboerforeningene i området. Saker av felles interesse behandles. Kommunen står som arbeidsgiver for en prosjektansatt, miljøvernsjefen er kommunens kontaktperson.
– Årsrapport for Frivillighetssentralen i Storhaug bydel 1997.
– Sak om eierløse katter til kommunalstyret for helse- og sosiale tjenester i 1996. Eierløse katter er et problem i kommunen. Saken legger opp til et samarbeidsprosjekt med dyrebeskyttelsen. Erfaringene etter ca. 2 år er gode.
– Kartlegging av utestedenes etterlevelse av «røykeloven». Helsesjefen har inngått samarbeid med skjenkekontrollen om kontroll av utestedene.
– Styrking av arbeidet med forebygging av skader og ulykker.

Nærmere om Samarbeidsutvalget for beboerforeningene på Storhaug

I perioden 1990-1996 var Storhaug med på et prøveprosjekt med lokal bydelsforvaltning. Det ble da opprettet en koordineringsstilling med nettverksmidler som bl.a. arbeidet med oppstart av nye beboer- og velforeninger. Da den lokale bydelsforvaltningen ble vedtatt nedlagt, ble det etter initiativ fra Frivillighetssentralen og Storhaug Kultur og Fritid innkalt til et møte for å danne et koordinerende organ. Dette resulterte i Samarbeidsutvalget for beboerforeningene på Storhaug som ble stiftet i 1995. Per 17.9.97 består samarbeidsutvalget av 13 beboer- og velforeninger.

Blant de viktigste sakene som ble behandlet i 1997 er:

– Beboerforeningenes gatebruksplaner.
– Visjon Storhaug år 2020.
– Snikhybelisering.
– Trafikksituasjonen/randsoneproblematikken.
– Store utbyggingsprosjekter på Storhaug.
– Reguleringsplaner.
– Nye grøntarealer.
– Temamøter.
– Prosjektmedarbeiderstilling.

Samarbeidsutvalget har representanter og deltar i andre organisasjoner/lag som jobber for at Storhaug skal bli en bedre bydel å bo i. Utvalget har 1 representant med tale- og forslagsrett i Storhaug bydelsutvalg og 1 representant i styringsgruppen for Frivillighetssentralen. Utvalget sitter også i referansegruppen for Natteravnene på Storhaug. Både beboerforeningene og samarbeidsutvalget har engasjert seg i arbeidet med Visjon Storhaug år 2020.

Samarbeidsutvalget har fått en prosjektmedarbeider via midler fra Husbanken. En forutsetning fra Husbanken var at det ble utarbeidet en organisasjonsplan for stillingen. Dette er gjort i samarbeid med Stavanger kommune som er arbeidsgiver, mens Samarbeidsutvalget står for den daglige driften.

Eidsvoll - en kommune i Akershus fylke

Kommuneoverlegen i Eidsvoll har sendt utvalget:

- Helseprofil for Akershus som er lagt til grunn for å få en best mulig helseprofil for Eidsvoll kommune. Det statistiske materialet brukes i forbindelse med rullering av Kommuneplan for Eidsvoll. (Utvalget viser ellers til omtale av denne helseprofilen i *"Tendenser - dilemmaer - utfordringer"* i kapittel 7).
- Kommuneplanens arealdel. Kommuneplan 1995-2006.
- Forslag til Kommuneplan for Eidsvoll 1998 - 2009. Lagt ut til offentlig ettersyn 28.5.- 15.8.98.
- Plan for helsesøstertjenesten i skolene og helsestasjonene 1995.
- Forslag til gjennomføring av lege/helsesøsterundersøkelse i 8. klasse 1992.
- Mål - arbeidstiltak. Resultater i skolehelsetjenesten i videregående skole 1997.
- Planleggingsmøter for helsesøstrene/jordmødre på Eidsvoll helsestasjon 1996.
- Program for helsestasjonsarbeidet.
- Handlingsplan for svangerskapskontroll i Eidsvoll kommune 1987.
- Plan for rehabilitering i Eidsvoll kommune1996/97.
- Rehabiliteringstjenesten i Eidsvoll. Handlingsplan og tiltaksbeskrivelse 1998.
- Smittevernplan for Eidsvoll kommune 1995.
- Plan for tjenester til mennesker med psykiske lidelser1996.
- Borgen dagtilbud - en møteplass for mennesker med psykiske lidelser.
- Instruks for legevakt.
- Katastrofeplan - fred.

Kommuneoverlegen skriver at Eidsvoll har høy sykelighet og høy dødelighet. Helse ble av den grunn valgt som fordypingstema i forbindelse med kommuneplanarbeidet, og dette skulle fokuseres i alle avdelingers planer. Utvalget finner koblingen av det statistiske materialet fra Helseprofil for Akershus til arbeidet med kommuneplanen meget interessant. Som det går fram nedenfor har dette gitt klare føringer for innholdet i kommuneplanen og fokuseringen på helse, levekår og trivsel.

Nærmere om kommuneplanen for Eidsvoll 1998-2009 - Overordnet målsetting:

Eidsvoll kommune skal være en god kommune å bo og leve i. Dette bør være et mål og et felles ansvar for innbyggerne, de frivillige sammenslutningene og kommunen. Gjennom den kommunale virksomheten skal alle Eidsvolls innbyggere sikres en best mulig velferd og en rettferdig fordeling av de offentlige goder og byrder som kommunen kan påvirke.

Kommunens miljø, naturressurser og økonomi skal forvaltes til beste for nålevende og framtidige generasjoner.

Det ovennevnte anses også å ha stor betydning for befolkningens helse.

Kommunen har et eget punkt 4.2 Kommuneplanen i et helseperspektiv. Her står det bl.a.:

> «Eidsvolls innbyggere mener i en undersøkelse at Eidsvoll er en god kommune å bo i. Kommunen gir store muligheter for friluftsliv, det er gode sosiale nettverk her, folk bryr seg om hverandre og føler seg trygge.
>
> Nærmest som et paradoks til dette, viser statistiske oppgaver at levekårene i Eidsvoll, målt ved en indeks som i sum uttrykker sykeligheten, dødeligheten, arbeidsledigheten, sosialhjelpsbehovet og voldshyppigheten i befolkningen, er blant de dårligste i fylket. Eidsvoll kommune ønsker derfor gjennom kommuneplanen å fokusere på «helse».

Vi må være forberedt på at de grep vi gjør i dag for å bedre «helsa», kanskje ikke vil ha full effekt før om 10-20 år. Vi må altså fokusere på de langsiktige perspektivene i dette arbeidet.

.....

En måte å bedre befolkningens helse på, er å bedre levekårene. Dette er en tung prosess. Vi må legge forholdene til rette på en slik måte at vi får en befolkning med høyere utdanning, bedre økonomi etc. Det er mulig dette kan påvirkes gjennom en bevisst bolig- og bedriftsetablering og en bevisst utdanningspolitikk.

En helt annen måte å se dette på er å fokusere på de positive helseelementene, de som ikke inngår i levekårsstatistikken. Dette er forhold som kan gå under fellesbetegnelsen «trivsel». Vi kan rett og slett legge vekt på at folk skal oppleve å ha det godt. De skal for eksempel ha et godt sosialt nettverk, ha gode muligheter til livsutfoldelse og ha gode muligheter til natur- og kulturopplevelser. Dette vil nok kanskje ikke gi de store utslag på levekårsstatistikken, men gjennom en slik satsning vil vi bidra til å gi dagens befolkning i Eidsvoll en bedre livskvalitet. Aktuelle tiltak kan for eksempel være bedre tilrettelegging for friluftsliv - også i nærmiljøet, bedre tilrettelegging av fri- og fellesområder, reduksjon av støy og annen forurensning, større satsing på kulturtiltak og ulike tiltak i skole- og barnehagesektoren. Dette vil vi komme nærmere tilbake til i de enkelte sektorenes delplaner.

Mye av dette vil bli nærmere konkretisert gjennom lokal handlingsplan for bærekraftig utvikling og miljø, en såkalt Lokal Agenda 21, der også helseperspektivet vil være et viktig element.....»

(Forslag til Kommuneplan for Eidsvoll 1998-2009. Offentlig ettersyn 28.5 - 15.08.98)

Kommuner i Østfold fylke

Det er verdt å merke seg at Østfold fylkeskommune har fått forsøksstatus i folkehelsearbeidet, og at fylkeskommunen driver aktivt overfor kommunene i fylket. Dette kan være noe av årsaken til at hele fire kommuner har sendt inn materiale til utvalget. Dette bekrefter at en engasjert og aktiv fylkeskommune kan bidra mye til å stimulere kommunene til å ta folkehelsearbeidet på alvor. Det vises ellers til omtalen av Østfold fylkeskommune i underkapittel 5.3 nedenfor.

Rakkestad kommune

Rakkestad kommune (Rådmannskontoret) har sendt utvalget en fyldig dokumentsamling som listes opp nedenfor for å gi et inntrykk av hvordan Rådmannskontoret vurderer hva som er relevant i kommunens folkehelsearbeid:

1. Skisse til Rakkestads nye kommuneplan 1997-2008 (1998-2009) ble vedtatt av kommunestyret 19.12.96. Beskrivelsen av «Rakkestad, den trygge kommunen» inngår i denne skissen.
2. Formannskapet vedtok 18.7.97 at Rakkestad skulle delta i kartleggingsprosjektet «Forebygging av psykososiale problemer i barnefamilier». Kartleggingen pågikk i perioden 1.1. - 1.7.98.
3. Handlingsplanen for helse-, pleie- , rehabilitering-, omsorg- og sosialtjenester for perioden 1998-2001 rulleres. De fleste underkapitlene har forebyggende arbeid som en del av virksomheten.
4. Kommunestyret vedtok 29.1.98 en ny organisering av prosjektet «Rakkestad, den trygge kommunen». Det er utarbeidet en årsrapport for 1997 og 4 handlingsplaner for innsatsområdene: ulykker, belastningslidelser, inneklimasykdom-

mer og psykososiale problemer. I punkt 5 i vedtaket er det gitt signaler om hvordan en vil det nye folkehelsearbeidet skal se ut.

5. Kommunestyret vedtok 18.6.98 kommunens psykiatriplan 1998-2002. Forebygging er spesielt omtalt, men mange av de øvrige tiltakene vil også ha en forebyggende effekt.
6. Plan for medisinsk rehabilitering fra 1996.

Nærmere om Rakkestads nye kommuneplan

I Skisse til Rakkestads nye kommuneplan (12-års plan) er visjonen beskrevet slik:

Visjon - «Rakkestad - den trygge kommunen» - Overordnede mål:

– Oppbyggingen av kommunen skal ha som formål å skape trygge, funksjonelle og sikre livsmiljøer på lang sikt. For å oppnå dette er det nødvendig med et helhetssyn på sammenhengen mellom bolig, arbeid, utdannelse, omsorg, pleie og service.
– Vedtak som berører livsmiljøet skal gjøres av de innbyggerne som er berørt, eller så nær disse som mulig. Lokalt engasjement, identifikasjon med lokalsamfunnet, og lokalt fellesskap er selve grunnlaget for en sunn og robust kommune.
– Lokalsamfunnet skal utgjøre innbyggernes sosiale basis. Det er også viktig at kommunikasjon og tilgjengelighet gir innbyggerne mulighet til å benytte storsamfunnets rike mangfoldighet.
– Kommunens tekniske forsyningssystem (strøm, vann, avløp, renovasjon m.v.) skal være brukervennlig og planleggingen av disse skal være basert på en bærekraftig utvikling. Ressurskrevende og komplisert teknikk skal så langt mulig være kombinert med lokale reservesystem.
– Ulykkesforebygging skal være en integrert del i arbeidet for å skape en trygg og robust kommune, jf WHO's kriterier for «Trygge lokalsamfunn».
– God flyt av informasjon fra kommunen som bedrift til innbyggerne og andre veien, er en forutsetning for en trygg kommune.

Som ledd i kommuneplanarbeidet skal det igangsettes flere delprosjekter. Et av disse delprosjektene - Rakkestad - den trygge kommunen - er å bygge bro mellom kriseplanlegging i fredstid i regi av Direktoratet for sivilt beredskap og arbeidet mot «Trygge lokalsamfunn» i regi av WHO. Utgangspunktet for begge er et «føre var«-prinsipp og skadeforebyggende arbeid. Grunnlaget for delprosjektet er risiko- og sårbarhetsanalyse for Rakkestad 1996, Kriseplan 1997 for Rakkestad og WHO's kriterier for «Trygge lokalsamfunn». Arbeidsgruppen som skal stå for dette delprosjektet har fått navnet «Folkehelsekomite».

Sarpsborg kommune

Sarpsborg kommune er sammen med Våler og Spydeberg forsøkskommuner i Folkehelseprosjektet i Østfold. I tillegg driver eller forbereder kommunen iverksetting av flere andre prosjekter som kommunen mener helt eller delvis faller inn under utvalgets definisjon av folkehelsearbeid. Kommunen har ansatt en koordinator for Folkehelseprosjektet som er plassert i Sentraladministrasjonen. Materialet kommunen har sent utvalget viser noe av bredden i Sarpsborgs helsefremmende og forebyggende arbeid:

– Prosjekt «Samordning av forebyggende arbeid overfor barn og unge» som startet opp i august i år.
– Nærmiljøprosjekt i to bydeler.
– Kartlegging av småbarnfamiliers trivsel og levekår.
– Kartlegging av skoleelevers forhold til rusmidler. Undersøkelsen er planlagt

høsten 1998 med ca. 4 500 deltakere.

Et siktemål med prosjektene er at man ved årsskiftet 1999/2000 skal vurdere å etablere en fast forebyggingsorganisering i kommunen. Denne vil omfatte folkehelsearbeid.

Nærmere om prosjektet «Kartlegging av småbarnsfamiliers trivsel og levekår» 1997-1999:

Bakgrunnen er at 8 kommuner i Østfold er valgt ut til å delta i et større utviklingsprosjekt. Helsestasjonsvirksomheten i Sarpsborg utgjør et av prosjektområdene.

Hensikten med undersøkelsen er å få bedre kunnskap om hvordan småbarnsfamilier i kommunen opplever sin hverdag. Opplysninger om dette skal etterhvert formidles til politikere, administrasjon og allmennheten slik at de reelle levekårene blir synliggjort. Prosjektet håper dette kan bidra til at det blir laget mer barnevennlige bomiljøer og bedre støtte- og avlastningstiltak for barnefamilier.

Prosjektet skriver til samarbeidsparter og brukere av helsestasjonen at en i dag vet mye om ulike befolkningsgrupper, men at det mangler systematisk kunnskap om barnefamiliers levekår. Særlig mener prosjektet det mangler undersøkelser hvor barnefamiliene selv forteller hvordan de har det, og hvilke forhold de selv mener burde legges bedre til rette. Prosjektet mener at mangel på slik kunnskap kan være noe av årsaken til at tiltak for familier med barn ikke blir prioritert i tilstrekkelig grad.

Fylkeslegen i Østfold koordinerer undersøkelsen på tvers av kommunene og står for tilrettelegging av den praktiske gjennomføringen. Folkehelsa er faglig ansvarlig for bearbeiding og analyse av de opplysningene som samles inn. Ved utgangen av 1998 vil Folkehelsa tilbakeføre grupperte opplysninger til hver helsestasjon som deltar. Det vil deretter bli utarbeidet kommunevise rapporter.

Prosjektet i Sarpsborg håper at kunnskapen om småbarnsfamiliers trivsel og levekår skal danne grunnlag for en tverrfaglig og tverrsektoriell oppfølging i kommunale handlings- og økonomiplaner. På denne måten kan resultatet av undersøkelsen være et bidrag til kommunens arbeid med å forebygge og løse problemer for målgruppen, men også bidra til å utløse viktige ressurser i nærmiljøet.

Spydeberg kommune

Miljøkommunen Spydeberg deltar både i Folkehelseprosjektet i Østfold fylkeskommune og i Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner. Kommunen har sendt utvalget:

- Folkehelseprosjektet - Statusrapport 1997 (behandlet i kommunestyret mars 1998).
- Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner - Statusrapport 9.3.98.
- Spydeberg kommune mot år 2016 Kommuneplanens langsiktige del (vedtatt av kommunestyret 25.11.97).
- Kommunedelplan for helse- og miljøvern 1997-2016 (vedtatt av kommunestyret 25.11.97).
- Handlingsplan 1998 - 2001 med budsjett 1998 og økonomiplan.

Det opplyses at Spydeberg kommune nå er å finne på internett med egenproduserte hjemmesider hvor kommunens folkehelsearbeid presenteres.

Nærmere om Kommuneplanens langsiktige del - Visjonen i kommuneplanen er Miljøkommunen Spydeberg.

Det sies om dette bl.a.:

- Visjonen er en utfordring for innbyggerne. En miljøkommune kan ikke vedtas, men skapes gjennom det liv kommunens innbyggere lever. Enhver tanke og

handling vil være med på å bestemme framtiden.
- Innbyggerne bestemmer om miljøkommunen skal bli en realitet, eller en floskel.
- Visjonen innebærer at livsmiljøet settes i sentrum. Innbyggerne skal ha det godt i Spydeberg. Alle bør sikres en sosial trygghet. Dette gjelder uavhengig av alder, kjønn, nasjonalitet, livssyn og sosial status.
- Selv om målet er at alle skal ha det best mulig, må barn, funksjonshemmede, eldre og syke prioriteres aller høyest ved fordeling av felles ressurser.

I planens 5.3 Helse er hovedmålet:

Hensynet til miljø og helse skal være med på å legge premisser for en helhetstanke i all planlegging og utbygging.

Dette vil kommunen gjøre:
- Ta vare på tettsteds- og bygdeutviklingen slik at miljø og helse tas vare på, og slik at sentrum og rekreasjonsområder blir lett tilgjengelige uavhengig av alder, funksjonsnivå eller framkomstmiddel.
- Ta vare på og bedre vannkvaliteten i vassdrag og sørge for god drikkevannskvalitet.
- Drive forebyggende helsearbeid som påvirker befolkningen til en sunnere livsstil.
- Bidra til at Spydeberg er et godt sted å bo, arbeide og vokse opp ved at man i større grad har sosiale nettverk.
- Restaurere kommunens bygninger, barnehager og skoler slik at de får tilfredsstillende inneklima og ventilasjonsanlegg innen år 2005.
- Redusere støy- og støvproblemene mest mulig for å unngå helse- og trivselsmessige ulemper.
- Stimulere til at avfallsproduksjonen reduseres, herunder også skadelige stoffer i avfallet, samt påvirke til redusert forbrukerpress.
- Verne og utvikle lokal kultur, friluftsområder og kulturminner, slik at innbyggernes kontakt med sine «røtter», natur og den historiske forankringen styrkes.
- Forhindre hærverk, forsøpling og skader på naturen ved kunnskapsformidling, informasjon og holdningsskapende arbeid.
- Legge til rette for tilfredsstillende legedekning.

Våler kommune

Våler kommune deltar sammen med Sarpsborg og Spydeberg i Østfold fylkeskommunes Folkehelseprosjekt. Omtalen er basert på Statusrapport 1997.

Nærmere om Folkehelseprosjektet i Våler:

Det faste utvalget for oppvekst og levekår som fikk seg forelagt sak om å delta som forsøkskommune i fylkeskommunens Folkehelseprosjekt besluttet i september 1996 at kommunen skulle delta. Kommunen oppnevnte deretter en Folkehelsekomite med politiske representanter: ordfører, leder for Fast utvalg for oppvekst og levekår, leder for Fast utvalg for natur og miljø og opposisjonsleder i kommunestyret. I tillegg er det opprettet en lokal styringsgruppe som består av rådmannen, assisterende rådmann, natur- og miljøsjef, kultur- og undervisningssjef og helse- og sosialsjef. Helse- og sosialsjefen er prosjektleder.

I 1997 har hoveddelen av aktivitetene knyttet til Folkehelseprosjektet bestått i etablering av prosjektgrupper og igangsetting av de tre hovedprosjektene som er
1. Aktiv dialog
2. Sunt innemiljø
3. Fiin gammel

Litt mer om prosjektet Aktiv dialog - Målsettingen er:

Å utvikle en modell for et sunt arbeidsmiljø som i løpet av prosjektperioden kan minske belastningslidelsene og redusere sykefraværet for virksomhetene som deltar.

Våler kommune har valgt å rette innsatsen mot ansatte i pleie- og omsorgstjenesten og renholdstjenesten. Trygdeetaten er en sentral samarbeidspart. Det er etablert en prosjektgruppe som består av kommunelege I, leder for pleie- og omsorgstjenesten, fagkonsulent, husøkonom, personalkonsulent, fagforeningsrepresentanter og trygdesjefen.

Det er gjennomført en kartlegging av arbeidsmiljø og helsetilstand blant alle ansatte i de to virksomhetene. Det skal deretter utarbeides en tiltaks- og handlingsplan. Andre viktige saker har vært å arbeide med sykefraværsstatistikk og registeringsrutiner, fysisk trening, løfteteknikker, rutiner for oppfølging av langtidssykemeldte og utarbeiding av lokal handlingsplan.

Nærmere om Folkehelsekomiteens aktivitet i 1997 - Komiteen har gitt økonomisk støtte til:

1. Røykekuttkampanje som varer ut 1999.
2. Rusforebyggende tiltak.
3. Forebygging av psykososiale problemer.
4. Trafikksikkerhetstiltak.
5. Radonmålinger.

Det er ellers gjennomført en bredt anlagt helseundersøkelse i kommunen. 1200 innbyggere deltok. Undersøkelsen forventes å kunne gi et bedre grunnlag for å vurdere på hvilke områder det er viktig å sette inn tiltak av forebyggende og helsefremmende karakter.

Oslo kommune

I publikasjonen «Oslohelsa. Utredningen om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene» (Ullevål sykehus, Klinikk for forebyggende medisin, 1998) er helsefremmende og forebyggende arbeid et hovedtema. Det vises ellers til *"Tendenser - dilemmaer - utfordringer"* i kapittel 7 hvor spørsmål som gjelder ulikhet i helse og levekår i utredningen er omtalt mer utførlig. Her nevnes bare noen eksempler på forebyggende arbeid i noen av Oslos bydeler. I boken «Levende lokalsamfunn. Prinsipper og strategier for områdeforvaltning» (Gidske Holck, Kommuneforlaget, 1995) gis eksempler på lokalsamfunnsutvikling i bydel 15 Hellerud. Et viktig folkhelseprosjekt «Primærmedisinsk verksted» i Bydel 6 Gamle Oslo er beskrevet utførlig i *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8 og gjentas ikke her.

Bydel 3 St. Hanshaugen - Ullevål

Ulykkesforebyggende arbeid blant eldre:

Prosjektet ble finansiert med midler fra den statlige satsingen «Samlet plan» med start 1989 og avslutning 1994. Det gikk ut på å gjennomføre praktiske tiltak i det ulykkesforebyggende arbeidet i det enkelte hjem blant eldre i bydel 3 ved hjelp av hjemmehjelpere under veiledning av ergoterapeut og med bistand fra altmuligmanntjenesten. Alle hjemmeboende innbyggere over 75 år i bydelen fikk tilbud om hjemmebesøk med gjennomgang av leiligheten og om praktisk bistand til iverksetting av endringer. Et viktig mål med prosjektet var også å øke risikobevisstheten blant eldre. Etter prosjektets avslutning er arbeidet gått inn i den ordinære virksomheten i bydelen.

Helsestasjon for ungdom:

Bydelen har drevet prosjektet «Helsetjeneste til ungdom» som også ble finansiert over midlene til «Samlet plan». Prosjektet har vært et samarbeidsprosjekt mellom bydel 3 og bydel 2 Uranienborg - Majorstua i perioden 1993-94. Hovedmålsettingen var å starte et eget tilbud om helsetjenester til ungdom 12- 20 år hvor de kunne komme innom en ettermiddag eller kveld per uke uten timebestilling. De fikk tilbud om å snakke med helsesøster og/eller lege og få nødvendige undersøkelser og behandling gratis.

En prosjektgruppe bestående av folk fra helsestasjon, legetjeneste, ungdomsklubb, sosialsenter og bydelsadministrasjon planla tiltaket. Virksomheten gikk etter avslutning av prosjektet inn i bydelens ordinære drift som «Helsestasjon for ungdom» og er fortsatt et samarbeid mellom de to bydelene. Fordi bydelene ikke har hatt kapasitet til en god skolehelsetjeneste i videregående skole, har helsestasjon for ungdom blitt en erstatning for denne.

Bydel 4 Sagene - Torshov

Sosialmedisinske forhold hos leieboere i kommunale og ikke-kommunale leiligheter:

Sagene-Torshov har Oslos største konsentrasjon av kommunale utleieboliger (nesten 4 000 av 15 000). Det er 15.442 ikke-kommunalt eide leiligheter i bydelen. Bydelen har et særlig høyt antall barnevernsaker, et stort antall sosiale stønadssaker, høy uføretrygd- og arbeidsledighetsrate, høy andel personer over 80 år, og mange utskrivingsklare pasienter som venter på sykehjemsplass. Det ble antatt at en stor andel av disse bor i kommunale leiligheter, men det har vist seg vanskelig å dokumentere dette. I forbindelse med bydelens boligprogram 1997-2001 er det foretatt en sammenlikning av en del uheldige sosialmedisinske faktorer i de to gruppene leiligheter (bydelsoverlege Harald Natvig).

For samtlige uheldige faktorer (offentlig oppnevnt verge, smitteførende tuberkuløse, misbrukere av A- og B-preparater, bolighygiene, inneklima) var det en statistisk signifikant forskjell mellom kommunale og ikke-kommunale leiligheter i disfavør av de kommunale leilighetene, og de som bor der. Undersøkelsen indikerer at det er behov for:

– bedre oppfølging av kommunale beboere
– endre rutinene ved tildeling av kommunale leiligheter
– tilby spesielt vanskeligstilte ulike typer omsorgsboliger

Bydel 15 Hellerud

Hellerud bydel var en av fire bydeler som gjennom Oslo kommune og Sosial- og helsedepartementet ønsket å videreføre erfaringene fra Flora-prosjektet samt å realisere bydelens strategiske plan for 1993-97 som gikk under mottoet «Økt livskvalitet. Deltakelse/tilhørighet i levende lokalsamfunn». I den strategiske planen fastslår bydelen at det ikke er formålstjenlig å definere satsingsområder knyttet til enkelte alderskategorier eller grupper med spesielle behov, men at tiden var moden for en mer helhetlig forståelse av livsarenaene og for tverrfaglige arbeidsmåter i lokalmiljøene.

I bydelen ble det etablert samarbeidsorgan satt sammen av representanter fra flere sektorer og forvaltningsnivåer:

– Tjenestelederforum i de tre lokalsamfunnene: Tveita, Haugerud og Trosterud.
– Områdeforvaltning for Haugerud - enhetlig ledelse av bydelens tjenester i lokalsamfunnet.
– Samarbeidsforum mellom bydelsforvaltningen, Næringslivets hovedorganisasjon (NHO) for Oslo og Oslo og Akershus videregående skole.

Noen eksempler på iverksatte tiltak:

Norskopplæring for innvandrerkvinner med «mikrobarnehage» mens mødrene hadde norskopplæring. Et samarbeidsprosjekt mellom tjenestelederforaene og Arbeidernes opplysningsforbund (AOF). Tiltaket er etablert som permanent tilbud i bydelen uten nye kommunale kostnader.

Lekselesingsprosjektet - et samarbeid mellom skolene og bydelsforvaltningen om hjelp til lekselesing i skolene etter skoletid. Tiltaket utløste «friske» statlige midler.

Formiddagstreff for hjemmeværende mødre på ungdomsklubbene.

Samarbeid med frivillige organisasjoner og borettslag. Eksempel: «Internasjonal venneforening» i bydelen har ført til at nye landsmenn har arrangert julaftenfeiring for nordmenn.

5.3 EKSEMPLER PÅ FYLKESKOMMUNALT FOLKEHELSEARBEID

5.3.1 1nnledning

Utvalget ba landets fylkeskommuner i brev av 2. mars 1998 om å få tilsendt dokumenter (helseprofiler, fylkesplaner, fylkesdelplaner, prosjektbeskrivelser og annet relevant materiale) som kan belyse fylkeskommunenes aktivitet i folkehelsearbeidet. Utvalget presiserte at det ikke var meningen at fylkeskommunene skulle produsere nytt materiale, men sende inn det den enkelte fylkeskommune mente var relevant for utvalgets arbeid. Det er 13 fylkeskommuner som har sendt inn materiale. Utvalget har valgt å ta med eksempler fra alle disse fylkeskommunene nettopp for å vise den bredden som eksisterer på fylkeskommunalt nivå, og for å dokumentere hvor viktig fylkeskommunene mener fylkesplanleggingen - fra planprosessen til den politiske sluttbehandlingen og gjennomføringen - er for folkehelsearbeidet.

5.3.2 Folkehelsearbeid i noen utvalgte fylkeskommuner

Østfold

Østfold fylkeskommune har igangsatt et omfattende folkehelsearbeid med bakgrunn i det utvidede helsebegrepet og kaller det for «det nye» folkehelsearbeidet der helse er mer definert som fravær av sykdom, og hvor mobilisering av ressurser i fellesskap mellom befolkningen og offentlige myndigheter er det beste utgangspunkt for gode lokale løsninger.

Fylkeskommunen skriver at selv om hovedinnsatsen gjøres i nærmiljøet, har også fylkeskommunen et ansvar. I Østfold er dette synlig gjennom organisering, tilbud om spesielle tjenester til involverte kommuner og prosjektdeltakelse. Fylkeskommunens folkehelsearbeid inngår i den ordinære plan- og budsjettstyringen av fylkeskommunen og har høy prioritet.

Ideen bak «det nye» folkehelsearbeidet

I forordet til driftsplan 1998-99 for Folkehelseprosjektet går det fram at fylkesplanen «Sammen om det sunne Østfold» har løftet fram folkehelse som et prioritert innsatsområde. Hensikten er å skape et klima for «det nye» folkehelsearbeidet hvor målet er å oppnå økt livskvalitet, reduserte lidelser og færre skader for befolkningen. Denne tilnærmingen fokuserer ikke bare på risikofaktorer som må fjernes for å unngå skader. Like viktig er det å sette søkelyset på faktorer som fremmer helsen for den enkelte. Dette krever et helhetssyn på menneske, miljø og samfunn.

En hovedstrategi for å lykkes er sektorovergripende innsats. Det stiller store krav til samordning og samarbeid på tvers av sektorer og nivåer. Det er nødvendig med et aktivt, lokalt engasjement for å lykkes. En mobilisering av ressurser i fel-

lesskap mellom befolkningen og offentlige myndigheter er det beste utgangspunkt for gode lokale løsninger.

Fylkesplanens mål og strategier er fulgt opp med «Folkehelseprosjektet» som innenfor et avgrenset geografisk område kan gå i dybden på forebyggende arbeid. Innenfor rammen av dette prosjektet kan erfaringer høstes og effekter dokumenteres. Gode erfaringer kan overføres til andre. På denne måten kan fylkesplanens intensjoner virkeliggjøres over tid. Forankringsarbeidet må stå i fokus slik at de tiltak og løsninger man anbefaler kan fortsette i ordinære former. Målet er at hele Østfold kan delta i «det nye» folkehelsearbeidet.

Folkehelseprosjektet har definert fire innsatsområder:

– Belastningslidelser: Bedre arbeidsmiljøet og forebygge skader.
– Astma/allergi: Bedre inneklima i skoler og barnehager.
– Fallulykker i hjemmet: Minske omfanget av eldreulykker.
– Psykososiale problemer: Bedring av livskvaliteten for barn og unge i risikosoner.

Østfold er iflg egen beskrivelse prøvefylke for «det nye» folkehelsearbeidet for Sosial- og helsedepartementet, Miljøverndepartementet og Kommunenes Sentralforbund. Prosjektet har en varighet fra 1996 til år 2000 hvor årene 1998 til 2000 er fulldriftsfase. Kommunene Våler, Spydeberg og Sarpsborg er pilotkommuner.

Prosjektet er forankret i fylkesplanen «Sammen om det sunne Østfold». Når ny lov om spesialisthelsetjenester blir vedtatt med den foreslåtte formålsparagrafen (§ 1) mener fylkeskommunen det er naturlig å forankre prosjektet også etter denne loven.

Østfold fylkeskommunes økonomiplan forutsetter et årlig tilskudd på 2,5 mill kroner i planperioden. Sosial- og helsedepartementet og Miljøverndepartementet bidro i 1996 med kr. 750 000. I budsjettanslag for 1996 er det anslått at Staten bidrar med kr. 625 000 og kommunene med kr. 375 000.

Landbruksbasert omsorg

Østfold fylke ved Landbruksavdelingen, Fylkesmannsembetet, har de senere årene prioritert næringsutvikling i landbruket. Landbruksbasert omsorg er et av satsingsområdene. I heftet » «Grønn omsorg» aktivitet, jobb og læring. Informasjonshefte om landbruksbasert omsorg i Østfold» skisseres landbruksbasert omsorg slik:

«Landbruket disponerer ressurser som kan brukes til å skape meningsfylt arbeid, aktivisering og læring i et gårdsmiljø. Det ytes bistand og enkeltmennesket gis den omsorg han eller hun har behov for.

Kommunen har primæransvaret for omsorg og helse. Nye tilbud må derfor ha sitt utspring i kommunens behov, og de må utvikles og gjennomføres i samarbeid med kommunens etater.

Drivkraften må ligge i kommunen mens Fylkesmannens landbruksavdeling eller det enkelte landbrukskontor blir en katalysator som sørger for at det blir gjort kjent at en del gårdsbruk både har ledig kapasitet og de personlige egenskaper som etterspørres.»

Hvem kan benytte tilbudet? Enkeltpersoner og grupper er aktuelle brukere:

– Barn og unge med tanke på alternativ undervisning, aktivisering og omsorg. (Eks. familiebarnehage, tilrettelagt undervisning, fritidstilbud, fosterhjem, besøkshjem, beredskapshjem).
– Voksne uføre med psykiske lidelser som har behov for arbeid og aktivisering. (Eks. tilrettelagt arbeidstreningstilbud).
– Psykisk utviklingshemmede med behov for arbeid og aktivisering. (Eks. tilrettelagt arbeidstreningstilbud).

Akershus

Akershus fylkeskommune har i ca. 12 år hatt en egen forebyggingsavdeling ved Sentralsykehuset i Akershus (SiA). Etter hvert har også andre sykehus fått egne helseopplysningskonsulenter og øremerkede midler til forebygging, samt helseopplysningsutvalg ved de somatiske sykehusene. Det drives en rekke forebyggingsprogrammer i regi av sykehusene:

– røykeavvenningsprogram,
– program om samlivsproblematikk,
– program for å forebygge spiseforstyrrelser,
– program for forebygging av belastningslidelser, program om sorgproblematikk o.l.

Andre tiltak som kan nevnes er temadager om alkohol, ernæring/kosthold/grønne kantiner m.v.

Iflg fylkeskommunen bidrar helseopplysningsarbeidet ved sykehusene til å åpne sykehusene mot samarbeidsmiljøer i kommuner og organisasjoner og til satsing innen sykehus på tvers av fag og avdelinger.

De somatiske sykehusene retter seg mot ideen om Health Promoting Hospitals (helsefremmende sykehus). Sentralsykehuset i Akershus har vært assosiert medlem av nettverket i flere år, men Akershus-sykehusene - først og fremst Sentralsykehuset i Akershus og Bærum sykehus - samarbeider nå med Østfold fylkeskommune om etablering av et norsk nettverk av helsefremmende sykehus.

Fylkeskommunen finansierer et treårig forskningsprogram ved Stiftelse for helsetjenesteforskning (HELTEF). Publikasjonen «Helseprofil for Akershus» er første delrapport i programmet. Det vises til omtale av denne i *"Tendenser - dilemmaer - utfordringer"* i kapittel 7. Neste del av forskningsarbeidet skal kartlegge egenopplevd helse. Det planlegges også et større arbeid ved SiA som er en kombinasjon av livsstilsintervensjon og forskning - rettet mot hjerte-/karlidelser.

Fylkeskommunen mener at potensialet for folkehelsearbeid i fylkeskommunens regi er stort. Det største potensialet er knyttet til fylkeskommunens regionale utviklingsoppgaver. Fylkeskommunens store utfordring er å bidra til en positiv (lokal) samfunnsutvikling som fremmer trivsel, tilhørighet, nærhet og opplevelse av mening og sammenheng.

Oslo

Helseplan for Oslo 1997-2000

Forebyggende og helsefremmende arbeid er ikke omtalt i Helseplan for Oslo 1997-2000. Denne planen trekker opp hovedretningslinjene for organiseringen av Oslo kommunes somatiske og psykiatriske spesialisthelsetjenester for denne fireårsperioden. Det vises ellers til utredningen «Oslohelsa. Utredningen om helse,miljø og sosial ulikhet i bydelene» som er omtalt både i 5.2.2 ovenfor og i *"Tendenser - dilemmaer - utfordringer"* i kapittel 7 som eksempel på norske helse- og levekårsutredninger. Denne utredningen viser også Oslos innsats som fylkeskommune.

Buskerud

Aktiv i folkehelsearbeid

- Buskerud fylkeskommune vedtok i oktober 1994 en Plan for helsefremmende og forebyggende arbeid. Planen har vært grunnlag for en 4-årig prosjektsatsing (1995-98) innenfor en total kostnadsramme på 7 mill kroner (1+2+2+2). Prosjektet er under evaluering av Nord-Trøndelagforskning. Evalueringen skal være sluttført innen utløpet av juni 1998 og skal danne grunnlaget for fylkeskommunens videre satsing på området.
- Visjonen for hovedprosjektet er «Godt liv - hele livet» med hovedmålsettingen «Økt livskvalitet og god helse for flest mulig». Planen omfatter delprosjekter innen forbygging av psykososiale lidelser, ulykker, barns og unges oppvekstvilkår og sykdomsdatabase.
- Buskerud fylkeskommune arbeider med en felles helse- og sosialplan hvor 7 arbeidsgrupper har sett på gråsonene mellom kommunal og fylkeskommunal virksomhet. Prosjektet startet høst 1996 og de syv arbeidsgruppene var aktive i hele 1997. Det kom fram 101 forslag til tiltak for å bedre samhandlingen mellom kommunene og fylkeskommunen. Utkast til helse- og sosialplan skal være ferdig i juni 1998 og sendes på en bred offentlig høring. Det tas sikte på politisk sluttbehandling i kommunene og fylkeskommunen i desember 1998. Blant arbeidsgruppene var det en gruppe for folkehelse som har levert to delutredninger: den første beskriver det lovmessige grunnlaget for satsing på forebyggende arbeid, den andre munner ut i 6 konkrete forslag til folkehelseprosjekter: Helsetjeneste i videregående skoler, helsefremmende sykehus, tobaksforebygging blant ungdom, samhandling med frivillige organisasjoner, miljørettet helsevern og tidlig diagnostisering og tidlig intervensjon hos barn med atferdsvansker.
- Buskerud fylkeskommune er et av Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgavers modellfylker om «Hvordan utvikle samarbeid om helsefremmende oppgaver?» Prosjektet blir evaluert av Nord-Trøndelagforskning som evaluerer Plan for helsefremmende og forebyggende arbeid. Se nærmere omtale nedenfor.
- Buskerud fylkeskommune er også satsingsområde for tiltak rundt ernæring og tobakk innenfor rammen av Nasjonal kreftplan med fylkeslegen som koordinerende organ.

Oppland

Som mange andre fylkeskommuner er Oppland fylkeskommunes opptatthet av koblingen mellom fylkesplanleggingen og folkehelsearbeidet stor. Fylkeskommunen har derfor sendt utvalget Fylkesplan for Oppland 1996-1999, en rekke delplaner for ulike geografiske områder i fylket samt oppsummering fra et visjonsseminar om «Bygder kvinner vil bo i» i regi av «HOPLA» - Nettverk for kvinner i planlegging i Hedmark og Oppland (Gitt ut av Oppland fylkeskommune etter seminaret som ble holdt 23.-24.11.97).

Nærmere om fylkesplanen

Revisjonen av den tidligere fylkesplanen for Oppland startet opp i juni 1994. Fylkesplanen 1996-1999 viderefører satsing på temaene:

- Nærings- og sysselsettingspolitikk (7 prioriterte tiltak).
- Kompetansepolitikk (4 prioriterte tiltak).
- Miljøpolitikk (5 prioriterte tiltak).
- Forebyggende arbeid (7 prioriterte tiltak).
- Barns og ungdoms oppvekstvilkår (5 prioriterte tiltak).

I tillegg kommer en rekke tiltak på disse satsingsområdene i den mer konkrete Handlingsprogramdelen.

Samtlige regionale statlige etater, kommuner og regioner i Oppland har vært invitert til å komme med innspill til planprosessen. Det har vært arrangert en fylkesplankonferanse og en ungdomshøring som en del av fylkesplanprosessen. Begge arrangementene hadde bred deltakelse.

Det går fram av fylkesplanen at den er handlingsrettet med 28 prioriterte tiltak innenfor de 5 temaene som er nevnt ovenfor. Planen ble vedtatt av fylkestinget 12.12.96.

Fylkesplanen for Oppland er et godt eksempel på hvor innvevd satsingsområdene er i hverandre, og i hvor stor grad de alle har betydning for folkehelsen. Det vil derfor være svært uheldig om en i et folkehelseperspektiv bare konsentrerer seg om de temaene som synes å ha direkte med forebyggende arbeid å gjøre. I dette tilfellet vil det være «Forebyggende arbeid» og «Barns og ungdoms oppvekstvilkår». Ut fra utvalgets definisjon av begrepet «folkehelsearbeid» ligger det like viktige - ja kanskje viktigere - oppgaver og tiltak på de andre satsingsområdene og i helheten i planprosessen og i selve plandokumentet.

Fylkesplanen gir følgende nøkkeltall og utviklingstrekk:

- Arbeidsledigheten ligger på et høyt nivå.
- Internasjonalisering og større åpenhet i den norske økonomien.
- Miljøvernhensynet blir tillagt stadig større vekt.
- Sentralisering av bosettingen og fraflytting fra distriktskommunene.
- Regionalt samarbeid på tvers av fylkes- og kommunegrenser.
- Større krav til effektivitet og rasjonalitet.

Kjennetegn ved Oppland:

- Fødselsunderskudd de siste 15 årene.
- Sentraliseringen av bosettingen har gått senere enn i andre fylker.
- Stabilt kvinneunderskudd på 93 kvinner per 100 menn.
- Størst befolkningsvekst kommer i aldersgruppen 50-66 år.
- Den yrkesaktive del av befolkningen (20-66 år) vil øke noe fram mot år 2000.

Fylkesplanens visjon:

Oppland skal være et livskraftig samfunn med stort mangfold, som gir innbyggerne gode levevilkår og muligheter for utvikling, og som ivaretar enkeltmenneskets fysiske og psykiske helse og åndelige dimensjon.

Visjonene for satsingsområdene er:

- Nærings- og sysselsettingspolitikk - En positiv utvikling i alle deler av fylket, der økt verdiskaping og sysselsetting i privat og offentlig sektor bidrar til økt samfunnsmessig velferd.
- Kompetansepolitikk - Opplæringstilbudet i Oppland skal utformes slik at alle får en meningsfull opplæring i forhold til personlig utvikling og framtidige yrkesmuligheter.
- Miljøpolitikk - En bærekraftig lokal og regional utvikling i Oppland.
- Forebyggende arbeid - En samfunnsutvikling som ivaretar god helse og trivsel for alle som bor i Oppland.
- Barn og ungdoms oppvekstvilkår - Oppland skal være et godt fylke å vokse opp i og bo i, og et attraktivt fylke å flytte til.

Nærmere om gjennomføring av fylkesplanen:

Fylkesplanen er et redskap for samordning av all offentlig virksomhet i fylket. Dvs at alle parter har et selvstendig ansvar for å følge opp planen i konkret handling. Felles prinsipper for gjennomføringen er:

– Fylkesplanen skal legges til grunn for beslutningsprosessene i de ulike forvaltningsnivåer- og avdelinger.
– Åpenhet i plan- og budsjettprosessene er en nødvendig forutsetning for rasjonell og realistisk oppfølging.
– De etter loven involverte parter vil evaluere fylkesplanene i forbindelse med fylkesplanmeldingen i 1997.
– Gjennomføringen omfatter også oppfølging av de ulike fylkesdelplaner og regionale strategiske planer.

(Kilde: Fylkesplan for Oppland 1996-1999. Oppland fylkeskommune, januar 1996)

Visjonsseminar for «Nettverk for kvinner i planlegging i Hedmark og Oppland» - Bygder kvinner vil bo i!

Utgangspunktet var 30 kvinner som beskjeftiger seg med planlegging i Hedmark og Oppland på politisk nivå, kommunalt og fylkeskommunalt nivå, fra interkommunale virksomheter m.v. Dette kvinnenettverket avviklet et visjonsseminar i november 1997 hvor de tok opp «uttynningssamfunns»- utfordringen som berører deler av begge fylkene. Befolkningsutviklingen i flere regioner er negativ og alderssammensetningen og kjønnsbalansen skjev. I innledningen til rapporten fra seminaret opplyses det at dette er problemstillinger som det arbeides med på fylkeskommunalt nivå, på kommunalt nivå, regional statsforvaltning og i forskningsmiljøer. Disse eksemplene nevnes:

– Den politiske og administrative ledelsen i begge fylkeskommunene, fylkesmennene og Kommunenes Sentralforbunds ledelse i de to fylkene har etablert et forum «befolkningsutviklingsprosjektet» som har som mål å synliggjøre problemstillinger og utfordringer knyttet til befolkningsutviklingen i de utsatte regionene, samt å utarbeide strategier for handling.
– Forumet har engasjert Østlandsforskning til å foreta en utredning av nåværende og framtidig bosettingsmønster og befolkningsutvikling, flyttemønsteret (hvem flytter hvor og hvorfor), regionsenteres funksjon som oppdemming for utflytting.
– Østlandsforskning har utført en tilsvarende utredning for en region - Nord-Gudbrandsdal - med vekt på kvinner og bosetting.
– Det diskuteres å følge opp disse utredningene med mer kvalitative undersøkelser om flyttemotiv og bolyst.
– Begge fylkeskommuner har fylkesplaner som omhandler mål, strategier og tiltak som omfatter bosettingsmønster og befolkningsutvikling. Det er utarbeidet fylkesdelplaner for utsatte regioner med strategier og tiltak som skal bidra til å redusere den negative befolkningsutviklingen.
– Statlig sektor og regionalpolitikk legger føringer for utviklingen. Den siste stortingsmeldingen om distrikts- og regionalpolitikken inviterer fylkeskommunene til å utarbeide en ny type program - regionale utviklingsprogram - for å utløse statlige virkemidler. Fylkeskommunene skal også utarbeide egne utkantstrategier for de mest utsatte områdene. For Hedmark og Oppland kan det være aktuelt å utarbeide felles utkantstrategier for utsatte regioner.

Innledningen avsluttes slik:

> «Det arbeidet som i dag pågår i fylkene kan kanskje i hovedsak oppsummeres i tre innfallsvinkler til uttynningsutfordringen:
> – Dokumentasjon av tilstanden og utviklingen og analyse av mulige

årsaker
- Planlegging/tiltak fra fylke/regioner/kommuner
- Strategier overfor sentrale myndigheter for å «hente ut» virkemidler og påvirke politikken

Utgangspunktet for visjonsseminaret er at:
- Vi vet noe om status
- Vi vet noe om framtid
- Vi jobber med noen tiltak og forsøker noen løsninger vi ikke helt tror på
- Vi bruker gårsdagens løsninger på morgendagens problemer»

(
Oppsummering fra visjonsseminar 23.-24-11-1997 på Lillehammer i regi av «HOPLA» Nettverk for kvinner i planlegging i Hedmark og Oppland, Oppland fylkeskommune)

Hedmark

Hedmark fylkeskommune har også knyttet mye av sitt folkehelsearbeid opp mot fylkesplanleggingen, og det er dette som omtales nedenfor.

Fylkesplan for Hedmark - Handlingsprogram 1997-2000

Fylkesplanen er først og fremst et samhandlingsprogram som dekker tiltak som fylkeskommunen og andre offentlige instanser i stat og kommune samt en del organisasjoner samarbeider om. Handlingsprogrammet er delt inn i fire temaer: temaovergripende tiltak, næringsutvikling, bosettingsmønster, arealbruk og miljø, oppvekstvilkår og velferd. Her gis noen eksempler på folkehelserettede tiltak under noen av temaene.

Temaovergripende tiltak:
- Mobilisering og utvikling av befolkningens egne ressurser ved å etablere et forum for framtidsrettet debatt gjennom konferanser og seminarer om «Hedmark inn i det neste århundre». (Samarbeidsparter: Fylkeskommunen, fylkesmannen, utdanningsdirektøren, innvandrerorganisasjoner, politiske partier, organisasjoner).

Bosettingsmønster, arealbruk og miljø:
- Utvikle et servicekonsept for lokalsentra og grendesentra, med telekommunikasjon, skyss-stasjon, offentlig servicekontor, postfilial, frivillighetssentral, kafé osv. (Samarbeidsparter: Fylkeskommunen sammen med kommunene, Postverket, Telenor, NIT o.a.).
- Utarbeide retningslinjer for innarbeiding av katastrofeberedskapshensyn i arealplanleggingen (Samarbeidsparter: Fylkeskommunen sammen med fylkesmannen og kommunene og andre fylkeskommuner).
- Utarbeide et miljøpolitisk program for Hedmark (Regional Agenda 21). (Samarbeidsparter: Fylkeskommunen i samarbeid med fylkesmannen).

Oppvekstkår:
- Formidle kunnskap og erfaringer fra ulike prosjekter på foreldreveiledning og samarbeid (bl.a. Aksjonsprogrammet barn og helse). (Samarbeidsparter: Fylkesmannen sammen med fylkeslegen, utdanningskontoret, fylkeskommunen og aktuelle kommuner).
- Videreføre prosjektet «grønn omsorg» (et samarbeidsprosjekt mellom fylkeshelsesjefen og fylkesmannens landbruksavdeling). (Samarbeidsparter: Fylkeskommunen sammen med fylkesmannens landbruksavdeling).
- Formidle modeller og metoder fra vellykte eksempler på barns og unges med-

virkning i planlegging. (Samarbeidsparter: Fylkeskommunen i samarbeid med fylkesmannen, utdanningskontoret, fylkeslegen og Hedmarksprosjektet samt kommunene).

Velferd:
- Etablere frivillighetssentraler, selvhjelpsgrupper o.l. i lokalsamfunn. (Samarbeidsparter: Eldrerådet og Rådet for funksjonshemmede for initiativ, kommunene for etablering i samarbeid med lokale frivillige organisasjoner).
- Etablere ordninger for brukermedvirkning ved planlegging og drift av offentlige helse- og velferdstiltak. (Samarbeidsparter: Fylkeskommunen sammen med kommunene og frivillige organisasjoner).
- Utarbeide krise- og katstrofeberedskapsplaner på grunnlag av risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) (Samarbeidsparter: Kommunene sammen med fylkesmannen og berørte fagorganer i stat og fylkeskommunen).
- Gjennomføre helseopplysningstiltak. (Samarbeidsparter: Fylkeskommunen sammen med kommunene).

Vestfold

Fylkeskommunen har utarbeidet en rekke planer innen forskjellige områder av helse- og sosialsektoren. I disse planene er det flere elementer av folkehelsearbeid. Ellers er folkehelseaspektet inkorporert i Fylkesplan for Vestfold fylkeskommune 1996-99, Fond for forebyggende arbeid, fylkeskommunens miljøinnsats og fagråd 19 Folkehelsearbeid/Arbeids-/miljømedisin i Helseregion 2.

Fylkesplan for Vestfold 1996-99

Et av de langsiktige mål er å fremme omsorgsverdier og helsefremmende tiltak som en viktig del av all samfunnsaktivitet. Under dette målet formulerer fylkesplanen seg slik:

> «Menneskets sosiale, kulturelle og yrkesmessige liv inneholder verdier som trygghet, trivsel, ansvar, avhengighet og tilhørighet. Det er slike positive verdier som går på tvers av enkeltsektorene; skole, arbeid, helse, bolig; som her legges i begrepet omsorg.
>
> Omsorgsverdier knyttes tradisjonelt sett til behandlingstilbud og institusjoner innen helse- og sosialfaglige sammenhenger. Fylkesplanen søker å sette lys på omsorg som en kvalitet ved hele samfunnets liv og virksomhet, men omfatter selvfølgelig også behandlingstilbud og institusjoner. Det må skapes rammevilkår for utviklingen i Vestfold som inkluderer omsorgsverdier.»

Fylkeskommunen prioriterer fire områder: bosted (bl.a. oppvekst, bo- og nærmiljø og lokalsamfunnsutvikling), omsorg (bl.a. samfunnsforebyggende arbeid rettet mot barn/unge, frivillige organisasjoner og eldre), kompetanse (bl.a. sikre kompetanseoppbygging for grupper med særlige behov) og arbeid (bl.a. er utstøtning fra arbeidslivet et utvalgt tema).

Fond til forebyggende formål er utledet av fylkesplanens langsiktige målsettinger.

Fond til forebyggende arbeid

Fylkeskommunen har etablert et fond til forebyggende arbeid på 10 mill kroner. Målsettingen er at fondet skal bidra til mer forebyggende arbeid og økt samhandling med og mellom frivillige organisasjoner. Fondet er et virkemiddel for å bygge opp under fylkesplanens langsiktige mål om at Vestfolds innbyggere skal sikres best

mulige livsvilkår og livsinnhold. I 1998 er prosjekter som retter seg mot barn, unge, eldre, familien og tiltak for å styrke nærmiljø og nettverksbygging prioritert. Tilskudd fra fondet bør ikke overstige 50 prosent av prosjektets totalkostnad. Frivillig innsats kan beregnes som egenandel.

Fylkeskommunen deltar i fagråd 19 Folkehelsearbeid/arbeids-/miljømedisin i Helseregion 2. Andre deltakere her kommer fra Bærum sykehus, Telemark sentralsykehus, fylkeslegen i Aust-Agder, Vest-Agder Råd for folkehelse, Rikshospitalet, Østfold fylkeskommune, Buskerud fylkeskommune og Radiumhospitalet.

Fylkeskommunens miljøinnsats legger også fylkesplanens langsiktige mål om å sikre Vestfold som et attraktivt bofylke til grunn. For å innfri dette hovedmålet er Vestfold ikke bare avhengig av en bærekraftig økologisk og økonomisk utvikling, men i tillegg en bærekraftig samfunnsutvikling med god helse, kompetanse, trygghet, tilhørighet og deltakelse. Fylkestinget behandlet i april 1997 fylkeskommunens miljøpolitiske engasjement. På bakgrunn av dette har fylkesadministrasjonen konkretisert fylkesplanens miljømål og miljøinnsats i 1998 (Grønn bok, Økonomiplan 1998-2001). Idegrunnlaget er å utvikle og vitalisere fylkestinget for regionalpolitisk innflytelse og debatt. For å få dette til ønsker fylkesadministrasjonen å utvikle den regionale planleggingen til et aktivt styringsverktøy for å bedre befolkningens kår. Regional Agenda 21 (RA21) er forutsatt å være et viktig tiltak, det samme er ordningen med at fylkeskommunen skal ivareta barns og unges interesser i planleggingen (Rikspolitiske retningslinjer).

Vest-Agder

Vest-Agder råd for folkehelse er en nyskapning i folkehelsearbeidet. Rådet ble opprettet av Fylkestinget i juni 1996 som en prøveordning med funksjonstid i denne fylkestingsperioden. Rådet kom i drift i september 1997. Rådet er resultatet av en «Strategisk plan for videreutvikling av helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid» utarbeidet på oppdrag av Vest-Agder fylkeskommune og fylkeslegen i Vest-Agder. Denne planen er en skisse til hvordan primærhelsetjenesten, fylkeshelsetjenesten og fylkeslegen kan samarbeide om å sette forebyggende og helsefremmende arbeid på dagsorden i fylket.

Rådet er forankret hos fylkesrådmannen og ledes av personer med politisk og administrativ tyngde. Sekretariatet ledes av en tidligere kommunelege.

Vest-Agder råd for folkehelse

Rådet skal:

- holde seg orientert om viktige utviklingstrekk av betydning for folkehelsen i fylket,
- utarbeide rapporter om folkehelsearbeidet,
- peke på problemstillinger knyttet til folkehelsespørsmål som bør utredes,
- medvirke til etablering av regionale faglige nettverk i folkehelsearbeidet,
- utvikle modeller for godt folkehelsearbeid.

Rådet er sammensatt av:

- Fylkesordfører, leder
- Leder av helse- og sosialutvalget, medlem
- Fylkesrådmannen, medlem
- 2 ordførere, medlemmer
- 1 rådmann, medlem
- Fylkesmann, konsultativt medlem,
- Fylkeslege, konsultativt medlem,
- Fylkeshelsesjef, konsultativt medlem,

– 2 samfunnsmedisinske personer, konsultative medlemmer.

I tillegg kommer sekretariatslederen.

I perioden 1997 til 1999 vil rådet fordele i underkant av 2 mill kroner til fire satsingsprosjekter - alle vurdert opp mot viktige kriterier som er satt opp for rådets oppgaver:

– Satsing på områder av stor betydning for folkehelsen.
– Vest-Agder spesifikke.
– Sektorovergripende.
– Tverrfaglig tilnærming.
– Bruk av eksisterende strukturer.
– Bruk av frivillige organisasjoner.
– Forskning.

De konkrete prosjektene er:

1. Forebygging av mentale lidelser blant ungdom. Prosjektet er et samarbeid mellom ulike offentlige institusjoner.
2. Reduksjon i forbruket av smertestillende og vanedannende legemidler. Prosjektet er direkte knyttet til rådet med en prosjektleder. Vest-Agder topper landsstatistikken på dette området.
3. Individuell røykeavvenning av hjertepasienter. Et forskningspreget prosjekt ved sentralsykehuset.
4. Bevegelse på gul resept som foregår i regi av Mandal Turnforening og tar utgangspunkt i Handlingsplan for forebygging av belastningslidelser. Prosjektet er et tilbud til personer som er sykmeldte p.g.a. belastningslidelser. Deltakerne er henvist via Mandals leger og fysioterapeuter.

Rådets definisjon av helse er: Helse er mestring, bevegelse, frihet og egenart.

Sekretariatslederen i Vest-Agder uttaler i SOHO nr. 1 1998 at hans visjon for det framtidige folkehelsearbeidet i Norge er et eget folkehelsedepartement med nedstigende linjer til et nasjonalt folkehelseråd, fylkesråd og kommuneråd.

Rogaland

Fylkesplanen for Rogaland er et godt eksempel på hvordan ulike samfunnsområder og sektorer griper inn i hverandre og utfyller hverandre til en helhet. Vi vil nedenfor derfor gjengi de viktigste hovedbudskap i planen. Dette er et eksempel på hvordan planleggings- og planprosess etter plan- og bygningsloven kan legges opp.

Fylkestinget vedtok allerede i 1993 at neste generasjon fylkesplan skulle konsentrere seg om fire satsingsområder: 1. Forebyggende helsevern med vekt på barns og unges oppvekstvilkår, 2. Eldres levekår, 3. Kompetanse og 4. Regionalutvikling. Det ble opprettet en politisk styringsgruppe for fylkesplanarbeidet som i hovedsak besto av lederne for de politiske partiene i fylkestinget. Til hvert satsingsområde ble det opprettet arbeidsgrupper hvor representanter for statlig regionalforvaltning, regionråd og organisasjoner deltok. For arbeidsgruppene om barn/unge og eldre ble Kommunenes Sentralforbund, fylkesmannen og fylkeslegen trukket inn. Planutkastet har vært på en bred høring hvor 72 høringsinstanser avga uttalelse. Fylkesplanen ble vedtatt av fylkestinget 10. oktober 1995.

Fylkesplan for Rogaland 1996-99

I fylkesplanen har fylkeskommunen konsentrert seg om fire temaer hvor to er av direkte betydning for folkehelsearbeidet:

1. Forebyggende helsevern med særlig vekt på barns og unges oppvekstvilkår. Hovedmål: Å sikre gode oppvekstkår for barn og unge i Rogaland. Noen eksempler på delmål og strategier:

1.1 Alle barn og unge skal føle seg trygge:
- Målene i Forente Nasjoners barnekonvensjon skal også gjelde i Rogaland.
- Arbeide for et stabilt omsorgsmiljø.
- Bedre utvikling av bo-områder.
- Rusfritt samvær med barn.
- Full barnehagedekning.
- Følge opp handlingsplanen for funksjonshemmede.
- Innsikt i egen og andres kultur.

1.2 Helsefremmende tiltak blant barn og unge:
- Styrke helsestasjonstjenesten.
- Bedre kostholdet.
- Styrke den fysiske fostringen.
- Hevde barnas rett til godt inneklima.
- Øke sikkerheten i nærmiljøene.
- Styrke trafikksikkerhetsarbeidet.
- Hindre uønskede svangerskap og forebygge abort.
- Kulturmidler til alkoholfrie tilbud.

2. Eldres levekår.

Hovedmål: Sikre verdighet, trygghet og omsorg for eldre. Eksempler på noen delmål og strategier:

2.1 Livskvalitet blant eldre:
- Aktivt kulturliv etter oppnådd pensjonsalder.
- Eldre som ressurs for barn og unge.
- Ta vare på eldres kunnskaper og erfaringer.
- Ikke passivisering og umyndiggjøring.
- Styrke eldres innflytelse over egne liv.
- Hjem uavhengig av livsfaser.
- Tiltak mot ulykker og rehabilitering.

2.2 Riktig omsorgsnivå:
- Tiltakskjede for differensierte pleie- og omsorgstjenester.
- Fast lege til alle.
- Handlingsplan for funksjonshemmede.

Men også når det gjelder satsingsområde 3. Kompetanse er det flere delmål som angår folkehelsearbeidet:

3.3 Kompetanse til utsatte grupper:
- Unge og eldre under attføring - utdanning og yrkespraksis.
- Langtidsledige - utdanning og yrkespraksis.
- Overgang skole/arbeid for unge funksjonshemmede.
- Tilstrekkelig norskopplæring til flyktninger og innvandrere.

Det samme gjelder satsingsområde 4. Regionalutvikling som omfatter areal (4.1), samferdsel (4.2), miljøvern (4.3) og ressursforvaltning (4.4). Her kan plukkes litt tilfeldig:

4.1.3 Bolig- og oppvekstmiljø:
- Barns og unges interesser i planleggingen.

– Trygge sentrumsområder for alle aldersgrupper.

4.2.3 Øke trafikksikkerheten og redusere antall ulykker i trafikken.

4.2.4 Kollektivtransport i byer og distrikter og transporttilbud til grupper med spesielle behov.

I tillegg til fylkesplanen har helse- og sosialetaten i fylkeskommunen utarbeidet en handlingsplan for forebyggende arbeid i Rogaland 1996-1998. Planen er forankret i WHOs strategi «Helse for alle» og følger i stor grad opp departementets rundskriv om mål og virkemidler i sosial- og helsepolitikken av 1995.

Handlingsplan for forebyggende arbeid 1996-1998

Hovedmål:

Øke livskvaliteten til Rogalands innbyggere gjennom forebyggende og helsefremmende tiltak.

Delmål:

1. Redusere antall hjemmeulykker blant eldre i Rogaland.
2. Redusere antall ulykker og skader i trafikken.
3. Redusere antall barneulykker.
4. Redusere psykiske lidelser blant barn og unge i Rogaland, deriblant styrke arbeidet mot selvmord.
5. Redusere antall nye tilfeller av spiseforstyrrelser i Rogaland.
6. Redusere skadevirkninger av alkohol og andre rusmidler.
7. Redusere tobakksbruk i Rogaland.
8. Redusere antall nye allergi- og astmatilfeller blant barn og unge.
9. Styrke Rogalands gunstige stilling når det gjelder hjerte-/karsykdommer ved et aktivt ernæringsarbeid.
10. Redusere antall muskel- og skjelettlidelser.
11. Redusere antall nye HIV-smittede.
12. Redusere tannhelsesykdommer.

Planen foreslår 25 tiltak - noen pågående - noen som skal igangsettes. Kostnadene er anslått til 2,5 mill kroner for hele perioden. Noe søkes dekket over statlige handlingsplan- og prosjektmidler, noe dekkes over fylkeskommunes eget budsjett. Det er ansatt en prosjektleder til å følge opp handlingsplanen.

Også Rogaland snakker om det nye folkehelsearbeidet hvor offentlig og frivillig sektor er avhengige av hverandre, og hvor en felles mobilisering av ressurser fra befolkningen og offentlige myndigheter er det beste utgangspunkt for gode løsninger.

Hordaland

Helse- og sosialplan mål og strategier 1997-2000 med handlingsprogram 1997-2000

Forebyggende og helsefremmende arbeid er et sentralt satsingsområde i fylkesplanen. Dette er ikke noe en enkelt sektor kan gjøre noe med isolert. Det er likevel viktig at hver sektor går gjennom hva de kan gjøre for å forebygge sykdom og skade innenfor den respektive sektor. Det er denne vinklingen som er lagt til grunn i helse- og sosialplanen men under forutsetning av at samarbeidet både innenfor og utenfor fylkesadministrasjonen fungerer. De konkrete tiltakene på dette området er:

– Revidering av helse- og levekårsatlas (kr. 400 000).
– Prosjekt forebyggende arbeid i videregående skole (kr. 200 000).
– Prosjekt Helse- og levekårsatlas i Indre Hardanger (kr. 380 000).

– Utviklingsarbeid (kr. 720 000).

Folkehelse- og levekårsperspektivet har hatt en sentral plass i planarbeidet i Hordaland for bl.a. fylkesplanperioden 1996-99. I forbindelse med fylkeskommunens planarbeid ble det utarbeidet flere sektorplaner, bl.a. en helse- og sosialplan med handlingsprogram 1997-2010 (vedtatt av fylkestinget i oktober 1996). Hordaland fylkeskommune utga i 1996 et helse- og levekårsatlas for fylkeskommunen og Norge. I tillegg har en hatt en egen levekårsundersøkelse i Indre Hardanger. Denne undersøkelsen er et forprosjekt til et forebyggingsprosjekt i denne regionen. Helsefremmende og forebyggende arbeid vil bli vurdert nærmere i rullering av fylkesplanen 1999.

(Kilde: Brev fra Hordaland fylkeskommune av 3.4.98, Sektorplan 1997-2010 helse- og sosialplan. Handlingsprogram)

Levekårsundersøkelsen i Indre Hardanger er gjennomført av Statistisk sentralbyrå på oppdrag av fylkeskommunen. Spørsmålene bygger på, og er sammenliknet med, resultatet fra sentrale levekårs- og helseundersøkelser. HEMIL- senteret v/ Universitetet i Bergen har analysert resultatene. Rapporten ble presentert 4.4.97. Formålet med levekårsundersøkelsen og rapporten om den, er å styrke kunnskapsgrunnlaget før igangsetting av prosjektet «Forebyggende arbeid i Indre Hardanger».

(Kilde: Rapport 1997 Helse- og levekårundersøking i Indre Hardanger, Hordaland fylkeskommune, juni 1997).

Sogn og Fjordane

Gjennom de to siste fylkesplanperiodene har fylkeskommunen prøvd å integrere helsefremmende og forebyggende arbeid i fylkesplanen. Fylkesplanen for 1997-2000 har en overordnet målsetting «Livskvalitet i Sogn og Fjordane» og har et eget kapittel (rosa bok) om dette. I tidligere fylkesplan kaltes denne «Rosa bok om trivsel». Fylkeskommunen forsøker å forankre alt utviklingsarbeid på området enten i fylkesprogrammene eller i Strategiplanen av 1996. Fylkeskommunen opprettet i 1997 stilling som koordinator for helsefremmende arbeid som en oppfølging av bl.a. Sogn og Fjordane-prosjektet 1990-95. Koordinatoren er plassert i Sentraladministrasjonen, Plan- og utviklingsavdelingen/Regionalseksjonen. Fordi Sogn og Fjordane nå har relativt lang tradisjon i aktivt folkehelsearbeid, blir erfaringene og framtidig virksomhet omtalt noe mer utførlig nedenfor.

Nærmere om erfaringer fra folkehelsearbeidet i Sogn og Fjordane 1990-1995:

Sogn og Fjordane - prosjektet omfattet 26 av 27 kommuner. Noen kommuner deltok i flere delprosjekter. Aktører ellers var frivillige organisasjoner og statlige og fylkeskommunale instanser. Styringsgruppen var ledet av fylkesordføreren og besto ellers av fylkeslegen, Statens utdanningskontor, fylkesrådmannen, en ordfører som representerte kommunene, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Pensjonistlaget, Husmorforbundet og KFUM/KFUK.

Sogn og Fjordane-prosjektet 1990-95

«Sammen skal vi gjere Sogn og Fjordane til eit foregangsfylke i førebyggande arbeid.»

Sogn og Fjordane-prosjektet har bidratt til dette. Sosial- og helsedepartementet har støttet prosjektet økonomisk med i alt vel 2,9 mill. kroner mens fylkeskommunen har brukt vel 3,7 mill kroner. I sluttrapporten «Sjukdom- + Helse» gis en kortversjon av delprosjektene:

1. Kommunerunden (nå ut til alle kommuner med informasjon om hovedprosjektet).
2. Informasjons- og møtevirksomhet (nå ut til alle i fylket).

3. Ulykkesprosjektet (redusere skader og ulykker m.v. Samarbeid med bl.a. Folkehelsa).
4. Skoleprosjektet (gi de deltakende kommunene økonomisk frihet til å videreutvikle helsefremmende tiltak i skolen).
5. Mosjonsskolene (etablere tilbud om regelmessig fysisk aktivitet for inaktive).
6. «Såkorn» (støtte andre som driver forebyggende arbeid m.v.).
7. Formidlingssentralen for frivillige tjenester (bidra til at den enkelte kan få være noe for andre m.v.).
8. Elvahuset Allaktivitetshus (møteplass i Førde).
9. Liv Laga -Fylkesplanprosjektet (lokalsamfunnsutvikling m.v.).
10. Fylkesting for ungdom 1994 (skape arena for ungdom).

Et av delprosjektene var «Liv Laga - Fylkesplanprosjektet 1993-96» som var en direkte oppfølging av fylkesplanen for 1993-96 (vedtatt av fylkestinget i desember 1992). Overordnet mål for prosjektet var «å medverke til at lokalsamfunna i Sogn og Fjordane kan ha ei framtid der folk kan bu, trivast, ha arbeid og tilgang på naudsynte tenester innan rimeleg rekkevidde.» I utgangspunktet ønsket en å samordne virkemiddelbruken (økonomi og rådgivning) til prosjekter som:
– hadde en helhetlig tilnærming,
– omfattet geografisk klart avgrensede samfunn,
– medvirket til utvikling av mer funksjonelle bo- og arbeidsområder.

Styringsgruppen for prosjektet besto av representanter for fylkeskommunens regionalstab, næringsseksjon, kulturseksjon, Sogn og Fjordane-prosjektet og fylkesmannens landbruksavdeling. Fylkesarbeidssjefen ledet arbeidet. Prosjektarbeidet ble lagt til fylkeskommunens regionalstab med en ansatt prosjektleder. Prosjektet har i alt kostet 3.65 mill kroner hvorav Miljøverndepartementet (SAM-prosjektet) har gitt tilskudd med 1 mill kroner, fylkeskommunen 1.35 mill kroner og fylkesmannen 1.3 mill kroner.

Delprosjekter og erfaringer med «Liv Laga«:

1. «Huset vårt» i Hornindal - aldershjemmet som ble en hjelpesentral for bygda.
2. Elvahuset i Førde - et tidligere avishus som ble et aktivitetshus og formidlingssentral for frivillige tjenester.
3. Flora 2000 Liv Laga i Flora - lokalsamfunnsutvikling i Svanøy og Brandsøy.
4. Arbeidskollektiv i Selje - et arbeidskollektiv for kvinner.
5. Losjehuset i Sjong i Askvoll - en vevstue for kvinner.
6. Nordsida i Stryn - å gjøre Nordsida attraktiv for turister.
7. Frønningenprosjektet i Lærdal - etablering av et aktivt grendelag.
8. Boliger i Straumsnes i Fjaler - bygge utleieboliger med livsløpsstandard for å øke aktiviteten i bygda.
9. Vassendenprosjektet i Jølster - fra sovende forstad til levende lokalsamfunn.

Direktøren for regionalstaben i fylkeskommunen oppsummerer erfaringene fra Liv Laga prosjektet bl.a. slik:

1. Ildsjeler er gull verdt. En må dra nytte av ildsjelene i lokalsamfunnet og knytte dem opp mot kommunale strukturer.
2. Fra fylkeskommunens side kan en velge to strategier: enten satse på «vinnerne» eller sette inn tiltak der behovene er størst. I Liv Laga har en satset på «vinnerne» og lyst ut konkurranser hvor gode bygdelag profitterer. I utviklingsarbeid bør en satse på «vinnerne».
3. Det har vært godt klima for samarbeid mellom fylkesmannens landbruksavdeling (BU-midler), fylkesarbeidskontoret (tiltaksmidler) og fylkeskommunens

regionalstab og næringsseksjon (Statens nærings- og distriktsutbyggingsfond (SND) og programmidler).

4. Sentrale myndigheter satser nå sterkt på programarbeid som arbeidsform i regionalt utviklingsarbeid, jf Regionalmeldingen. Dette kan brukes bevisst i gjennomføringen av tiltak i fylkesplanen for inneværende periode.

Nærmere om folkehelsearbeidet i dag

Dette prosjektarbeidet som pågikk fra 1990 til og med 1995 har etter fylkeskommunens oppfatning lagt et godt grunnlag for det som skjer i fylket i dag.

I 1996 ble fylkeskommunens Strategiplan utarbeidet og fylkesplanrulleringen avsluttet. Det forebyggende arbeidet fikk sitt formelle fotfeste i den fylkeskommunale virksomheten, jf det som er nevnt innledningsvis ved oppretting av bl.a. stilling som koordinator for dette arbeidet fra 1.1.97. Fylkeskommunens strategi er å arbeide langs to akser:

1. Fortløpende forankring i alle planer og strategidokumenter i fylkeskommunens organisasjon og overfor kommunene gjennom kommuneplanleggingen.
2. Gjennomføre utviklingstiltak på utsatte områder i samarbeid med regionale aktører, frivillige organisasjoner og kommuner både gjennom fylkesplanoppfølgingen (særlig handlingsprogram) og andre satsingsområder.

Satsingsområder i dag er:

1. Ungdom
   - Realisere tiltak i fylkesdelplan for ungdom.
   - Årlige fylkesting for ungdom.
   - Oppmuntre kommunene til å etablere ungdommens kommunestyre (7-8 kommuner har allerede gjort dette) eller andre fora for medbestemmelse og medvirkning for ungdom.
   - Prosjekt «Ungdom i tettstad» i 4 kommuner.
   - Kosthold i videregående skole/ grønn kantinedrift.
   - Tiltak for hybelbeboere.

2. Skader og ulykker
   - Fylkesnettverk for kommuner som satser på langsiktig skadeforebygging (Trygge lokalsamfunn).
   - Motivere til skaderegistrering i kommunehelsetjenesten. 4 kommuner registerer per 18.6.98 fremdeles skader, to kommuner ønsker å starte slik registrering.
   - Motivere til etablering av skadeforebyggende grupper i kommunene. 5 kommuner hadde per 18.6.98 aktive grupper.
   - Arrangere erfaringssamlinger for «gamle» og «nye» kommuner.
   - Fylkestrafikkutvalget er svært aktivt og har bl.a. utarbeidet en handlingsplan som ansvarliggjør mange instanser.

3. «Kultur gir helse» (Norsk kulturråd) / «2 Kryss» (Rikskonsertene). To 3-årige prosjekter med formål å tilby kultur- og musikkfestivaler til utvalgte målgrupper. Fylkeskommunen og Førde kommune er sentrale aktører. Flere kommuner skal involveres i et samarbeid med Høgskulen i Sogn og Fjordane; avdeling for helsefag, Psykiatrisk klinikk og frivilligsentralene Førde kommune.
4. «Frukt og grønt i skulen». Det er inngått samarbeid med Statens ernæringsråd, Opplysningskontoret for frukt og grønnsaker og Statens utdanningskontor i Sogn og Fjordane. Fylkeskommunen ønsker å innføre frukt og grønt som en abonnementsordning i alle grunnskolene i fylket over tre semestre. Skolene i 9

kommuner startet opp høsten 1998. Fylkeskommunen planlegger også å involvere kantiner i videregående skoler. Fylkeslegen vil være en viktig samarbeidspart i dette.

5. Frivilligsentraler. Fylkeskommunen ønsker å medvirke til at kommunene etablerer frivilligsentraler. 9 av kommunene i fylket har statlig delfinansierte sentraler. Sentralene lykkes i stor grad å fange opp utsatte grupper og enkeltindivider i meningsfulle gjøremål ut fra disses egne ressurser. Fylkeskommunen vil støtte opp om dette arbeidet på kommunalt nivå ved å bruke eksisterende sentraler som spredningsarenaer for gode tiltak som er utviklet i en kommune slik at det kan komme andre kommuner til gode.
6. Førebyggande råd. Rådet er en toppledergruppe som består av fylkeslegen, fylkesmannen, Statens utdanningskontor, Kommunens Sentralforbund i fylket, fylkeskommunen og kommunehelsetjenesten. Rådet skal ikke selv drive forebyggende arbeid, men trekke de overordnede linjene på regionalt nivå, samt å samordne virkemidlene og ansvarliggjøre andre.
7. Fylkesplanens handlingsprogrammer
   - Program for læring for livet.
   - Program for utvikling av bo- og arbeidsområder.
   - Miljøpolitisk program.

Alle programmene vil bestå av flere prosjekter som skal gjennomføres i et forpliktende samarbeid mellom likeverdige parter. Det er inngått formelle partnerskapsavtaler med fylkesmannens landbruksavdeling, fylkesmannens miljøvernavdeling, Næringslivets Hovedorganisasjon Sogn og Fjordane, Nasjonalforeningen for folkehelsen i Sogn og Fjordane og fylkeskommunale avdelinger om iverksetting av ulike programmer. Flere partnerskap er under utvikling.

I gjennomføringen av innsatsområdene deltar alle de fylkeskommunale avdelingene: regionalavdelingen, helse- og sosialavdelingen, kulturavdelingen og undervisningsavdelingen. Forvaltningsavdelingen har startet et internt forebyggingsarbeid der Sogn og Fjordane-prosjektets tenkning er lagt til grunn. Dette skjer gjennom Helse - Miljø - Sikkerhetsarbeidet og bedriftshelsetjenesten

Nord-Trøndelag

For Nord-Trøndelag fylkeskommune er forebyggende helsearbeid en sentral satsing. Et eget fylkestingsmøte som ble avholdt 21. april 1998 hadde dette som tema. Helseministeren holdt innledningsforedraget. Fylkeskommunen har spesielt nevnt «Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag» (HUNT) utført av Folkehelsa og en egen komite «Fylkeskomiteen for helseutvikling» som er sammensatt av frivillige organisasjoner, kommunene, fylkeslegen og fylkeskommunen. Denne komiteen leder utviklingen av det forebyggende arbeidet. Komiteens sekretariat er lagt til Innherred sykehus. Leder av fylkeskommunens helse- og sosialutvalg er komiteens leder. Strategien er å skape allianser mellom det offentlige og private organisasjoner for å fremme folkehelsen. Det vises ellers til Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgavers samarbeidsprogram om helsefremmende oppgaver hvor Nord-Trøndelag er at fire modellfylker.

Fylkesrådmannens innstilling til fylkestingets temamøte 21.4.98

1. Sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid er viktige satsingsområder for Nord-Trøndelag fylkeskommune. Private og offentlige instanser, lag og foreninger inviteres til å delta i arbeidet som skal ha et bredt samfunnsmessig perspektiv. Det legges vekt på bruk av et variert utvalg av virkemidler, tradisjonelle som utradisjonelle.

2. Følgende områder påpekes særskilt:
   - Samarbeidet mellom kultur og helse innen forebyggende helsearbeid utvikles videre.
   - Fylkestinget vil berømme fylkeskretsen av Norske Kvinners Sanitetsforening for det betydelige bidrag den har gitt til forebyggende arbeid mot beinskjørhet.
   - Fylkeskommunen vurderer hvordan den kan bistå Nord-Trøndelag Idrettskrets i arbeidet med å skape et godt idrettsmiljø blant barn og unge i fylket.
   - Fylkestinget ber om at gjennomføring av trafikksikkerhetsplanen vurderes i arbeidet med fylkeskommunens økonomiplan.
   - Fylkestinget ber om at støtte til formidling av HUNT-data til fylkets kommuner blir forelagt hovedutvalget for helse- og sosialsaker.
   - Fylkeskomiteen for helseutvikling bes vurdere om det i samarbeid med aktuelle medspillere kan settes i verk et prosjekt for sunnere kosthold.
   - Fylkestinget ber om at moderne tekniske hjelpemidler for funksjonshemmedes kommunikasjonsbehov medtas i forbindelse med utstyrskjøp til fylkeskommunale nybygg.

Før saken ble behandlet i fylkestinget var det innkommet 25 høringsuttalelser som gir spennende lesning.

Troms

I fylkesplanen for Troms 1996-1999 er et av de overordnede målene å «Sikre samfunnsservice og bedre levevilkårene til innbyggerne i alle deler av fylket.» Troms fylkeskommune har også en helse- og sosialplan 1996-1999 som ble vedtatt av fylkestinget i juni 1996 og en » En handlingsplan for forebygging av sykdom og helseskader i Troms 1997-1999» som ble utarbeidet av et kommunalt/fylkeskommunalt planutvalg bestående av fagfolk fra 1. og 2. linjetjenesten i august 1997. Utvalget ble oppnevnt av fylkeskommunen i samarbeid med Kommunenes Sentralforbund (KS) på bakgrunn av fylkestingets vedtak under behandling i helse- og sosialplanen. Forebyggingsplanen forsøker å sette forebyggende arbeid på dagsordenen også i fylkeskommunen ved å drøfte dette arbeidets betydning i et folkehelseperspektiv og ved å fremme mest mulig konkrete forslag til samarbeidstiltak mellom forvaltningsnivåene og mellom ulike offentlige etater og andre aktører.

Handlingsplan for forebygging av sykdom og helseskader i Troms 1997-1999

Handlingsplanen peker ut disse områdene for særskilt innsats i planperioden:

- Ulykker og skader
- Smittsomme sykdommer (har f.eks. utelatt HIV/AIDS fordi en har gode statlige tiltak!!!)
- Spiseforstyrrelser hos barn og unge
- Selvmord og selvmordsforsøk
- Rusmisbruk hos unge
- Informasjonsbase om forebyggende arbeid i Troms

5.4 NASJONALE PROGRAMMER OG ANNEN INNSATS I FOLKEHELSEARBEIDET

5.4.1 Innledning

Erfaringene med Sosial- og helsedepartementets handlingsplaner m.v. for hovedinnsatsområdene for det helsefremmende og forebyggende arbeidet er omtalt

i *"Status for forebyggende arbeid i Norge"* i kapittel 4. Dette blir derfor ikke gjentatt her. Hensikten med dette underkapitlet er å vise at det også fra annet statlig hold er igangsatt mye forsøks- og utviklingsarbeid som angår folkehelsen.

5.4.2 Nasjonale mål og interesser i fylkes- og kommuneplanleggingen

Miljøverndepartementets rundskriv om nasjonale mål og interesser i fylkes- og kommuneplanleggingen (Rundskriv T-2/98 B, Miljøverndepartementet, august 1998) gir en samlet oversikt over nasjonale utfordringer som regjeringen forventer at fylkeskommunene og kommunene skal fange opp i fylkes- og kommuneplanleggingen og omsette i gode helhetsløsninger regionalt og lokalt. Dette legger iflg rundskrivet til rette for å se statlig styring på ulike sektorer i sammenheng og utvikle dialogen mellom forvaltningsnivåene.

Det understrekes at rundskrivet ikke inneholder nye statlige styringssignaler, men at det som er nytt er at disse er samlet i ett dokument. Rundskrivet må m.a.o. ses på som et oppslagshefte over hvilke statlige mål og interesser som foreligger.

Her nevnes noen temaer som har stor betydning for å styrke folkehelsearbeidet.

Hverdagsliv og nærmiljø

- Kommunene må føre en politikk som legger til rette for gode boforhold og levende lokalsamfunn.
- Hensynet til funksjonshemmede skal tillegges større vekt i samfunnsplanleggingen, bl. a. bedre tilgjengelighet. Målet er å utvikle et samfunn der alle kan delta og nyttiggjøre seg ulike tilbud. Tilgjengelighet må derfor inn som premiss i planleggingen av de fysiske omgivelsene.

Barne- og ungdomspolitikken

- Den offentlige barne- og ungdomspolitikken må bygge på et helhetssyn og bidra til at barns og unges interesser blir ivaretatt innen alle samfunnssektorer.
- Kommuner og fylkeskommuner bør arbeide planmessig for å styrke oppvekstmiljøet.
- Det er viktig å stimulere til gode nærmiljøer gjennom samspill mellom offentlige myndigheter, frivillige krefter og barn og unge selv.

Boforhold og boligbygging

- Virkemidlene i boligpolitikken skal bidra til å utjevne ulikhetene i boforhold og bomiljø i visse strøk eller områder.
- Som ledd i fylkesplanleggingen bør fylkeskommunene, i samarbeid med interesserte kommuner, utarbeide oversikter over den regionale boligsituasjonen og viktige boligpolitiske utfordringer i ulike deler av fylket.

Helsefremmende og forebyggende arbeid

- Det er i lokalsamfunnet folkehelsen utvikles og vedlikeholdes. Innsats for fremme folkehelsen er ikke først og fremst den lokale helsetjenestens ansvar. Ansvaret for de mest effektive tiltakene ligger oftest på andre samfunnsområder.
- Miljøkvaliteter som ren luft, rent vann o.l. er et nødvendig livsgrunnlag. Det er også sammenheng mellom helse, trivsel og folks fysiske omgivelser. Alle bør dessuten ha muligheter til friluftsliv og rekreasjon som en helsefremmende og trivselsskapende aktivitet. Forvaltningen av areal. og naturressursene må bidra til å sikre slike kvaliteter.
- Planlegging og gjennomføring vil være avhengig av et forpliktende samarbeid mellom de aktuelle sektorene. Alle viktige avgjørelser må ta hensyn til kon-

sekvensene for folks helse og miljø.
- En utvikling som styrker folkehelsen bør derfor være ett av hovedmålene i kommunale og fylkeskommunale planer. Og en planprosess som bygger på medvirkning og medansvar fra befolkningen og frivillig sektor, der alle relevante offentlige aktører deltar, er en god arena for folkehelsearbeidet.

Kultur, idrett og friluftsliv
- Det er ønskelig å styrke kulturområdets plass i kommunenes og fylkeskommunenes samordnende planlegging og særlig bruke fylkesplanleggingen mer aktivt.
- Gjennom deltakelse og samhandling utvikles solidaritet, ansvarsfølelse og kunnskap om andre. Det frivillige organisasjonslivet spiller en vesentlig rolle for utviklingen av livsstil, verdiformidling og kulturell overlevering nasjonalt og lokalt.
- Regjeringen ser særlige utfordringer for fylkes- og kommuneplanleggingen bl.a. når det gjelder barn og unge, det flerkulturelle Norge og styrking av frivillig kulturaktivitet.
- Kommunene og fylkeskommunene bør styrke det helsefremmende, trivselsskapende og enkle friluftslivet og bidra til å sikre allmennhetens rett til fri ferdsel og opphold i utmark.
- Utdanning, livslang læring, forskning og utredning
- Kommuneplanen bør beskrive tiltak og rutiner for å sikre kvaliteten i opplæringen, og skolens utviklingsplaner må bygge på dette.
- Fylkesplanen bør synliggjøre hvordan det antatte behovet for videregående opplæring skal løses, og beskrive rutiner og tiltak for å sikre kvaliteten i opplæringen. Skolens planer må bygge på dette.
- Iflg. nye læreplaner skal elevene ut i nærmiljøet for å lære gjennom deltaking.
- Kommunene og fylkeskommunene har ansvar for å planlegge voksenopplæring innen sine områder. Planene som bør beskrive mål og strategier for samarbeid med andre aktuelle aktører, bør ses i sammenheng med planer for opplæring i grunnskole og videregående skole.
- I fylkes- og kommuneplanleggingen bør man vurdere på hvilken måte statlige høgskoler, regionale forskningsinstitusjoner og andre relevante institusjoner i fylket kan bidra til kompetanseoppbygging og samarbeid med tanke på internasjonale, nasjonale og regionale behov.

Nærings- og arbeidsliv
- Arbeid til alle er det viktigste nasjonale målet både i den økonomiske politikken og i velferdspolitikken. Regjeringen vil ta hele landet i bruk. Trygge arbeidsplasser nær der folk bor er også et viktig grunnlag for helse og trivsel.
- En politikk for livskraftige lokalsamfunn forutsetter bl.a. at kommunene settes i stand til å ivareta grunnleggende velferdsoppgaver.
- Regjeringen vil arbeide for en mer sektorovergripende og samordnet næringspolitisk innsats mellom de aktuelle statlige, fylkeskommunale og kommunale myndighetene.

5.4.3 Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgavers (SOHO) forsøksprogram 1996-1998 «Hvordan utvikle samarbeid om helsefremmende oppgaver?»

Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver opprettet i 1996 et forsøksprogram som omfatter 4 «modellfylker«: Buskerud (KS), Møre og Romsdal (fylkeskommunen), Sør-Trøndelag (fylkeslegen) og Nord-Trøndelag (fylkeskommunen). Hensikten med programmet er å stimulere til utvikling av modeller for samarbeid mellom staten, fylkeskommunen, kommunene og frivillige organisasjoner på regions-/fylkesnivå. Modellkommunene får støtte av Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver i en 3-årsperiode i 1996 kr. 650 000, i 1997 opptil kr. 720 000. Gjennom programmet ønsket Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver å utvikle kunnskap om hvordan en kan forbedre samarbeidet mellom offentlig sektor og frivillig sektor på fylkesnivå, og hvordan skape møteplasser for å formidle og bygge videre på denne kunnskapen. Nord-Trøndelagsforskning følgeevaluerer programmet.

I rapporten «Samarbeid om helsefremmende oppgaver. Følgeevaluering av Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgavers forsøksprogram» (NTF-rapport 1998:4, Trond Kongsvik, Roald Lysø, Niels Arvid Sletterød) oppsummeres utviklingen i modellfylkene slik:

Delprosjektet i Buskerud er forankret i Kommunenes Sentralforbund Buskerud hvor det er ansatt en koordinator i 50 prosent stilling og hvor styret i Kommunenes Sentralforbund Buskerud er styringsgruppe. Hovedmålsettingene er å skape forståelse for en helsefremmende ideologi hos beslutningstakerne, stimulere samspillet mellom frivillige og offentlige aktører, å skape større bevissthet om nasjonale satsingsområder og styrke det tverrsektorielle samarbeidet om disse. Det er opprettet en prosjektgruppe med representanter for offentlig og frivillig sektor. Det er gjennomført to konferanser, kommunebesøk og gitt informasjon til viktige fora i kommunene. En har bevisst brukt Kommunenes Sentralforbund-fora som arenaer for påvirkning.

Evalueringen slår fast at prosjektet har hatt betydelige ringvirkninger. I 4-årsperioden er det behandlet 391 søknader og 183 har fått økonomisk støtte i størrelsesorden fra få tusen kroner til kr. 200 000. Tilsammen er det delt ut 5.2 millioner kroner i 4-årsperioden. Disse vel 5 millionene har utløst prosjekter til en beregnet verdi av 48 millioner kroner. Dette vil si at for hver krone fylkeskommunen har delt ut, har andre instanser (kommuner, frivillige organisasjoner og enkeltpersoner) gitt 9 kroner til helsefremmende tiltak. Evalueringen antyder at så mange som 11 000 personer kan være direkte berørt av ett eller flere tiltak. Dette utgjør 5 prosent av Buskeruds befolkning.

Evalueringen forteller videre at mer vekt burde vært lagt på markedsføring av prosjektet - både internt i fylkeskommunen og eksternt - slik prosjektets ideologi, tanker og ideer kunne fått bedre fotfeste politisk, administrativt og i opinionen. Slik oppfølging kan være mulig å få til gjennom samhandlingsorganisasjon som er planlagt mellom kommunene og fylkeskommunene innefor helse- og sosialområdet.

Delprosjektet i Møre og Romsdal har som hovedmålsetting å utvikle en plan for forebyggende og helsefremmende arbeid i fylket. Etter oppstartkonferansen ble det valgt fire innsatsområder: kultur og helse, oppvekst og nærmiljø, arbeidsliv og sikkerhet og forebyggende innsats for eldre over 60 år. For hvert område ble det etablert en prosjektgruppe med deltakere fra offentlig forvaltning, frivillige organisasjoner og fagfolk.

Delprosjektet i Sør-Trøndelag tar utgangspunkt i Fylkeskomité for helsefremmende arbeid, og hvor en samarbeidsmodell mellom fylkeslegen, fylkeskommunen

og Kommunenes Sentralforbund skulle utprøves. Det ble opprettet en koordinatorstilling og styringsgruppe fra nevnte instanser. Fylkeskomiteen ble utvidet til 25 personer, og det faglige ansvaret delegert til seks temagrupper. Prosjektet er preget av mange enkelttiltak. Det synes som om dette delprosjektet er det som har møtt størst vansker.

Delprosjektet i Nord-Trøndelag har to målsettinger: for det første å arrangere årlige forebyggingskonferanser i samarbeid med enkeltkommuner/regioner, for det andre å utvikle et program for forebygging av beinskjørhet. Arbeidsutvalget til Fylkeskomiteen er den formelle styringsgruppen for prosjektet, det er knyttet en arbeidsgruppe til hver av de to satsingene. Modellfylkesprosjektet i Nord-Trøndelag synes særlig å kunne gi kunnskap om samarbeid.

5.4.4 Kultur og helse

Sosial- og helsedepartementet, Kulturdepartementet, Norsk kulturråd og Rikskonsertene og flere kommuner og fylkeskommuner startet i 1995/1996 et samarbeid om en nasjonal forsøksvirksomhet knyttet til kultur og helse. Sosial- og helsedepartementet står bak et eget forsøks- og utviklingsarbeid som omfatter ca. 21 lokale prosjekter, bl.a. Rikskonsertenes prosjekt «2kryss». Kulturrådet har et eget forsøksprosjekt «Kultur gir helse» som i hovedsak omfatter en kommune i hvert fylke. Flere av de lokale prosjektene gjennomføres i samarbeid mellom departementet, Kulturrådet og Rikskonsertene.

Utgangspunktet for denne omfattende forsøksvirksomheten er at helsefremmende, sykdomsforebyggende og rehabiliterende arbeid representerer et hovedelement i utviklingen av trygge og gode lokalsamfunn og nærmiljøer.

Gjennom forsøksvirksomheten ønsker Sosial- og helsedepartementet og Kulturrådet å bidra til å finne nye måter og verktøy som kan styrke arbeidet med folkehelsen. Kunst og kultur er i den sammenheng viktige temaer for aktivitet og debatt som angår vår helse. Kunsten og kulturen representerer viktige arenaer og opplevelsesmuligheter for den som lever med smerte, angst og i isolasjon, eller som er på vei opp igjen etter sykdom og krise. Kunsten og kulturen stimulerer det friske og skapende i oss og bidrar derfor etter all sannsynlighet til å sette fortgang i helbredelsesprosessene.

Målet med forsøksvirksomheten er således å vinne erfaringer med kulturelle virkemidler i det helsefremmende, sykdomsforebyggende og rehabiliterende arbeidet samt å dokumentere hvilket potensiale som ligger i tettere samarbeid mellom kultursektoren og helse- og sosialsektoren. Kultur og helse er tradisjonelt forankret i atskilte og ulike organisasjoner. Kulturaktivitet ses gjerne som et mål i seg selv, mens innsatsen på helseområdet har en instrumentell innretning. Det nye i Sosial- og helsedepartementets og Kulturrådets satsing ligger i at kultur tas i bruk som virkemiddel for å bedre livssituasjonen for bestemte målgrupper og på mer generelt grunnlag styrke lokalsamfunnets og kommunenes innsats i det helsefremmende, sykdomsforebyggende og rehabiliterende arbeidet med basis i lokalt og regionalt kulturliv.

Vesentlige stikkord for kultur-helsesatsingen er tilgjengelighet og deltaking eller sosial integrasjon. De lokale forsøksprosjektene har som mål at kulturelle og kunstneriske aktiviteter og tilbud skal føre til deltaking der en søker å fange opp grupper som av ulike årsaker er dårlig integrert i lokale sosiale nettverk og i samfunnet generelt. Hovedspørsmålet i satsingen er således om og i hvilken grad økt tilgjengelighet til og deltaking på ulike kulturelle og sosiale arenaer har betydning for deltakernes livssituasjon, mestringsevne og helse.

At to så ulike forvaltningsområder som helse/sosial og kultur utformer og gjennomfører felles tiltak er en utfordring for forsøksvirksomheten både på sentralt og lokalt nivå. Hvordan en organisatorisk og i praktisk arbeid under ulike rammevilkår kan lykkes i å bygge bro mellom forvaltningsnivåer- og områder og mellom profesjoner, vil ha betydelig interesse i forhold til videreføring av denne type samarbeid utover forsøksperioden. Slike erfaringer kan også danne grunnlag for modeller for videreføring i andre kommuner enn de som nå deltar i forsøksvirksomheten.

Evalueringen av forsøksvirksomheten startet opp i 1998, og sluttrapport skal foreligge våren 2000.

Prosjektene «HelKul 1997-2000, kultur gir helse» i Levanger, og «Kultur gir helse» i Majorstua/Uranienborg bydel, er to prosjekter som samfinansieres av Sosial- og helsedepartementet og Norsk kulturråd.

«HelKul 1997-2000, kultur gir helse», Levanger

Til grunn for satsingen i Levanger ligger både en historisk og helhetlig tankegang på koblinger mellom kultur- og helsesektorens virkeområder. Forberedelsene til satsingen startet i 1996, og prosjektet er organisert i ni delprosjektet og i alt 33 kommunalt ansatte deltar aktivt i prosjektet. Prosjektet omfatter følgende delprosjekter:

– Dans som helsefremmende kulturaktivitet
– «Harrys hus». Fokus på mental helse
– HEKT - Helse - kultur - trivsel
– «Momarka i sentrum». Kulturaktivitet i og ved Momarka (bydel i Levanger).
– Internasjonalt senter
– Barn i bevegelse
– «Kultur gir trygg oppvekst»
– Arbeidsledige i Levanger
– Eldrehøgskolen i Levanger

Prosjektet skal evalueres av Universitetet i Trondheim og Høgskolen i Nord-Trøndelag. I en spredningsgruppe som er oppnevnt, sitter også representanter fra Nord-Trøndelag Musikkråd og Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon. Det vises ellers til nærmere omtale i underkapittel 5.2 ovenfor.

«Kultur gir helse», Majorstua/Uranienborg

Bydelen tar sikte på å være en sterk pådriver overfor offentlige etater og private instanser når det gjelder å bedre fysisk miljø, styrke sosialt nettverk og tilhørighetsfølelsen til eget nærmiljø, bl.a. gjennom å bidra til kulturaktiviteter i regi av beboerne selv. Satsingen består av en rekke delprosjekter bl.a.: Amaldhus, et aktivitetsenter for mennesker med psykiske lidelser men også åpent for alle, «Huskonsert revival» hvor det arrangeres hjemmekonserter hos og for brukere av hjemmetjenesten, og «Bevegelse i rusomsorgen» et tilbud ledet av fysioterapeut som driver oppsøkende virksomhet i bydelens mange hybelhus.

Det er etablert en lokal følge- og spredningsgruppe med representanter fra sentrale instanser som ønskes involvert i kultur/helse tilnærmingen (for eksempel Den norske lægeforening, universitetsmiljø, forskningsmiljø, Oslo kommune sentralt, media og kultursektoren). Gruppen skal bl.a. videreformidle erfaringene fra forsøksvirksomheten, primært internt i sine moderorganisasjoner.

Nasjonalt senter for Natur-Kultur-helse (NaKuHel)

Etter en forprosjektperiode i 1994-95 ble Nasjonalt senter for Natur-Kultur-Helse (NaKuHel) etablert i Asker høsten 1995. Visjonen bak senteret var: «å skape en felles arena for helhetstenkning og kreativitet innenfor natur, kultur og helse der offentlige etater, næringsliv, frivillige organisasjoner, ildsjeler og andre samarbeider for å bedre helse, miljø og livskvalitet.» Idegrunnlaget var «Helhetstenkning

og kreativitet innenfor Natur-, friluftsliv- og miljøaktiviteter, Kultur-, idrett- og kunstaktiviteter, Helsefremmende-, forebyggende og rehabiliterende arbeid» (Gunnar Tellnes 1995 og Elin A. Pausewang 1997). Senteret ble offisielt åpnet av statsminister Bondevik i september 1997.

I rapporten om effektevaluering av «Natur-Kultur-Helseaktiviteter i Akershus» (Gunnar Tellnes, Kristin Bredal Berge, Lars S. Hauge, Nasjonalt senter for Natur-Kultur-helse. Juni 1998) refereres noen av funnene fra denne evalueringen:

- Blant de 122 deltakerne som svarte på spørreskjemaet var det 43 prosent som opplevde sin helse som bedre gjennom deltakelse i natur- og kulturaktiviteter, mens 52 prosent var blitt inspirert til å satse mer på forebyggende og helsefremmende arbeid.
- To tredjedeler av deltakerne svarte at de hadde fått et bedre liv etter at de ble aktive ved senteret, mens 77 prosent hadde en følelse av de kan gjøre tilværelsen mer meningsfull.
- Hele 80 prosent hadde fått flere å dele opplevelsene sine med etter at de deltok i aktivitetene ved senteret.
- 70 prosent mente senteret kunne øke deres miljøbevissthet og handling i nærmiljøet.
- De fleste som deltok i undersøkelsen, anga også en relativt god helsetilstand, livskvalitet og miljøbevissthet. Helse indikerte her ikke fravær av sykdom, men heller en følelse av å kunne mestre hverdagens utfordringer. De fleste av deltakerne (61 prosent) hadde vært knyttet til senteret 1-3 år - noe som tyder på stabilitet.
- De fleste av deltakerne ved senteret var voksne mennesker. Vel 3/4 regnet seg som friske i desember 1997, mens 1/4 var «ikke friske» eller trygdet.

Forfatterne av boken skriver i sitt sammendrag følgende om framtidshåp for senteret:

> «Det eksisterer sannsynligvis en rekke institusjoner og miljøer i Akershus som på forskjellig vis gjør bruk av natur og/eller kultur i sitt forebyggende, behandlende og rehabiliteriende arbeid.
>
> NaKuHel-senteret på Sem bør bli et ressurssenter for disse miljøene og på lang sikt kunne bygge opp kompetanse og erfaring som via nettverket kan stilles til disposisjon, slik at målsettingen om å gjøre det forebyggende helsearbeidet mer slagkraftig og effektivt kan oppnås.
>
> Det bør etter vår oppfatning permanent settes av fylkeskommunale midler til et informasjons- og nettverksprogram med sikte på å bygge på de erfaringene en til i dag har gjort seg, samt videreutvikle Na-Ku-Hel-samarbeid i Akershus som i sterkere grad utvikles til å gjelde hele landet.» (side 8)

Evaluering av NaKuHel senteret

Sosial- og helsedepartementet finansierer en frittstående kvalitativ evaluering av NaKuHel senteret. Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) står for evalueringen, og en rapport vil foreligge i mars 1999. Hovedproblemstillingen i evalueringen vil være å se på opperasjonaliseringen og konkretiseringen av de visjoner og mål som NaKuHel baserer virksomheten på. Mao vil evalueringen se på «oversettelse» fra ord til praktisk aktivitet.

5.4.5 Noen eksempler på tiltak for barn og ungdom

I Barne- og familiedepartementets samleoversikt over regjeringens mål og innsatsområder for barn og ungdom på statsbudsjettet for 1998 innledes det med at å sikre barn og ungdom gode oppvekst- og levekår er blant regjeringens viktigste oppgaver.

Samlet oversikt. Tiltak for barn og ungdom. Regjeringens mål og innsatsområder i statsbudsjettet 1998, Q-0949, Barne- og familiedepartementet, februar 1998). Stikkord er å legge forholdene til rette for:

– Trygghet og omsorg
– Innflytelse og medvirkning
– Likeverdig opplæring
– Egenutfoldelse og kreativitet
– Forbruk, livsstil og verdier
– Samhandling og fellesskap
– Gode nærmiljøer
– Samspill og samarbeid

Nedenfor gjengis kort enkelte av tiltaksområdene som er av særlig relevans i folkehelsearbeidet.

Barnerepresentanten og rikspolitiske retningslinjer

Regjeringen ønsker å bedre barns og ungdoms muligheter til aktiv deltakelse i utformingen av oppvekst- og nærmiljøer. Oppfølgingen av rikspolitiske retningslinjer for å styrke barns og unges interesser i planleggingen vil står sentralt i dette arbeidet. Til nå er det få kommuner som har satt i gang en systematisk medvirkning fra barn og ungdom i plan- og beslutningsprosessen.

De rikspolitiske retningslinjene som ble gitt ved kongelig resolusjon 1.9.1989 gir viktige nasjonale mål for barns og unges oppvekstmiljø for å:

– Sikre et oppvekstmiljø som gir barn og unge trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og som har fysiske, sosiale og kulturelle kvaliteter som til enhver tid er i samsvar med eksisterende kunnskap om barns og unges behov.
– Ivareta det offentlige ansvaret for å sikre barn og unge de tilbud og muligheter som samlet kan gi den enkelte utfordringer og en meningsfylt oppvekst uansett bosted og sosial og kulturell bakgrunn.

Etter plan- og bygningsloven skal kommunestyret peke ut en tjenestemann som skal ha særlig ansvar for å ivareta barns interesser når det faste planutvalget utarbeider og behandler forslag til planer. Flere departementer følger nå opp hvordan nye kommuneplaner integrerer barneperspektivet i sin areal- og ressursforvaltning, og hvordan vedtak føres ut i praktisk handling for å styrke barns og unges interesser.

Bli med! Utviklingsprogram for styrking av oppvekstmiljøet

Det vises til kort omtale i underkapittel 2.1. Satsingen i dette programmet vil i 1998 rette seg inn mot:

– Lokal mobilisering
– Styrking og samordning av offentlig innsats
– Kompetanseoppbygging og erfaringsformidling

Programmet har sin drivkraft i lokalbefolkningen, de frivillige organisasjonene og barn og unge selv. Det vil bli gitt støtte til lokal frivillig innsats. 1998 er et planleggingsår både lokalt og sentralt, og det er bevilget 4 mill kroner for dette året.. Gjennomføringen vil først skje for fullt i 1999.

Hovedansvarlig for programmet er Barne- og familiedepartementet - men i samarbeid med en rekke andre departementer.

Handlingsprogram for Oslo indre øst

Programmet tar sikte på å bedre oppvekst- og levekårene i Oslo indre øst (bydel 4, 5 og 6). Programmet som har vart siden 1997 er konsentrert om 6 satsingsområder:

– Bedre boforholdene, blant annet gjennom byfornyelse og bedre bomiljø

- Opprusting av det fysiske miljøet i bydelene ved en styrking av grøntstrukturene og bedring av trafikkforholdene
- Bedre oppvekstforholdene ved en styrking av skoler, barnehager og fritidstilbud for barn og ungdom
- Målrette arbeidsmarkedstiltak mot grupper som har en særlig vanskelig situasjon på arbeidsmarkedet
- Styrking av innvandreres norskkunnskap og kompetanse
- Legge til rette for en byutvikling som har positiv effekt for levekårene

Det er bevilget 50 mill kroner over statsbudsjettet i 1998, Oslo kommune bevilger tilsvarende beløp.

Kommunal- og regionaldepartementet har ansvaret for den statlige koordineringen, men også dette programmet skjer i samarbeid med en rekke andre departementer.

Støtte til barns og ungdoms egen innsats i det forebyggende arbeidet

Barne- og familiedepartementet har de senere årene støttet opp om barns og unges egen innsats for å bekjempe negative utviklingstrekk i barne- og ungdomsmiljøene, særlig knyttet til innsats mot vold og mobbing. En egen idebank og diskusjonsforum for utveksling av ideer om tiltak mot vold og mobbing på Internett (Pusterommet) startet opp som et forsøksprosjekt i 1997. Forumet har bl.a. en kunnskapsdel med henvisninger til aktuelt materiell om temaet. Tiltaket pågår også i 1998.

Foreldreveiledning

Barne- og familiedepartementet administrerer en tilskuddsordning som skal bidra til å styrke omsorgen og oppveksten for barn og unge. Det gis støtte til foreldre i omsorgs- og oppdragerrollen, og det legges til rette for å stimulere fedres deltaking og betydning i omsorg for barn. Tilskuddsordningen skal ses i sammenheng med tilskuddsordning til samlivstiltak. Det er bevilget 2 mill kroner i 1998.

Helsefremmende skoler

Det internasjonale nettverket European Network of Health Promoting Schools ble etablert i 1991. Det vises til generell omtale i *"Folkehelsearbeidet i enkelte andre land"* i kapittel 6. Den norske delen av dette prosjektet «Helsefremmende skoler» (HEFRES) er et samarbeid mellom Sosial- og hesledepartementet og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet. Målet for helsefremmende skoler er å utvikle gode arbeidsstrategier for å fremme helse og trivsel blant alle i skolemiljøet. Det legges vekt på samarbeid mellom elever, lærere, foreldre og skolehelsetjenesten. Det arbeides ut fra to strategier:

Strategiene:

1. er å utvikle et tett samarbeid og kopling av ressurser i fylket, der offentlige myndigheter, næringsliv og organisasjoner går sammen om å sette fokus på føringene som ligger i Agenda 21 dokumentet.
2. er å etablere en regional arena som kan stimulere og være en pådriver og koordinator for arbeidet med LA 21 i kommunene.

Fredrikstaderklæringen og regionale knutepunkt

Landskonferansen for Lokal Agenda 21 ble holdt i Fredrikstad i februar 1998 og samlet over 700 deltakere fra statsforvaltningen, kommuner, fylkeskommuner og organisasjoner. Fredrikstaderklæringen er en invitasjon fra denne konferansen til alle landets kommuner, lokalsamfunn og organisasjoner om å gjøre en innsats for en bærekraftig utvikling.

KS' styre har sluttet seg til Fredrikstaderklæringen og gjennom brev til ordførere og rådmenn oppfordret kommuner og fylkeskommuner om å gjøre det samme.

Intensjonene i erklæringen legger en ramme også for aktiviteter knyttet til de regionale knutepunktene. Med utgangspunkt i erklæringen vil rollen til aktørene ved knutepunktene særlig være knyttet opp mot oppfølging av punkt IV i erklæringen som bl.a. har som mål å

- mobilisere innbyggerne, organisasjonene og partene i arbeidslivet til aktiv medvirkning i lokale Agenda 21-prosoesser og etablere egnede møteplasser og nettverk.
- legge til grunn at arbeidet for en bærekraftig utvikling er et ansvar for alle samfunnssektorer.
- gjøre kommune- og fylkesplanleggingen og andre styrings- og rapporteringsdokumenter til praktiske og forpliktende verktøy i arbeidet for en bærekraftig samfunnsutvikling.
- arbeide for en åpen dialog og samhandling mellom kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter for å sikre samspill mellom lokale, regionale og nasjonale interesser.

Deltakerfylkene er foreløpig Møre og Romsdal, Telemark, Rogaland, Troms, Vestfold, Nordland, Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Oppland, men det er en målsetting å etablere regionale knutepunkt i alle landets fylker. Fra Miljøverndepartementets side er det signalisert finansiering for alle fylkene fra 1999. Den økonomiske rammen for et knutepunkt er kr. 600 000 per år. Tilskuddet skal dekke lønns- og driftsutgifter knyttet til stilling som prosjektmedarbeider samt gi noe rom for regional aktivitet.

5.4.6 HENÆR-senteret

Det eksisterer en rekke kompetansesentre, forskningsmiljøer m.v. som er engasjert i folkehelsearbeid. Her omtaler utvalget et eksempel på et slikt miljø - HENÆR-senteret ved Høgskolen i Vestfold..

HENÆR-senteret er et kompetansesenter i helsefremmende og forebyggende arbeid ved Høgskolen i Vestfold. HENÆR er i tillegg nettverksorganisert og har en rekke eksterne samarbeidspartnere. Senteret driver med forskning, nettverkssamarbeid, undervisning og oppdragsvirksomhet.

HENÆR startet som et utviklingsprosjekt i 1996 og er fra 1998 et regionalt kompetansesenter. Den fagkompetansen som er tilknyttet HENÆR er: epidemiologi, sosialantropologi, sosiologi, pedagogikk, veiledning, sykepleiervitenskap og økonomi.

HENÆR har som kompetanseområder når det gjelder forebyggende arbeid på kommunenivå bl.a.:

- Forebyggende arbeid og organisasjonsutvikling
- Tverretatlig og tverrsektorielt samarbeid
- Forebyggende arbeid rettet mot barn og unge
- Deltakelse i foreldreveiledningsprosjektet
- Rusforebyggende arbeid
- Det vises ellers til omtalen av HENÆR senteret som undervisningsmiljø i underkapittel 10.9.

5.4.7 Kirkens rolle i folkehelsearbeidet

I den svenske prosessen «Det finns bruk för alla» som er utførlig omtalt i *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8, og som er opphavet til hovedtit-

telen på utredningen, er kirken en viktig støtte- og medspiller. Det er den også i det helsefremmende og forebyggende arbeid i vårt land.

Kirken har det fortrinnet at enhver kommune har minst en kirke, det er et valgt meninghetsråd, mange kirkesamfunn driver et aktivt folkehelsearbeid og sosialt arbeid overfor enkeltmennesker og grupper som har det vanskelig og er en viktig faktor i lokalsamfunnet. Utvalget har vurdert nøye hvor omtalen av kirkens rolle i folkehelsearbeidet skulle være. Det er flere muligheter. *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i Kapittel 8 om empowerment og lokalsamfunn kunne være en naturlig sammenheng å plassere kirken i. *"Frivillig sektor"* i Kapittel 9 Frivillig sektor er en annen sammenheng. Utvalget har imidlertid lagt sterk vekt på den utadvendte folkehelseaktiviteten kirken står bak og mener at en omtale av denne faller naturlig inn i et kapittel om mangfold i folkehelsearbeidet i landet vårt.

Omtalen av folkehelsearbeid i regi av kirken og kirkelige organisasjoner kan ikke bli fullstendig med den tidsramme og det mandat utvalget har hatt. Utvalget har derfor valgt å omtale enkelte viktige kirkelige institusjoner som Kirkens Bymisjon med vekt på aktiviteten i Oslo som har vart lengst, informasjon hentet fra Kirkerådets Årbok for den norske kirke 1997 og Plan for diakoni i Den norske kirke. Poenget for utvalget har vært å vise til den mangfoldige aktiviteten som drives, og at kirken og kirkelige institusjoner og frivillige sammenslutninger er en viktig faktor i norske kommuner, i lokalsamfunn og nærmiljø.

Diakonitjenesten i lokalsamfunnet

Omtalen nedenfor er basert på Plan for diakoni i Den norske kirke (2. utgave, Kirkerådet 1988/1997).

Med diakoni forstås kirkens medmenneskelige omsorg og fellesskapsbyggende arbeid, og den tjeneste som i særlig grad er rettet mot mennesker i nød. Diakoni er m.a.o. både en særlig tjeneste og omsorg for mennesker i nød og et fellesskaps- og samfunnsbyggende arbeid på alle plan - nasjonalt og internasjonalt.

Diakoni er omsorg for det hele mennesket. Med omsorg forstås personlig innlevelse i andre menneskers livssituasjon og praktisk hjelp og støtte ut fra de behov som foreligger.

Diakonien og forebyggende arbeid:

Omsorg for medmennesker innebærer bl.a. å gripe inn på et tidlig tidspunkt og drive forbyggende arbeid. Dette gir et videre perspektiv på diakoniens arbeidsformer. Hensikten med et forebyggende arbeid er å fjerne årsaker til nød på et så tidlig tidspunkt som mulig. Slike årsaker kan ligge både i enkeltpersoners holdninger, i mellommenneskelig samspill og i samfunnsforhold og samfunnstrukturer. Diakonien omfatter slik sett holdningsendrende arbeid, miljøarbeid og arbeid av samfunnsmessig karakter.

Diakonien i lokalmiljøet:

Kirken er representert på hvert sted gjennom menigheten eller den lokale kirke. Menighetens liv og virke inngår her i et større hele som del av et lokalmiljø. Å bygge et levende og egenartet fellesskap med åpenhet mot samfunnet er en viktig del av det diakonale oppdraget. Dette aktualiserer spørsmålet om forhold mellom diakonitjenesten og det øvrige omsorgsarbeidet i miljøet. Menighetens særlige muligheter i lokalmiljøet henger sammen med de bånd som er knyttet mellom kirke og folk i Norge.

Diakoniens felles målsetting:

Målsettingen med den diakonale tjeneste er at alle mennesker skal ha det de trenger for å leve et menneskeverdig og meningsfylt liv. Alle sider ved menneskelivet er en utfordring for diakonien og gjenstand for dens tjeneste.

Det diakonale arbeidet er ut fra denne målsettingen, delt inn i fire virksomhetsområder:

- Materielt livsgrunnlag og sosial rettferdighet. Virksomhetsområdet konsentrerer seg om de materielle og sosiale forhold mennesker lever under.
- Kontakt og fellesskap. Virksomhetsområdet konsentrerer seg om menneskers behov for tilhørighet og nærhet.
- Sjelesorg. Virksomhetsområdet konsentrerer seg om menneskers forhold til Gud, seg selv og nesten.
- Helse- og omsorgsarbeid. Virksomhetsområdet konsentrerer seg om arbeid for og blant mennesker med fysiske og/eller psykiske lidelser.

Kirkens diakonitjeneste har en rekke aktiviteter. Eksempler er sykehus, avholdsorganisasjoner, ekteskapsdialog, institusjoner for døve og døv-blinde, Kirkelig ressursenter for mishandlede kvinner, Kirkens Bymisjon, Kirkens Familievern, Kirkens Fengselsarbeid, Kirkens Nødhjelp, Kirkens SOS, Kirkens Sosialtjeneste m.v.

Diakonien samarbeider ofte med offentlige helse- og sosialmyndigeter. Som eksempel kan nevnes at som et ledd i Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede er det opprettet egne statlig finansierte sognediakonstillinger for døve i de fleste av landets kommuner. Det er også opprettet egne stillinger for psykisk utviklingshemmede i mange kommuner.

Nærmere om aktiviteten til Kirkens Bymisjon

Kirkens Bymisjon i Oslo ble etablert i 1855 og het i mange år Oslo Indremisjon. Med utspring i og tilknytning til Den norske Kirke, har Bymisjonen alltid ønsket å være et kirkelig spesialorgan for å møte de utfordringer og oppgaver i storbyen som kirken gjennom sine øvrige organer ikke mestrer.

Kirkens Bymisjons formålsparagraf lyder slik:

> «Kirkens Bymisjon har som formål - i samarbeid med Den norske Kirkes organer og i overensstemmelse med dens bekjennelse - å fremme tiltak som bidrar til å virkeliggjøre kirkens oppdrag.»

(Kirkens Bymisjon 140 år med hjertet midt i byen).

Det er nå etablert Bymisjoner i Tromsø, Bodø, Trondheim, Bergen, Stavanger, Tønsberg og Drammen. De er alle selvstendige stiftelser.

To sitater fra publikasjonen «Kirkens Bymisjon - der mennesker trenger mennesker» (Kirkens Bymisjon Oslo) kan illustrere hvor viktig denne type organisasjoner og aktiviteter kan være sett ut fra utvalgets definisjon av folkehelsearbeidet - både i storby, i mindre samfunn og i frivillig innsats :

Dypt nede i storbyen.

> «Storbyen med sine tusener av mennesker skaper større fare for ensomhet enn hva små og gjennomsiktige samfunn gjør: Samtidig kan storsamfunnet bli et samlingspunkt for mennesker som har havnet på skråplanet. Dette kjenner vi fra vårt oppsøkende arbeid i storbyens utstøtte miljøer. Kirkens Bymisjon vil hjelpe og støtte byens mennesker, særlig de vanskeligst stilte. En viktig del av vårt arbeid er å forebygge og være i dialog med dem som er på leting etter en meningsfull tilværelse. Både gammel og ung har behov for en tilhørighet og mennesker som de kan få oppmuntring og støtte fra. Vi vil gjenskape gleden ved livet ved å gi dem kjærlighet, respekt og hjelp når det trenger det som aller mest. Kirkens Bymisjon vil gå sammen med mennesker uansett hvor vanskelig de har det og hvor utstøtt de opplever å være fra det sosiale fellesskap.»

Sammen er vi sterke

> «Det er gjennom forholdet til andre personer at vi får verdi som menneske. Gode sosiale nettverk og meningsfulle oppgaver gir oss noe å leve for. Vi

trenger hverandre, ingen er seg selv nok. Store deler av Kirkens Bymisjons arbeid er mulig takket være den innsats over 700 frivillige utfører hvert år.»

Kirkens Bymisjon i Oslo

Kirkens Bymisjon i Oslo har et omfattende samarbeid med offentlige helse- og sosialmyndigheter, først og fremst Oslo kommune. Bymisjonen driver (1995) 23 behandlings- og omsorgsinstitusjoner med full budsjettdekning fra det offentlige. Bymisjonen driver også virksomhet med vernede arbeidsplasser og har ansvaret for driften av Hudøy Feriekoloni i et samarbeid med Oslo kommune gjennom stiftelsen Hudøy.

I tillegg til dette drives flere sosiale prosjekter som i hovedsak er egenfinansierte. Videre har Bymisjonen en betydelig innsats innen sjelesorg, forkynnelse og menighetsbyggende arbeid.

Bymisjonen i Oslo er delt inn i 4 arbeidsutvalg:

- Seksjon for frivillighet og nærmiljø (f.eks. Kirkens SOS som et lavterskeltilbud, Bymisjonssenteret i Tøyenkirken, Prosjekt Ungdomsbølge)
- Seksjon for rusomsorg (f.eks. behandlingsinstitusjoner for rusmisbrukere, oppsøkende virksomhet m.v.)
- Seksjon for OMF-virksomheter og eldreomsorg (bl.a. frivillighetssentraler og eldresentre)
- Seksjon for barn og unge, prostitusjon og psykiatri (f.eks. OBU- oppsøkende arbeid blant barn og unge på drift, Nadheim og Natthjemmet for kvinner med prostitusjons- og ruserfaring, Aksept kontaktsenter for HIV-positive og AIDS-syke)

Det vises også til *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8 Livskvalitet - deltakelse - mestring som beskriver Primærmedisinsk verksted som fra 1.9.98 ble et eget tiltak under Kirkens Bymisjon i Oslo. Dette er et ledd i Bymisjonens nysatsing på innvandrere - særlig innvandrerungdom.

5.5 BEHOV FOR KUNNSKAPSINNHENTING OG ERFARINGSFORMIDLING

Som dette kapitlet viser, skjer det svært mye spennende og nyskapende folkehelsearbeid eller beslektet arbeid rundt om i Norge. Da utvalget startet opp med sitt utredningsarbeid for ca. 1 år siden, var utgangspunktet at dette viktige feltet var sterkt nedprioritert, og at det var få kommuner, fylkeskommuner eller frivillige organisasjoner som hadde engasjert seg. Utvalget slår fast at dette ikke er situasjonen - det gjelder både den helsefremmende og sykdomsforebyggende dimensjonen. At mange tror det skjer lite, har nok mye å gjøre med at det er ingen instans som systematisk samler inn ideene, prosjektene, tiltakene, erfaringene, og hva som skjer over tid. Det vises til underkapittel 10.10 hvor utvalget foreslår at det opprettes en nasjonal kunnskapsbase, fortrinnsvis i regi av Kommunenes Sentralforbund eller et annet kompetansemiljø som har tilknytning til og tillit i kommunesektoren

KAPITTEL 6

Folkehelsearbeidet i enkelte andre land

6.1 INNLEDNING

I dette kapitlet beskriver utvalget viktige sider ved folkehelsearbeidet i våre naboland Danmark og Sverige og i Japan. Danmark og Sverige er land vi gjerne både sammenlikner Norge med og henter inspirasjon og ideer fra. Grunnen til at utvalget har valgt å ta med erfaringer fra Japan, er at dette er et av de land i verden som har den høyeste gjennomsnittlige levealder, høy middellevetid, og som inntil det siste har hatt sterk økonomisk vekst. Folkehelsearbeidet i Japan er interessant også av andre grunner. Japan har lenge vært et egalitært samfunn med en meget stor middelklasse. Når det gjelder spørsmål om hvorfor folk der lever lenger enn i Norge og har høyere middellevetid og dermed lavere dødelighet, mener mange at dette har noe med kosthold og livsstil å gjøre. Det vises til omtalen av dette i underkapittel 6.5 og i *"Tendenser - dilemmaer - utfordringer"* i kapittel 7. Det er ellers interessant at Japan har satset meget sterkt på forebyggende arbeid blant den eldre befolkningen mens andre land konsentrerer seg om barn og unge.

Utvalget har valgt å ta med land som har noe konkret å gi til utvalgets utredning, men ikke å gi en uttømmende beskrivelse av folkehelsearbeidet generelt i verden eller i svært mange land. Som eksempler på land som har mye å bidra med, vises det til empowerment- og lokalsamfunnsprosjektene «Tid til Mere» og «Det finns bruk för alla». Disse prosessene har fått en utførlig omtale i *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8 og er et viktig utgangspunkt for utvalgets forslag.

I Vedlegg 2 til St.meld. nr. 23 (1996-97) gis en beskrivelse av erfaringer med listepasientssystem i enkelte andre land: Danmark, Finland, Sverige, England og Nederland. Hvordan enkelte samfunnsmedisinske oppgaver blir utført i disse landene, er omtalt her. Det er ulike organisatoriske koplinger mellom allmennlegetjenesten og gruppe-/befolkningsrettet forebyggende arbeid/samfunnsmedisinsk arbeid i land som har hatt forsøk med eller basert seg på en fastlegeordning/et listelegesystem. Det er viktig å være klar over at omtalen gjelder allmennlegetjenestens innsats i folkehelsearbeidet - ikke folkehelsearbeidet generelt. Hovedpunktene er omtalt i underkapittel 6.2.

I underkapitlene 6.3 - 6.5 gis en kort omtale av hvordan folkehelsearbeidet er organisert, hva det omfatter og i den grad det har vært mulig, hvordan det prioriteres i Danmark, Sverige og Japan. EU har de senere årene drevet et omfattende folkehelsearbeid - Public Health in Europe - hvor Norge deltar. Dette beskrives i underkapittel 6.6. I underkapittel 6.7 gjengis kort WHOs målsettinger for folkehelsearbeid fra Helse for alle-strategien i Alma Ata-deklarasjonen (1977) via Ottawa-charteret (1986) til Jakarta-deklarasjonen i 1997.

6.2 LISTEPASIENTSYSTEMER OG SAMFUNNSMEDISINSKE OPPGAVER

Dette er basert på omtalen i St.meld. nr. 23 (1996-97) Fastlegemeldingen, Vedlegg 2 Erfaringer fra andre europeiske land med et listepasientssystem sammenliknet med det norske fastlegeforsøket (Listepasientsystemer og samfunnsmedisinske oppgaver).

I Danmark (har hatt listepasientssystem siden slutten av 40-årene) er forebyggende virksomhet overfor de minste barna - tilsvarende målgruppen for den nor-

ske helsestasjonen - stort sett integrert i fastlegenes praksis. I England (har hatt listepasientsystem siden slutten av 40-årene) er allmennlegene ansvarlige for vaksinasjonsprogrammer for barn opptil skolealder, mens annet forebyggende arbeid overfor barn ivaretas av «health visitors» som er lønnet av lokale helsemyndigheter. Både danske og engelske allmennleger knytter ofte sykepleier eller andre med spesielt ansvar for slike oppgaver til sin legepraksis og med fastlegens listepopulasjon som sitt ansvarsområde. Et annet fellestrekk mellom Danmark og England er at forebyggende arbeid i skolesammenheng ivaretas av skoleverket.

I Nederland (har hatt listepasientsystem siden under annen verdenskrig) blir forebyggende arbeid overfor barn og unge ivaretatt av heltidsansatte leger med spesiell kompetanse i forebyggende arbeid. Arbeidsdelingen mellom disse og allmennlegetjenesten er skarp - alle former for behandling på grunnlag av funn som den heltidsansatte «forebyggings«lege har gjort, henvises til barnets faste lege.

I Finland tar forsøket med listepasientsystem utgangspunkt i en forholdsvis streng områdemodell. Områdeteamet der legen er en blant flere deltakere, har ansvaret for en rekke forebyggende oppgaver i tillegg til de rent kurative.

Det kortvarige svenske listepasientforsøket med huslegesystem, overlot i stor grad til det enkelte fylke (län) å detaljutforme systemet lokalt - også innpassing av forebyggende arbeid.

Når det gjelder hvordan samfunnsmedisinske og andre offentlige legeoppgaver skal innpasses i en norsk fastlegeordning vises til utvalgets Delutredning I og diskusjon i flere av kapitlene i foreliggende utredning. Det som er å merke seg i omtalen ovenfor som er hentet fra St.meld. nr. 23 (1996-97), er at forebyggende arbeid er meget snevert definert både i forhold til hvilke målgrupper som er aktuelle, og hvilke typer forebyggende oppgaver det dreier seg om. Et hovedinntrykk er at det forebyggende arbeidet som primærhelsetjenesten og spesielt allmennlegetjenesten driver, er rettet mot barn og unge - ikke befolkningen generelt.

6.3 DANMARK

Beskrivelsen nedenfor er basert på ulike kilder. Ikke minst har kontakt med Vejle og Århus amter vært til stor nytte. Utvalget har spesielt merket seg betydningen av sundhedsplanleggingen slik den er lagt opp i Danmark, og amtenes innsats i folkehelsearbeidet. Utvalget oppfatter de danske begrepene «sundhedsfremme» og «forebyggelse» slik at de tilsammen utgjør utvalgets definisjon av folkehelsearbeid.

6.3.1 Folkehelsearbeid (sundhedsfremme og forebyggelse)

Organiseringen av helsevesenet i Danmark er i store trekk slik:

Staten har ansvaret for lovgivning og administrasjon av et statlig sykehus (Rigshospitalet i København) som hovedsakelig finansieres av amtene (fylkeskommunene). Amtene har ansvaret for sykehusvesen (bl.a. fritt sykehusvalg) og sykesikring (ansvaret for administrasjonen), inkludert listelegene. Kommunene har ansvaret for hjemmesykepleie, sundhedspleie/helsesøster, skolesundhedsordning, barnetannhelse.

Forebyggende arbeid i helsetjenesten

Også i Danmark legges det større vekt på kurativ enn forebyggende virksomhet. Forebyggende arbeid i helsetjenesten er lagt til både amter og kommuner. Amtene har ansvaret for gjennom et «mor-barn» program at allmennlegene fører tilsyn med og gir veiledning. Kommunene har ansvaret for tiltak for gravide, hjemmesykepleie, helsesøster, barnetannhelse. Skolesunnhetstjenesten har tilsatt egne leger som har ansvaret for skolehelsetjenesten.

Det er relativt nylig innført takster for rene forebyggingskonsultasjoner hos listelgene, men det er ukjent hvor hyppig de blir brukt. I redegjørelse fra Fyns Amt om politikkområdet sunnhed og forebyggelse (Fyns Amt, Sundhedssekretariatet, Gruppen for sundhed og forebyggelse, 24.10.1995) sies det:

> «Overenskomsten omfatter nu udover sygdomsbehandling også en forebyggende indsats i de situationer, hvor lægen som led i den almindelige patientbehandling bliver oppmærksom på forhold, der gør forebyggende rådgivning og samtale relevant. Det kan f.eks. dreje sig om tobaks- eller alkoholrelaterte helbredsproblemer, andre livsstilssygdommer, allergi etc.
>
> På forebyggelsessiden er begrebet «forebyggelseskonsultationer» blevet indført. Sådanne konsultationer kan anvendes, hvis lægen i forbindelse med en konsultation eller et besøg bliver oppmærksom på forhold, der vil gøre forebyggende foranstaltninger i form av rådgivning og samtale relevante, f.eks. ved livsstilsrelaterede helbredsproblemer, allergi m.v.»

Som det går fram av dette, dreier disse forebyggingskonsultasjonstakstene seg om individrettet forebyggende arbeid, og ikke slik utvalget definerer samfunnsmedisinsk arbeid. Det er ellers verdt å merke seg at når Fyn Amt omtaler samfunnsmedisinsk arbeid, er det i forhold til den enkelte pasient - ikke gruppe- eller befolkningsrettet.

Helsefremmende og forebyggende arbeid

Fyn Amt kan brukes som eksempel. Amtet har et eget Forebyggelsesråd som de fleste andre danske amt. Fyn Amt skriver dette om hvordan arbeidet i forebyggelsesrådet er organisert:

> «Amtet ønsker at understøtte sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende aktiviteter, således at de i størst mulig udstrækning indgår i den almindelige virksomhed. Forebyggelsesrådet skal være katalysator i dette arbejdet, og amtets indsats tager udgangspunkt i det brede sundhedsbegreb. Amtet ønsker herunder å fremme prosjekter, der er udtryk for nytænkning, også i tilfælde hvor effekten ikke umiddelbart kan vurderes.
>
> ...
>
> Forebyggelse og sundhedsfremme er karakterisert ved ikke at have sin egen sektor/udvalg, men netop at gå på tværs af sektorer og udvalg. I det følgende foretages en opdeling med udgangspunkt i den politiske forankring.»

(Notat fra Fyn AMT 24.10.1995)

Amtets økonomiudvalg har ansvar for forebygging av HIV/AIDS, Astmaskolen og forebygging av ulykker.

Forebyggelsesrådet har ansvaret for forebygging av narkotika, «sikkerhet for aktive barn», et astma- og allergisenter, forebygging av fyrverkeriskader, undervisningsmateriale om helsefremmende og forebyggende arbeid, Uke 40 som er en forebyggende alkoholkampanje rettet mot både ungdom og unge voksne.

Amtet har også et utviklingsutvalg for sundhedsområdet som arbeider med sundhedsplanlegging hvor tema som angår det helsefremmende og forebyggende arbeidet får plass. Det vises ellers til en mer utførlig omtale av helsefremmende og forebyggende arbeid i Århus og Vejle nedenfor.

6.3.2 Spesielt om sundhedsplanlegging som virkemiddel

I 1992 besluttet Folketinget at det for hver valgperiode i amter og kommuner skal utarbeides hhv. sundhedsplaner og kommunale redegjørelser. På bakgrunn av dette trådte det 1.1.1994 i kraft nye bestemmelser om samarbeid og planlegging på sundhedsområdet. Nøkkelordene bak de nye bestemmelsene er styrket samarbeid og

bedre dialog på sundhedsområdet. Lovendringen innebærer nye krav til amtsrådets og kommunalbestyrelsenes planlegging og samarbeid på hele sundhedsområdet. Endringene gjaldt for første gang for perioden 1994-1997. Formålet med de nye bestemmelsene kan sammenfattes slik:

– å styrke samarbeidet innenfor sundhedsområdet og sikre sammenhengen i ytelsene på området, på lang sikt.
– å styrke den forebyggende og helsefremmende innsatsen.
– å styrke kvalitetsutviklingen.

Nærmere om planleggingssystemet

Kapittel 6 a) Planlægning og samarbejde i Lov om offentlig sygesikring trådte som nevnt ovenfor i kraft 1.1.1994. Kapitlet lyder:

§ 27 a. Bestemmelserne i dette kapitel omfatter kommunernes indsats vedrørende

– sundhedspleje,
– skolelægeordning,
– tandpleje m.v.,
– hjemmesygepleje,
– forebyggelse og sundhedsfremme og
– sundhedsberedskab.

For amtskommunernes vedkommende omfatter kapitlet amtskommunernes indsats vedrørende

– offentlig sygesikring,
– sygehusvæsenet,
– svangerskabshygiene og fødselshjælp,
– forebyggelse og sundhedsfremme og
– sundhedsberedskab.

Stk. 2. Reglerne i dette kapitel vedrørende amtskommunale opgaver gælder tilsvarende for Københavns og Fredriksberg Kommuner.

§ 27 b. Amtsrådet og kommunalbestyrelserne i amtskommunen skal i fællesskab etablere et samarbejde om den amtskommunale og den kommunale indsats på sundhedsområdet samt mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.

§ 27 c. Sundhedsministeren afgiver ved hver kommunal valgperiodes begyndelse en redegørelse om oplæg til de kommunale redegørelser i henhold til § 27d og den amtskommunale planlægning i henhold til § 27 e.

Stk. 2. Sundhedsministeren udarbejder efter forhandling med de kommunale organisationer og Københavns og Fredsriksberg Kommuner en vejledning for sundhedsplanlægningen.

§ 27 d. Kommunalbestyrelsen udarbejder en gang hver kommunal valgperiode en redegørelse, der omfatter

1. kommunens betjening av kommunens borgere i henhold til den lovgivning, der er nævnt i § 27 a,
2. kommunens forebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger i øvrigt og
3. sundhedsberedskabet i kommunen.

§ 27 e. For hver amtskommune skal foreligge en plan for tilrettelæggelsen af amtskommunens virksomhed på sundhedsområdet, der omfatter

1. planens forudsætninger, herunder en beskrivelse af sundhedstilstanden i amtskommunen,
2. det amtskommunale sundhedsvæsens betjening af amtskommunens borgere i

henhold til den lovgivning, der er nævnt i § 27 a,
3. amtskommunens forebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger i øvrigt,
4. amtskommunens samarbejde med alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger og øvrige ydere i privat praksis, jf kapitel 2,
5. amtskommunens samarbejde med kommunerne i amtskommunen og med andre amtskommuner om varetagelse af sundhedsvæsenets opgaver,
6. amtskommunens tilrettelæggelse af ambulancetjenesten og
7. sundhedsberedskabet i amtskommunen.

Stk 2. Amtsrådet skal behandle planen på et møde i hver kommunal valgperiode.

§ 27 f. Forud for amtsrådets behandling af forslag til sundhedsplan skal amtsrådet indhente udtalelser over forslaget fra

1) kommunalbestyrelserne i amtskommunen
og

2) de berørte alment praktiserende læger, speciallæger og øvrige ydere i privat praksis, jf kapitel 2.

Stk. 2. Forud for amtsrådets behandling af forslag til sundhedsplan skal amtsrådet indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning.

Stk.3. Amtskommunerne inddrager embedslægeinstitutionen i den amtskommunale sundhedsplanlægning.

§ 27 g. Amtsrådet skal ændre sundhedsplanen forud for gennemførelsen af væsentlige ændringer i amtskommunens sundhedsvæsen, der ikke er forudsat i planen.

§ 27 h. Den af amtsrådet vedtagne sundhedsplan og senere ændringer heri indsendes til sundhedsministeren og Sundhedsstyrelsen.

Den første paragrafen sier hvilke oppgaver/virksomhetsområder kapitlet omfatter, og at kommunestyrene og fylkestingene skal samarbeide om sine virksomheter. Dette gjelder ikke bare innenfor helsetjenesten, men også i forhold til andre sektorer. Opplegget er ellers slik at helseministeren legger fram en redegjørelse i begynnelsen av hver valgperiode. Redegjørelsen gir oppskrift på hvordan kommunene skal utarbeide sine redegjørelser og fylkeskommunene sine planer. Kommuneorganisasjonene trekkes inn i forarbeidet gjennom forhandlinger.

De kommunale redegjørelsene skal omfatte:
– Kommunens betjening av innbyggerne, jf oppgavene etter § 27 a.
– Kommunens forebyggende og helsefremmende tiltak ellers.
– Kommunens helsemessige beredskap.

De fylkeskommunale planene skal omfatte:
– Planforutsetninger, herunder beskrivelse av helsetilstanden i fylkeskommunen.
– Fylkeskommunens betjening av innbyggere i fylket, jf § 27 a.
– Fylkeskommunens helsefremmende og forebyggende arbeid ellers.
– Fylkeskommunens samarbeid med leger og annet helsepersonell i privat praksis.
– Fylkeskommunens samarbeid med kommunene i fylket og andre fylkeskommuner.
– Fylkeskommunens ivaretakelse av ambulansetjenesten.
– Fylkeskommunens helsemessige beredskap.

Fylkestinget skal behandle planen en gang i hver valgperiode. Det er lagt opp til en omfattende deltakende prosess med kommunene i fylket, leger i privat praksis m.v.

Helseplanen skal etter å ha blitt vedtatt, sendes helseministeren og Sundhedsstyrelsen.

Som det gikk fram både i Århus og Vejle var denne planleggingstypen et svært viktig virkemiddel for samordning og samarbeid om vesentlige deler av helsetjenesten mellom forvaltningsnivåene - og ikke minst når det gjelder helsefremmende og forebyggende arbeid og helsemessig beredskap. Det vises til omtale av Årshus og Vejle amter.

6.3.3 Organisering av folkehelsearbeid i noen fylkeskommuner og noen folkehelseprosjekter

I dette punktet vil utvalget gi noen eksempler på folkehelsearbeid i kommuner og fylkeskommuner i Danmark.

Forebyggelsesrådet i Århus Amt

Forebyggelsesrådet ble opprettet i 1988 av Århus Amtsråd. Rådet består av seks amtspolitikere som er pekt ut av Amtsrådet og seks kommunepolitikere utpekt av Kommuneforeningen. Det er knyttet en embetsgruppe med seks representanter for kommunene og fem fra amtene til rådet samt en representant fra embetslegeforeningen. Gruppen fungerer som ideforum og «thinktank» for Forebyggelsesrådet. Gruppen medvirker også til å konkretisere beslutninger som rådet har truffet.

Forebyggelsesrådets sekretariat ivaretas av Sundhedsfremmeenheten i amtets administrasjon. For tiden er det ansatt to sundhedskonsulenter, en prosjektkoordinator og en sekretær. Det er i tillegg bygget opp et prosjektmiljø for FoU-arbeid med skiftende antall prosjektmedarbeidere i tidsbegrensede stillinger og en fast prosjektsekretær. Sundhedsfremmeenheten gir ut Forebyggelsesrådets nyhetsbrev Liv som kommer ut fire ganger per år og er rettet mot beslutningstakere og helsepersonell. Forebyggelsesrådet hadde i 1997 et budsjett på 3.5 mill kroner (DK).

1 mill kroner er øremerket Århus Amts Helseforskningsinitiativ.

Et eksempel på arbeid rådet har tatt initiativ til, er temaprosjektet «Tid til Mere» som Forebyggelsesrådet i Århus tok initiativ til i 1994. Prosjektet bestod av to selvstendige delprosjekter: Et lokalmiljøprosjekt i et boområde og et empowermentprosjekt for arbeidsfrie i Samsø kommune. «Tid til Mere» heter nå Vækstzonen og har fått økonomisk støtte fra Sundhedsministeriets Sundhedspulje SUPU, Levnedsmiddelstyrelsens pulje til fremme af lokal ernæringsopplysning, Socialministeriets pulje til frivilligt socialt arbejde til fordel for socialt truede mennesker PUF og Indenrigsministeriets landistriktspulje. Det vises ellers til *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8 hvor prosjektet er nærmere beskrevet. Dette prosjektet har mye til felles med det svenske prosjektet «Det finns bruk för alla» i Södra Skaraborg som også omtales i *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8.

Forebyggelsesrådets folkehelsepolitikk

Forebyggelsesrådets overordnede målsetting er å fremme helse og trivsel for alle som bor i Århus Amt og å forebygge sykdom og ulykker. Politikken skal bidra til:

- å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet i amtet.
- å målrette innsatsen mot de områder hvor behovet er størst.
- å skape sammenheng mellom de enkelte aktiviteter.
- å gjøre innsatsen så virksom som mulig.
- å gjøre det helsefremmende og forebyggende arbeidet mer synlig i lokalsamfunnet.

Forebyggelsesrådets politikk hviler på WHOs strategi «Helse for alle år 2000», og Ottawa-charterets utgangspunkt om at «helse skapes av mennesker innenfor de rammer hvor de til daglig lærer, arbeider, leker og elsker:»

Forebyggelsesrådet i Århus har valgt å ta utgangspunkt i og legger hovedvekten på helsefremmende arbeid. Rådet viser til at stagnasjonen i den danske befolknings middellevetid og den økende ulikhet i helse som er konstatert de senere år, har ført til at det er behov for å gå nye veier i arbeidet med helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Middellevetidsutvalget som ble oppnevnt for å analysere og vurdere disse problemene, pekte i sin rapport på at såvel utviklingen i levekår som befolkningens livsstil spiller en stor rolle for helsetilstanden. Blant livsstilsfaktorene nevnes den høye arbeidsledigheten, og at danske kvinner tidligere og i større omfang enn i andre land, har kommet ut på arbeidsmarkedet. Danskenes røykevaner og alkoholforbuk har bidratt til den mindre gunstige utviklingen. Kost- og mosjonsvaner antas også å ha betydning. Alt dette er forhold som både i Danmark, Norge, Sverige og i land så langt unna som Japan, har stor betydning for folks helse og livskvalitet.

Forebyggelsesrådet mener at for at enkeltindivider og grupper skal kunne endre sin daglige livsførsel til det sunnere, kreves det:

Forebygging av muskel- og skjelettsykdommer og helsetjenesteforskning har vært prioritert.

Bevilgningen administreres av Afdelingen for Sundhedsfremme, Udvikling og Forskning, Århus Amt.

En viktig del av amtets folkehelsearbeid er i tillegg annen FoU-virksomhet. Forebyggelsesrådet har årlig et budsjett på 200 000 DK som fordeles videre til lokale forsøk og aktiviteter. Temaer som har vært prioritert er:

– Trivsel og sunnhet på arbeidsplassen.
– Det helsefremmende sykehus.
– Sunnhet i bevegelse.
– Barns og barnefamiliers helse.
– Unge og seksualitet.
– Utviklingsprosjekt for arbeidsfrie.

I delplanen snakkes det om å etablere et Center for Folkesundhed på bakgrunn av de erfaringene en har gjort med samarbeidet mellom amtet og Århus Universitet. Et slikt senter skal ivareta metodeutvikling, formidling, iverksetting av tiltak om «helse og samfunn». Det sies i planen at senteret bør være etablert innen år 2000.

Amtet driver ellers med forebygging av HIV/AIDS som en viktig oppgave og er også engasjert i forebygging når det gjelder alkohol, narkotika og tobakk.

Folkehelsearbeid i Hammel kommune

Hammel kommune er en middels stor kommune med ca 10 000 innbyggere i Århus Amt. Gjennomsnittet i danske kommuner er ca 13 000 innbyggere. Hammel er en landkommune med Hammel by som sentrum med 5 - 6 000 innbyggere og flere landsbyer. Kommunens næringsgrunnlag er landbruk og industri. Den største landeier i Danmark - slottet Friburg - ligger i kommunen. Det er fallende arbeidsledighet i Danmark - Hammel har i lengre tid hatt lav ledighet.

Den politiske strukturen er slik:

– Byråd
– Økonomiutvalg
– Ervervsfremmeutvalg og turistfremmeutvalg
– Barne- og kulturutvalg
– Utvalg for teknikk og miljø

Kommunen ledes politisk av en borgermester, mens kommunaldirektøren er administrativ leder. Det er fem avdelingssjefer.

Hammel kommune satser på helsefremmende arbeid både overfor de som er kommunalt ansatte og innbyggerne i kommunen. Dette omfatter ledelsen, øvrige kommuneansatte og institusjonene og alle innbyggerne.

Helsefremmende arbeid blant egen ledelse og egne ansatte:

Kommunen har avviklet et verdibasert ledelseskurs og foretatt en spørreskjemaundersøkelse blant alle kommunalt ansatte som tok utgangspunkt i spørsmål som hadde med arbeidsmiljø og sikkerhet å gjøre. Etter at undersøkelsen var avsluttet, ble materialet bearbeidet til en rapport som gikk ut til alle deltakere. Det ble understreket hvor viktig det er å gi tilbakemelding. Etter at rapporten var framlagt, ble det holdt kurs for alle ansatte om temaer som de mente var viktige. Det ble også holdt lederkurs for ledelsen av institusjonene og de ulike virksomhetene. Det ble igangsatt en rekke prosjekter og prosesser. Århus Amt bistod gjennom sitt eget fylkeskommunale utviklingsprosjekt og valgte ut 8 arbeidsplasser - 4 offentlige og 4 private. Fagforeninger fra både fylkeskommune og kommune ble trukket inn. Det fokuseres etter hvert mye på de «myke» verdier på arbeidsplassene i Danmark, og dette preget utviklingsarbeidet.

Sundhedsprofil i Hammel kommune:

> «Hvad gør du for at bevare eller forbedre dit helbred?»
> «Har du forslag til forbedring af trivselen i dit lokalområde?»

Dette var to av spørsmålene i et spørreskjema som Hammel kommune sendte ut i januar 1996 til 1500 tilfeldig utvalgte innbyggere på 16 år eller eldre med det formål å kunne beskrive hvordan borgerne opplevde egen helse og livskvalitet. Resultatene av spørreundersøkelsen inngår i helseprofilen for Hammel og skal i det videre arbeidet gå inn i kommunens prioritering og innsats i det helsefremmende og forebyggende arbeidet i kommunen.

Undersøkelsen inngår dessuten i Udviklingsplan Hammel, hvor resultatene vil bli brukt til å belyse hvordan det oppleves å bo på landet og i landsbyene. Et av målene med Udviklingsplan Hammel er å beskrive de mulighetene for utvikling av landsbyene som beboerne ønsker.

Hammel kommune - med bistand fra Århus Amt - ønsket med spørreskjemaundersøkelsen å engasjere innbyggerne aktivt i det framtidige folkehelsearbeidet. Borgermester Niels Erik Nielsen skriver i sitt forord til Sundhedsprofilen:

> «Borgernes egen vurdering og opfattelse af sundhed og livskvalitet er et godt mål for den faktiske tilstand. Desuden skaber spørgeskemaundersøgelsen mulighed for debat om emnet og mulighed for dialog. Endelig lægger undersøgelsen også vækt på borgernes egne forslag til hvordan de kan påvirke egen og andres sundhed og livskvalitet.»

Sundshedsprofilens styrke er at den beskriver helsetilstand, sykelighet, folks atferd i forhold til helse og sykdom, levekår, livsstil, sosiale faktorer, kommunens/landsbyens utvikling m.v. Publikasjonen Sundhedsprofilen avsluttes med en idekatalog som er et utvalg av det de spurte hadde av synspunkter på de åpne spørsmålene i undersøkelsen.

Hammel kommune har som beskrevet ovenfor, hatt flere målsettinger med sin helseprofil. Noe av det viktigste er at den ikke bare er blitt et papirdokument som blir liggende i en skuff, men brukes aktivt til debatt, prioriteringer og valg av innsatsområder for framtidig arbeid.

Sundhedsprofilen er lagt ut på EDB på biblioteket, og det er utgitt en PR-avis. Hver enkelt landsby kan finne sin landsbyprofil og sammenlikne seg med andre landsbyer.

Organisering av folkehelsearbeidet i Vejle Amt

Også Vejle tar utgangspunkt i «Helse for alle» strategien i sitt folkehelsearbeid, men arbeidet er bygget opp på en annen måte enn i Århus. Vejle legger på samme måte som Århus stor vekt på forsøks- og utviklingsarbeid og den samordnede sunhedsplanleggingen.

I Vejle Amt har helsefremmende arbeid i lang tid stått på dagsorden. Allerede i 1983 nedsatte Amtsrådet et politisk forebyggingsutvalg som består av representanter fra alle sektorutvalgene og med amtsborgermesteren som leder. Det er knyttet et Forebyggelsessekretariat til utvalget. Det praktiske arbeidet skjer sammen med kommunene, organisasjoner og folkelige foreninger. I sundhedsplanen for amtet 1998-2001 er disse temaene prioritert:

Egenomsorg:

Hvert 4. år skal alle husstander få en egenomsorgsbok. Det vil være relevant å etablere pasientskoler ved avdelinger som behandler kronisk syke.

Gravide og nyfødte:

Den allmennpraktiserende legen skal ha det koordinerende ansvaret bl.a. via rutinemessige kontroller av den gravide. Det anbefales at amtets plan for det gynekologiske/obstetriske området følges som del av sundhedsplanens målsetting.

Innsats overfor barn og unge:

Amtet vil medvirke til tverrgående samarbeid om folkehelsearbeid overfor barn og unge. Dette skal bl.a. omfatte:

– Utdanning av personell.
– Rådgivning til familier.
– En særlig innsats vedr. kost, muskel-skjelettsykdommer og astma/allergi.

På innsatsområder som involverer både kommuner og amt, skal det i et samarbeid arbeides med evaluerings- og kvalitetssikringsprosjekter som synliggjør effekten av forebyggende innsats.

Sunn kost:

Amtet vil være med på å fremme det sunne valg også når det gjelder kost. Dette skal skje gjennom ulike former for opplysning til barn, voksne og eldre om velsmakende, god og sunn mat.

På Vejle Amts sykehus skal det utarbeides en kostpolitikk som revideres hvert 4. år slik at det sikres at kosten lever opp til krav og standarder for sunn, næringsrik og velsmakende mat.

Det skal tilbys kurs om sunn og næringsrik kost til helsepersonell i amtet.

Astma og allergi:

Det primære i Amtets strategi vil være:

1. Opplysning
2. Mestring
3. Miljøendring

Rent konkret vil Vejle Amt:

– Via opplysning på amtets fødeavdelinger sikre at kvinnene får kunnskap om sammenhengen mellom amming og utvikling av astma/allergi.
– Arbeide for forsterket innsats overfor gravide ved å motivere til amming og til å stumpe røyken.
– Styrke innsatsen til oppsporing av astma/allergi via barneundersøkelsene hos praktiserende lege (helsestasjon) og i samarbeid med kommunene via skole-

helsetjenesten.

– Være med på å styrke innsatsen omkring mestring og forebygging ved opplysning fra leger, skolehelsetjenesten, helsesøstre, daginstitusjoner og ved f.eks. astmaskoler og kurs. Dette skal skje i samarbeid med astma-allergi-ambulatoriet ved et av amtets sykehus.

Jobb uten skader:

Innsatsen for å forebygge skader på arbeidsplassen skal skje sammen med Arbeidstilsynet og de store fagforeningene. Det tas sikte på å forebygge jobbskader blant unge ved å utvikle metoder som målrettes mot å forebygge jobbskader blant unge. Metodene skal spesielt rettes inn mot å forebygge arbeidsulykker som fører til alvorlige skader eller død.

Sport uten skader:

Amtet har i samarbeid med landsdekkende idrettsorganisasjoner gjennomført en målrettet innsats i breddeidretten innenfor fotball, håndball og badminton. På bakgrunn av resultatene har amtet sammen med Sundhedsstyrelsen og idrettsorganisasjonene laget en modell for hvordan metoden kan anvendes på landsnivå.

AIDS:

Selv om utviklingen i antall nye HIV-smittede ikke er dramatisk i Danmark, smittes hver dag 5 personer. Vejle vil derfor fortsatt satse på det forebyggende arbeidet overfor HIV og AIDS samt koordinere aktiviteter av psykososial karakter. Amtet har for øvrig en egen handlingsplan for å forebygge HIV/AIDS.

Noen folkehelseprosjekter

Forebyggelse av hjertekarsygdomme på arbejdsplasser. Resultater av 3 års intervention under «Vejle amt - hjerteteam»

Formål:

Prosjektets formål var - etter et kontrollert design - å utprøve og evaluere en formidlingsstrategi for å forebygge hjertesykdommer overfor målgruppen mannlige arbeidere. Strategien ble utviklet fra en målgruppeanalyse blant menn kombinert med års praktisk erfaring fra amtet.

Metode:

Formidlingsstrategien ble utviklet fra dybdeintervjuer med 21 menn i 40-årsalderen. Intervensjonen ble gjennomført på to jern- og metallarbeidsplasser med en pappemballasjefabrikk som kontrollgruppe. Kjernepunktene var å tilby 1) positive opplevelser om sunt levesett i gruppeprogrammer, 2) dialog og modelldannelse mellom kolleger, 3) tilbud om billig og lett tilgjengelig adgang til fasiliteter på mosjons- og kostholdsområdet samt 4) utvikling av en røykepolitikk på arbeidsplassene. De motiverende elementene i programmet ble gitt på en humoristisk måte. Det var mellom 450 og 500 ansatte på hver arbeidsplass - 80 prosent var menn. Alle ansatte ble telefonintervjuet før og etter intervensjonen. Effekter av intervensjonen ble analysert via logistisk regresjon.

Resultater:

Blant permanente arbeidere ble det en reduksjon på 19 prosent i røykeandel på en arbeidsplass, på den andre noe mindre.

Diskusjon:

Arbeidsplassen er en ideell arena for kontakt med den voksne befolkningen. Særlig når en henvender seg til personer som sjelden leser helseopplysningsbrosjyrer m.v. Ved å tilby programelementer som inneholdt flere helseaspekter, og som viser respekt for den enkelte i målgruppen, har det vært mulig å endre en skep-

tisk holdning til forebygging på arbeidsplassen til en uttalt positiv holdning. Det er likevel store forskjeller mellom arbeidsplasser: struktur, kultur og preferanser. Det bør i framtiden legges mer vekt på disse forskjellene når en ønsker å igangsette denne type intervensjon og forebyggingsprogram.

(Artikkel av Meillier L, Petersen L G, Institut for Epidemiologi og Socialmedisin, Aarhus Universitet, presentert for den 5. nordiske folkehelsekongressen i Helsinki, 1997)

Kampanjen Stormfulde Højder

Stormfulde Højder er Vejle Amts tilbud om en annerledes forebyggingskampanje mot rusmisbruk. Gjennom kulturelle prosjekter arbeider Stormfulde Højder ut fra målsettingene: «Det er bedre at blive høj på livet end på misbrug» og «For at forhindre et muligt misbrug, skal det, der sættes i stedet, være dobbelt så godt!». Prosjektet finansieres av Vejle Amts Forebyggelsesudvalg med støtte fra bl.a.Socialministeriet. Det gjennomføres i samarbeid med Vejle Amts Sociale Udviklingscenter og Horsens og Vejles Daghøjskoler.

Utgangspunktet for kampanjen er at unge formidler til andre unge. Stormfulde Højder er et timåneders utdanningstilbud til 56 DrugRangers. En DrugRanger må være i alderen 18-25 år som har det til felles med sine kolleger, at han/hun ønsker å bidra til forebygging av rusmisbruk.

Stormfulde Højder er organisert som en daghøgskole som sorterer under Horsens Daghøjskole og Daghøjskolen i Vejle. Det er etablert en felles styringsgruppe for de to skolene. Leder for styringsgruppen arbeider i amtets forebyggelsessekretariat. På hver skole er det en skoleleder, en sekretær, tre linjefagslærere, et stort antall gjesteforelesere og 28 DrugRangers. Hensikten med å utdanne DrugRangers er at de skal drive kampanjen overfor andre unge - på skoler, i fritidssammenheng m.v. etter prinsippet «ung - til - ung er veien fram». Våren 1998 hadde mer enn 7 500 skoleelever fordelt på 356 klasser, hatt besøk av DrugRangers.

Stormfulde Højder er Europas største ung-til-ung kampanje mot rusmisbruk.

Erfaringene fra prosjektet er svært gode.

Folkehelsearbeid i Horsens kommune

Horsens Deklarationen om Sundhedsfremme og Forebyggelse:

Horsens by og kommune har vært med i WHO-nettverket Healthy Cities siden 1987 og regnes av WHO som en av pionerene i dette nettverket. Sund By Horsens har vært en modell for mange andre byers bestrebelser på å utvikle strategier for og måter å drive folkehelsearbeid på.

Horsens kommune har vedtatt at Sund By prosjektets mål skal danne grunnlag for bærekraftig utvikling i Horsens kommune, og at prosjektet fra 1.1.1996 er blitt en del av den kommunale organisasjonen.

I Horsens Deklarationen er formålet å erklære et felles forpliktende utgangspunkt for det arbeide som skal gjøre Horsens til en sunn, grønn og miljøvennlig by å bo og leve i. Verdigrunnlaget er:

- Likhet i helse. Helse er en grunnleggende menneskerett. Ulikheter i helse og levekår må reduseres til et minimum.
- Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Borgerne skal støttes i å utnytte sine fysiske, psykiske og sosiale muligheter fullt ut.
- Borgernes aktive medvirkning. Menneskene - borgerne - har plikt og rett til å delta i utviklingen av egen og andres helse og livskvalitet, samt å medvirke til å skape gode vilkår for helse.
- Samarbeid på tvers av samfunnssektorer. Forutsetninger for helse og beskyttelse for farer i det fysiske, økonomiske og sosiale miljø nødvendiggjør et samarbeid på tvers av privat og offentlig virksomhet og på tvers av fag og sektorer.

- Primærhelsetjenesten er en hjørnesten. Lett tilgjengelige helsetilbud skal tilrettelegges nær der folk bor og arbeider og skal skje i samarbeid med brukerne.
- Nasjonalt og internasjonalt forpliktende samarbeid. Helse- og miljøproblemer er globale og forutsetter nasjonalt og internasjonalt samarbeid dersom løsningene skal være bærekraftige og framtidsrettede.

Horsens Deklarasjonen legger stor vekt på å knytte deklarasjonens mål, visjoner og handlinger til aksjonsrettede handlings- og sektorplaner, en helhetlig helseplan og kommuneplanen.

Horsens Byråd besluttet i 1995 en ny organisering av folkehelsearbeidet. Målet for arbeidet er:

- at folkehelsearbeidet skal være øverst på dagsordenen i Horsens kommune i årene framover,
- at det skapes best mulige betingelser for en fortsatt generell utvikling for folkehelsearbeid i kommunen,
- at det skapes permanente rammer for reell involvering i og støtte til grupper og enkeltpersoner som ønsker å være aktive i folkehelseprosessen,
- at verdifulle og velfungerende prosjekter, gode erfaringer og arbeidsmetoder som utvikles i relasjon til Sund By arbeidet, finner en varig forankring i eksisterende systemer i kommunen,
- at det konsekvent «tenkes sammen» på tvers av faggrenser, sektorer og tradisjonelle sosiale, kulturelle og historiske barrierer,
- at den rolle og det omdømme Horsens kommune har fått når det gjelder folkehelsearbeid både nasjonalt og internasjonalt, fastholdes og utvikles og kommer både kommunen og dens innbyggere til gode.

Et eksempel på Sund By aktivitet - Sund By Butikken:

Det er bl.a. utviklingen av dette prosjektet som har skapt grunnlaget for den spesielle

Horsens-modellen for Sund By. Det står om dette prosjektet i Festskrift for Sund By Horsens 2000 (Horsens kommune april 1996):

> «Etablering af en lille, men meget synlig og neutral platform - en katalysator funktion for samarbejde mellem byens mange kræfter:
>
> Samarbejde mellem grupper af byens borgere - samarbejde mellem byens borgere og det offentlige system - samarbejde på tværs af sektorer i det offentlige system - samarbejde på tværs af faggrænser - samarbejde på tværs af historiske og kulturelle skel i byen.
>
> Sund By Butikken må aldrig komme til at fungere som en modsætning eller konkurrent til for eksempel det etablerede kommunale system, men som et effektivt supplement i et tæt samarbejde med de kommunale forvaltninger og deres medarbejdere.
>
> Sund By Butikkens ressourcer og faciliteter er viktige for borgernes muligheder for at blive aktive i sundhedsarbejdet. Her kan de gå direkte ind med deres ideer og få kontakt med personer, der har handlingskompetence. Her kan de få kontakt med andre, der tænker i samme baner. Her kan de få hjælp og støtte til at formulere deres ideer. Møderum, computere, kopimaskiner, telefon, fax og mulighed for brevforsendelser står til rådighed for udviklingsprocessen. Medarbejderne støtter med rådgivning. Gennem butikken kan der etableres kontakt med de fagpersoner, som skal med ind i en udviklingsprocess fra starten, hvis en ide skal kunne udvikles og senere eventuelt blive til en ændring eller supplement af det bestående system i byen.

Uden en sådan støtte er det en illusion, at ganske alminnelige enkeltpersoner i stort omfang kan bidrage til den sundhedsfremmende process med nye ideer, som bliver afprøvet.

Det fornemme ved denne form for udviklingsarbejde er, at man har mulighed for at få gennemprøvet mange ideer, og få sat processer i gang, der kun forløber så længe, der er behov for dem. Man er jo ikke økonomisk hængt op på aktiviteterne, som så forsøges holdt kunstigt i live for at beholde økonomien.

Erfaringene viser også, at man gennem butikken kan etablere kontakt med grupper af borgere, som man ellers ikke ville kunne engagere i denne form for arbejde. Uden støtte, som der gives gennem Sund By Butikken, er det en illusion, at enkeltpersoner i stort omfang reelt kan bidrage til den sundhedsfremmende proces med en by som ramme. Derfor har ideen med en butik centralt i det forebyggende arbejde da også bredt sig fra Horsens til en række europæiske byer. Derfor føres Sund By Butikken videre i samarbejde med Health & Environment Group.»

(Artikkel av Jens Houmann og Knud Matzon)

I årsrapporten fra Sund By Butikken 1997, går det fram at det var 24 faste brukergrupper dette året. Det har vært mye møtevirksomhet, det har vært holdt kurs og avviklet utstillinger. 1997 oppfattes som et meget vellykket år.

6.4 SVERIGE

6.4.1 Folkehelsearbeid (folkhälsoarbetet)

Folkehelsearbeid

I SOU 1997:119 En tydligare roll för hälso- och sjukvården i folkhälsoarbetet (Delbetenkning av HSU 2000) går det fram at det i rapporten Landstingens folkhälsoansvar (1994:6) pekes på at det er uklarheter om hva som er landstingenes, kommunenes og forskningens ansvar på folkehelseområdet. Landstingene påtaler behovet for å fastslå de ulike samfunnssektorers og aktørers ansvar tydeligere. Komiteen som er nedsatt for å vurdere helse- og sjukvårdens finansiering och organisasjon har på bakgrunn av dette fått som tilleggsmandat å analysere ansvarsfordelingen mellom stat, landsting og kommuner når det gjelder folkehelsearbeidet samt hvordan samarbeidet mellom de ulike aktørene kan bedres. Komiteen skal også overveie om det er behov for å presisere kommunenes og landstingenes folkehelseansvar i hälso- och sjukvårdslagen.

(Kilde: SOU 1997:119, sidene 130-131). Komiteen avga sin delutredning i september 1997. Beskrivelsen av folkehelsearbeidet i Sverige er hentet fra denne utredningen.

Folkehelsearbeidet i dag

Utredningen sier at folkehelsearbeidet i dag består av to komponenter: å forebygge sykdom og fremme helse. Folkehelsearbeidet forutsettes å drives på alle nivåer og innen flertallet av samfunnssektorene. Sektorene skal innenfor rammen av sine respektive virksomheter, se til at helseaspektene ivaretas. Det tverrsektorielle perspektivet understrekes, og kommunenes betydning poengteres. Kommunene har derfor etter hvert framstått som de kanskje viktigste aktørene, dels fordi de har ansvaret for mange politikkområder som er av betydning for folkehelsen, dels fordi de er nærmest innbyggerne.

Folkehelsearbeidet i Sverige ble styrket da Folkhälsoinstitutet ble etablert i 1992. Arbeidet drives innenfor tre virksomhetsområder: nasjonalt folkehelsearbeid, lokalt folkehelsearbeid og utviklingsarbeid.

De største programmene er rettet inn mot områder hvor både kommuner og landsting er aktører:
– Alkohol og narkotika
– Tobakk
– HIV/AIDS/SOS (seksuelt overførbare sykdommer)
– Kvinners helse
– Barns helse
– Skader
– Allergier m.v.

Forslag fra Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000)

Kunnskapsproduksjon og kunnskapsformidling:

Det er av sentral betydning at folkehelsearbeidet baseres på vitenskapelig kunnskap om såvel metoder i folkehelsearbeid som årsaker til helse og uhelse. Den kunnskap som genereres må også komme ulike aktører til gode, dvs at overføring mellom de ulike ledd må fungere. Komiteen anser derfor at infrastrukturen for kunnskapsformidling og kunnskapsproduksjon på folkehelseområdet bør styrkes. Dette bør skje gjennom tiltak på flere nivåer:

Staten bør bidra gjennom å forbedre spredning av kunnskap om metoder i folkehelsearbeidet og gjennom å finne former for evaluering av slike metoder - særskilt med fokus på utsatte grupper. Landsting og kommuner bør fungere som fora for praktiske metodeforsøk. Staten bør støtte framveksten av tverrvitenskapelige utdannings- og forskningsmiljøer der ulike vitenskapelige disipliner kan møtes og utvikle det folkehelsevitenskapelige området.

Landstingene oppfordres til å styrke de samfunnsmedisinske funksjonene gjennom mer systematisk å samutnytte ressurser og sammen med staten finne måter å bruke ressursene ved universitets- og regionsykehusene. I alle landsting bør det være en viss basiskompetanse for den samfunnsmedisinske virksomheten. De modellene landstingene velger, bør evalueres. Komiteen finner også at det vil være svært hensiktsmessig at landstingene finner former for å styrke samspillet mellom de samfunnsmedisinske funksjonene, den pasientrettede behandlingen (vården) og det politiske nivået.

I kommunene bør det skje en langsiktig og systematisk folkehelsevitenskapelig kompetanseoppbygging. Kommunene bør også ta sitt ansvar for folkehelsevitenskapelig forskning gjennom å bidra til finansieringen. For øvrig bør landstingene og kommunene sammen skape muligheter for å kanalisere kommunenes engasjement i folkehelsevitenskapelig forskning samt finne fram til incitamenter for å spre forskningsresultater som kan brukes i den praktiske virksomheten.

Primærvårdens rolle:

Komiteen konstaterer at forhåpningene til primærvårdens forebyggende arbeid har vært urealistisk store, og at primærvården har hatt problemer med å leve opp til disse forventningene. Primærvården har også fått nye oppgaver fra spesialisthelsetjenesten og ses ikke lenger på som den mest sentrale aktøren i folkehelsearbeidet. Primærvårdens ansvar i det forebyggende arbeidet bør derfor presiseres. Komiteen foreslår at ansvaret først og fremst må dreie seg om plikt til å systematisk utnytte muligheten til forebygging knyttet til pasientkontakter. Her finnes et hittil stort og delvis uutnyttet potensiale. Primærvården bør følge dette opp bedre enn i dag. Grupperettet forebyggende arbeid bør brukes fra kasus til kasus og inngå i det ansvaret tjenesten allerede har. I det befolkningsrettede arbeidet skal primærvården delta gjennom å formidle kunnskap, men ikke ses som en hovedaktør i gjennomføring av ulike aktiviteter. Slike tiltak krever svært ofte helt annen kompetanse enn

det primærvården har. Det blir svært viktig for primærvården å bygge opp bedre statistikk for pasienter utenfor institusjon. Slik statistikk blir viktig for å finne årsaker til uhelse. I og med at flere og flere pasienter bare kommer til primærvården, blir dennes rolle i statistikkutvikling enda viktigere.

Initiativ og samvirke:

Komiteen har merket seg at det kommunale engasjementet i folkehelsearbeidet har økt de senere år. Det samme har det organiserte samarbeid mellom kommuner og landsting på dette området. Samarbeidet i lokale folkehelseråd bør fortsette og støttes av staten. Som viktige forutsetninger framholder komiteen at man utarbeider sektorovergripende mål og strategier, og at arbeidet har en tydelig politisk forankring. Den nasjonale folkehelsekomiteen bør overveie hvordan samarbeidet kan styrkes ytterligere ved at kommunenes ansvar framgår tydeligere i lov, og/eller en formalisering av samarbeidet.

Den nationella folkhälsokomitténs delbetenkning «Hur skal Sverige må bättre - första steget mot nationalla folkhälsomål» (SOU 1998:43)

Den nasjonale folkehelsekomiteen er et parlamentarisk sammensatt statlig utredningsutvalg. Samtlige Riksdagspartier er representert. I tillegg kommer et stort antall eksperter og sakkyndige fra ulike samfunnssektorer.

Den nasjonale folkehelsekomiteen avga i mars 1998 en enstemmig delutredning - SOU 1998:43 Hur skal Sverige må bättre - första steget mot nationella folkhälsomål til sosialministeren. Den nasjonale folkehelsekomiteen har hatt i oppgave å utarbeide nasjonale helsemål som skal være veiledende for samfunnets innsats for å forebygge uhelse med vekt på å minske ulikheter i helse i grupper av befolkningen.

Komiteen framhever at den allmenne velferds- og samfunnsutviklingen er av strategisk betydning for å oppnå en god og mer jevnt fordelt helse i befolkningen. Komiteen løfter fram en rekke områder som den mener kommer til å spille en sentral rolle i arbeidet med å formulere nasjonale folkehelsemål og strategier. Komiteen trekker spesielt fram:

– Helseskadelig stress
– Sosiale nettverk
– Tobakk
– Mat

I tillegg løfter komiteen fram innsats på disse områdene

– Alkohol og andre rusmidler
– Fysisk aktivitet
– Psykisk uhelse
– Allergier
– Skader
– Arbeidsplassen
– Bo- og nærmiljø
– Helsepolitiske utjevningsstrategier
– Folkehelseinnsats for barn og ungdom
– Folkehelseinnsats for eldre

De endelige forslagene til nasjonale folkehelsemål er forutsatt å foreligge våren år 2000.

6.4.2 Organiseringen av folkehelsearbeidet i Sverige

SOU 1997:119 peker bl.a. i utredningens drøfting av ansvarsfordelingen i folkehelsearbeidet i dag,

på at det lenge har vært en grunntanke i svensk folkehelsepolitikk at hver sektor innenfor rammen av sitt ansvarsområde, skal ta hensyn til og integrerer helseaspekter i arbeidet. Dette betyr at alle sektorer har plikt til å drive med folkehelsearbeid og ta initiativ til samarbeid med andre når behov oppdages.

Kommunene

En kartlegging foretatt av Folkhälsoinstitutet i 1995 viste at det var etablert lokale folkehelseråd i 60 prosent av kommunene. I flertallet av disse rådene var det et samarbeid med landstingene ved at de var representert ved en tjenestemann og/eller politisk nivå. De fleste av disse rådene er nye, de fleste etablert i løpet av 1994-95. I 66 prosent av kommunene fantes det spesielle helsesamordnere og i 25 prosent av kommunene var det en tverrsektoriell og overgripende handlingsplan for folkehelsearbeidet.

Kommunenes folkehelsearbeid er i hovedsak innrettet mot: allergi, narkotika, miljø og Agenda 21. En fjerdedel av kommunene hadde også planer om å minske forskjellene mellom ulike grupper som: innvandrere, kvinner og innbyggere i visse boligområder.

Samarbeid mellom landsting og kommuner

En undersøkelse som ble foretatt i forbindelse med landstingenes Folkehelseprogram viser et økt samsyn når det gjelder folkehelsearbeid. En stor majoritet er positiv til samarbeid på dette området, majoriteten mener også at samarbeidet fungerer bra.

Undersøkelsen tyder på at det er ganske stor enighet om arbeidsfordelingen mellom kommuner og landsting på folkehelseområdet. Landstingene mener at hovedparten av folkehelsearbeidet bør drives utenfor helse- og sykehustjenesten, og at kommunene skal ta på seg et større ansvar enn i dag, ettersom kommunene har de største mulighetene for å påvirke forhold som har betydning for folkehelsen.

Landstingene ser gjerne på sin rolle som kunnskapsspredere, og på kommunenes rolle som de som gjennomfører tiltak.

Kommunene på sin side har ingen ting imot å arbeide praktisk med gjennomføring av ideer og tiltak - det er slik de allerede arbeider. Kommunene mener videre at samarbeid mellom landsting og kommuner gir kommunene muligheter til å utnytte landstingenes ressurser mht kompetanse m.v.

Samarbeid mellom kommunene og landstingene støttes gjennom et nettverk for folkehelsearbeid som ble etablert i 1994. I 1996 deltok 72 kommuner og 21 landsting i dette nettverket. Fra nasjonalt nivå deltar Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, Folkhälsoinstitutet og Socialstyrelsen.

Kommitten om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation er enig i prinsippet om sektoransvar i folkehelsearbeidet. Den er også enig i den arbeidsdeling det er mellom kommuner og landsting i dag - med landstingene som kunnskapsspredere og kommunene som gjennomførende nivå.

6.4.3 Eksempel på folkehelsearbeidet i en fylkeskommune

Folkehelsearbeidet i Skaraborg län

Landstinget i Skaraborg län har etablert et Folkhälsocentrum som ledes av en folkehelsedirektør som har 8 ansatte i sin stab - folkehelsesekretærer. I tillegg er det etablert lokale tverrsektorielle grupper for 4 geografiske områder. Landstinget bevilger årlig penger til virksomheten. I 1998 er det bevilget 10 mill kroner.

Det er folkehelseplanleggere i hver kommune som er finansiert av landstinget og kommunen (fortrinnsvis 50 prosent landstinget og 50 prosent kommunen). Også kommuner som ikke har råd/vilje til å betale sin del, kan få tilbud om slike planleggere.

Det foretas en spørreundersøkelse blant befolkningen i länet hvert 5. år. Tema er folks oppfatning av

egen helse. Det skal også gjennomføres en spørreundersøkelse i grunnskole og gymnas. Landstinget har sin folkehelse- og sjukvårdsnemnd som det politiske organet for folkehelsearbeidet.

De lokale folkehelserådene i kommunene skal:

– kartlegge,
– analysere,
– utvikle og samordne det lokale tverrsektorielle folkehelsearbeidet,
– rullere virksomhetsplanen årlig,
– årsrapportere.

Ut fra rapporteringen, ser det ut til at folkehelserådene satser på de mer «tradisjonelle» innsatsområdene som forebygging av skader og ulykker, forebygging av tobakksskader, idrett og mosjon, narkotikaforebygging m.v.

Det er verdt å merke seg at det ikke er et statlig pålegg å opprette folkehelseråd. Likevel hadde som nevnt ovenfor minst 60 prosent av svenske kommuner gjort dette i 1995. Det er heller ikke et statlig pålegg for fylkene å drive folkehelsearbeid med egen politisk og administrativ ledelse. For Södra Skaraborg läns vedkommende er det nok mye det at fylkeskommunen både har en egen folkehelseadministrasjon (som ikke er utpreget helsedominert) og økonomiske midler å tilby kommunene som gjør at folkehelsearbeidet har vind i seilene.

Det vises ellers til *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8 hvor det svenske «Det finns bruk för alla» er utførlig omtalt. Dette tiltaket er en av folkehelseprosessene som pågår i Falköpingsområdet i Södra Skaraborg län.

6.5 JAPAN

Det japanske folkehelsearbeidet blir omtalt grundigere enn de øvrige land. Utvalget har funnet informasjonen om både landet, og hva som gjøres for å møte de problemene og utfordringene det har, svært interessante også for det norske folkehelsearbeidet. For å få den riktige forståelsen av dette, er det nødvendig med en del bakgrunnsstoff. Omtalen er basert på deler av rapporten «Folkehelsearbeid i et aldrende samfunn». Det vises ellers til vedlegg 3 hvor rapporten er trykket i sin helhet.

6.5.1 Land, befolkning og styresett

Japan er om lag på størrelse med Norge medregnet Svalbard. Det er et langstrakt øyrike, dobbelt så langt som Norge. Japan er et fjelland, over to tredeler er ubeboelig fjellandskap. Fra 1947 har befolkningen økt fra vel 78 mill til vel 125 mill, samtidig som det her som i andre industrialiserte land har vært en omfattende flytting fra utkant mot sentrum. Resultatet har på den ene siden vært avfolking og forgubbing i utkantområder, spesielt i fjerne fjellområder og i mindre øysamfunn, og på den annen en vidtgående urbanisering og befolkningskonsentrasjon i tilflyttingsområdene. Tokyo by har nærmere 12 mill innbyggere, men utgjør sammen med andre byer rundt Tokyo-bukta et nærmest sammenhengende byområde med rundt 25 mill.

De tre storbyområdene (Tokyo, Osaka og Nagoya) har vel 50 prosent av landets befolkning.

Fødselsraten var like etter krigen 4,54. Gjennomsnittlig levealder var 50,06 år for menn og 53,96 år for kvinner (1947). I 1996 var fødselsraten 1,42 (i Tokyo by er den nå på 1,07) mens gjennomsnittlig forventet levealder var 77,01 og 83,59 for hhv. menn og kvinner. Barnedødeligheten var 76,7 per 1000 levende fødte i 1947, i 1994 var den 4,2. Andelen personer på 65 og over er på ca. 15 prosent, og ventes å være ca. 27 prosent i 2025. Andelen på 14 år og under er også ca 15 prosent. Kvinnene fikk i grunnloven av 1946 for første gang vanlig sivilrettslig status. De har nå høyt utdanningsnivå, og mange arbeider utenfor hjemmet. Men de er gjennomgående konsentrert i typiske kvinneyrker og på de lavere trinn av rangstigen. Mange kvinner slutter fortsatt i arbeid når de gifter seg eller får barn. Færre kvinner gifter seg, og giftemålsalderen er økende. Ett av fem første gangs ekteskap blir oppløst. Færre ektepar får barn, og i ekteskap med barn blir barna født senere.

Folkeflytting og endring i befolkningsstruktur har ført til store endringer i tradisjonelle livs- og levemønstre. Lokalsamfunn og nabolagsnettverk er under press. Storfamilie er i økende grad blitt erstattet av kjernefamilie. I mange familier er det nå bare ett barn i familien.

Japan regnes for å være et gjennomgående homogent samfunn. Velstandsutviklingen har bidratt til dette. Av befolkningen regner 90 prosent seg som middelklasse. På den annen side har landet også enkelte etniske minoriteter og stigmatiserte sosiale grupper som fortsatt har betydelige problemer med å bli akseptert som likeverdige borgere og bli integrert i samfunnet.

Tradisjonelt har Japan hatt et utpreget sentralistisk styringssett. Desentraliseringen har gått langsommere enn i vår del av verden.

6.5.2 Noen trekk ved helse- og sykdomsbildet

Den høye levealderen er i seg selv et talende uttrykk for god folkehelse. I 1995 mente nærmere 82 prosent av befolkningen selv at de var ved god helse, mens vel 14 prosent sa at helsen ikke var så god og litt under 3 prosent at helsen var dårlig. Egenoppfatningen støttes av helsestatistikk.

Heller ikke i Japan er høy levealder et entydig tegn på god folkehelse. Sykdomsbildet har forandret seg. Akutte sykdommer er avløst av kroniske lidelser. Livsstils- og aldersbetingede sykdommer og plager har innfunnet seg. Man snakker gjerne om kreft, hjernelammelse og hjertekarsykdommer som de tre store «geriatriske sykdommer», som rammer middelaldrende til eldre mennesker. I 1995 forårsaket de 60 prosent av alle dødsfall (hhv. 28,5 prosent, 15,9 prosent og 15,1 prosent). Utviklingen av disse livsstilssykdommene har vist et noe annet forløp i Japan enn i Vesten. Magekreft var lenge den dominerende kreftformen, men i løpet av 80-årene skjedde det en kraftig økning i lungekreft mens magekreften avtok. Hjerneslag var langt hyppigere dødsårsak enn hjertekarsykdommer, men også her har det skjedd en tilnærming til vestlig mønster. Forskjeller - og deretter tilnærming - i kosthold sies å være en del av forklaringen. Lignende trekk er observert i Korea, Taiwan og til en viss grad China. Muskel- og skjelettlidelser, inklusive benbrudd, øker med aldringen. Antallet med senil demente og Alzheimer har økt betydelig og er en av de store utfordringene i helse- og eldresektoren.

Et spesielt japansk folkehelseproblem representerer de mange sengebundne eldre. Langt flere skrøpelige eldre enn i vestlige land tilbringer tiden i sengen. Dette henger sammen med en japansk tradisjon som tilsa at syke eldre mennesker skal holde sengen og hvile. Grunnen til at de er lagt til sengs kan være allmenn aldersvekkelse, slag eller annen sykdom, benbrudd osv. Dette fører til en ond sirkel med

stadig svekkelse. Tallet på slike sengeliggende er nærmere 1 million. Mange av dem blir pleiet hjemme. Ved siden av det helseproblemet de selv representerer er de en stor psykisk og fysisk belastning for pårørende med pleieansvar, i hovedsak kvinner - gjerne døtre eller svigerdøtre. Disse har tradisjonelt plikt til å ta vare på gamle foreldre og svigerforeldre. I dag er mange av kvinnene med pleieansvar også utearbeidende og får dobbel belastning. Levealderen har gjort disse forpliktelsene mye mer langvarige enn før.

Den hurtige aldringen og det store antall eldre er blitt et samfunnsproblem med store økonomiske og sosiale konsekvenser. Ikke minst i en situasjon med økonomisk stagnasjon skaper disse trekkene også bekymring blant folk flest. Meningsmålinger viser at mange er urolig for hvordan det skal gå dem når de blir gamle og skrøpelige. Også på denne indirekte måten kan det aldrende samfunn sies å ha betydning for folkehelsen i vid forstand.

Tallet på personer med mentale lidelser ble i 1993 anslått til nærmere 1,6 mill. Psykiatriske pasienter har tradisjonelt vært en utsatt gruppe også i Japan, bl.a. fordi det var stigmatiserende også for familien å ha et familiemedlem med psykiske lidelser. Det gjorde det bekvemt for pårørende å gå med på tvangsinnleggelse på institusjon. Det har vært arbeidet med holdningsendringer.

6.5.3 «Et fullt aktivt liv i en tid med 80 års levealder» - Handlingsplan for fremme av folkehelsen

Allment

Erkjennelsen av at det var nødvendig med tiltak mot livsstilssykdommene meldte seg i 1970-årene. Det skjedde en begynnende endring i vektlegging fra behandling til forebygging. Den første folkehelseplanen som bygde på denne endringen kom i 1978. I 1988 kom plan nr to, «Aktiv 80 helseplan» med mottoet «et fullt, aktivt liv i en tid med 80 års levealder». Den anses fortsatt som en viktig plattform for folkehelsearbeidet.

Til grunn for planen lå det syn at mesteparten av årsakene til de nye folkesykdommene - eller geriatriske sykdommene - er å finne i dagliglivets forhold som kostholdsvaner, mosjon og hvile m.v., altså i livsstilen. Siktemålet med planen var å fremme en sunn livsstil blant folk flest gjennom en vel balansert kombinasjon av ernæring, mosjon og hvile, og dermed styrke både den fysiske og den mentale helsen. Programmet omfatter dessuten bl.a. tiltak for å fremme helse blant kvinner, tiltak mot røyking, skattefritak for utgifter ved opphold på visse rekreasjons- og kursteder og en målsetting om å skape «lokalsamfunn med en helseorientert kultur». På den forebyggende siden inngår fremme av helseundersøkelser, helsekontroll og helsemessig veiledning for ulike grupper av befolkningen. Som overordnet tiltak ble det lagt vekt på videre utvikling av regionale og kommunale helsesentre, som er utøvende instrument for mye av det grunnleggende folkehelsearbeidet. For å skape blest og bevisstgjøring holdes det en Nasjonal helse- og velferdsfestival, og det gis støtte til å arrangere «Helsefestival for de middelaldrende». Det arbeides med å utvikle et Nettverksenter for helseinformasjon som skal gi omfattende informasjon om sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid.

Ernæring

Når det gjelder ernæring, er det utarbeidet en rekke veiledninger for folk i ulike aldersgrupper og situasjoner, bl.a. med tanke på å forebygge de vanligste livsstilsykdommene. Likeledes er det utarbeidet veiledning for opplysning om næringsinnhold i restaurantmat m.v. Myndighetene oppfordrer spisesteder til å følge denne veiledningen når de setter opp menyen.

Et viktig ledd i å forbedre ernæringssituasjonen som ledd i folkehelsearbeidet i årene etter krigen var kurs i ernæring ved helsesentrene, spesielt for kvinner. Etter endt kurs gikk kvinnene ut og engasjerte seg i frivillig veiledningsvirksomhet. Mobile ernæringsteam med «kjøkkenbiler» reiste rundt og drev opplysning, særlig på landsbygda. Opplæring av ernæringsveiledere fortsatte i årene som fulgte, og antall veiledere og omfang av virksomheten økte. De gjorde også sitt inntog i byene. I erkjennelse av den betydning disse kjernetroppene for riktig ernæring hadde, fikk de offisielt av Helsedepartementet en egen betegnelse - litt vanskelig å oversette til kurant norsk - i 1970. I dag er mer enn 220 000 slike frivillige helsearbeidere aktive rundt om i lokalsamfunnene. Arbeidsfeltet er utvidet til å gjelde påvirkning for helsefremmende livsstil mer generelt, særlig i forbindelse med forebygging av de «geriatriske sykdommene». De oppmuntrer også folk til å gjennomgå helsekontroller som helsesentrene tilbyr gratis til store grupper av befolkningen. Andre temaer for deres virksomhet er miljøspørsmål i nærmiljøet, effektiv utnyttelse av maten og reduksjon av sløsing med mat.

Det inngår ellers i planen å styrke ernæringssiden av helsesentrene. Noen av disse driver en utstrakt opplærings- og opplysningsvirksomhet innen ernæring tilpasset tidens økende bruk av halv- og helfabrikata, bl.a. med utgangspunkt i et eget demonstrasjonskjøkken. Det samarbeides med skolen. Ved et senter ble det fortalt at man om sommeren inviterer klasser fra småskolen for å fortelle om ernæring. Skolen er ellers i seg selv viktig i ernæringssammenheng.

Mosjon

Når det gjelder mosjon, drives det også bredt anlagt opplysningsvirksomhet med utgangspunkt i veiledere som omfatter generelle gode råd, og råd for hvordan ulike aldersgrupper best kan holde seg i form gjennom enkle former for mosjon i det daglige. Målet er å gjøre dette til en naturlig del av dagliglivet. Det legges stor vekt på å få folk til å gå. Et spesielt element i denne delen av programmet er opplæring av mosjonsplanleggere og ditto instruktører. De førstnevnte skal planlegge og legge til rette for aktivitet tilpasset folks fysiske tilstand med vekt på øvelser som øker oksygeninntaket, de sistnevnte skal veilede folk i den praktiske utøvelsen. Ved utgangen av 1996 var det opplært nærmere 5 700 planleggere og ca 8 300 instruktører. Disse er bl.a. stasjonert ved rekreasjonssteder og kurbad. Helsedepartementet har dessuten innført en ordning med sertifisering av slike steder som oppfyller visse kriterier. Det gis fradrag i skatten for utgifter ved opphold på disse stedene.

Hvile

At tilstrekkelig hvile er et hovedelement i programmet må ses på bakgrunn av dels forhold i arbeidslivet, dels at japanerne har mye kortere ferie enn vi. Det er utarbeidet en «Veiledning for hvile med sikte på bedre helse». Den peker på at det er nødvendig å endre folks holdninger når det gjelder betydning av hvile og ferie. Det japanske ordet for hvile i denne forbindelse - kyuyo - inneholder to elementer: kyu - å hvile, og yo - å bygge opp sin fysiske styrke. Behovet for hvile i dagliglivet understrekes. Frivillig deltakelse i nærmiljøaktiviteter blir ansett som en form for kyuyo. En rapport i begynnelsen av 90-årene foreslo innføring av en ordning med «helsefremmende ferie» der arbeidstakere skulle ha mulighet for å ta noen fridager for å bygge seg opp fysisk og mentalt. Samtidig ble det anbefalt å utvikle rekreasjonssteder hvor folk kunne tilbringe slike perioder. Noen ny ferielovgivning ble ikke anbefalt og er heller ikke gjennomført. Helsefremmende hviledager vil være avhengig av arbeidsgiverne. Økonomiske nedgangstider gir dårligere kår til tanken om redusert arbeidstid og mer hvile.

I forlengelse av punktet om hvile er det lansert programmer for å fremme den mentale helsen. Helsesentrene står sentralt også her. Et eksempel er samarbeid med skolen for å bekjempe mobbing og voldstendenser ellers.

Tobakk, alkohol og narkotika

Når det gjelder røyking, begrenser programmet seg til opplysningstiltak om tobakkens helsemessige virkninger, samt oppfordring til forskning. Dette gjenspeiler at Japan på mange måter står i en særstilling blant industrialiserte land når det gjelder myndighetenes holdning til og tiltak mot tobakk og røyking. Det er ikke forbud mot tobakksreklame - reklamen er iøynefallende til stede i gatebildet og ellers, inntil nylig også i radio og fjernsyn. Tilgjengeligheten er massiv, ikke bare i forretninger og kiosker, men i et overveldende antall sigarettautomater i det offentlige rom, i alt rundt 500 000 i landet som helhet. Helseadvarslene på sigarettpakkene er heller valne i sammenligning med de tekster som benyttes i mange andre land: «Det kan være helsefarlig å røyke. Ikke røyk for mye.» Helsedepartementet offentliggjorde høsten 1997 tall som viste at røyking koster det japanske samfunn enorme summer i medisinsk behandling og inntektstap som følge av dødsfall. Vel fem prosent av landets totale medisinske kostnader går med til sykdommer forårsaket av røyking.

På denne bakgrunn er det ikke bare advarslene på sigarettpakkene, men også Helsedepartementets politikk som fortoner seg valen for mange. En aksjonsplan de senere årene har bl.a. hatt som mål å skape flere røykfrie områder og å aktualisere behovet for støtteprogrammer som hjelp for enkeltmennesker til å stumpe røyken, men bevilgningene til informasjons- og påvirkningstiltak er beskjedne. I februar 1998 ble det nedsatt et statlig utvalg som skal vurdere politikken på området for det kommende århundre. Mandatet kan neppe karakteriseres som offensivt.

Forklaringen på de spesielle forholdene i Japan sies av kritikere å være at spørsmål om tobakk og røyking i det vesentlige sorterer under Finansdepartementet. Dette departementet har i realiteten hånd om alle ledd av Japans enorme tobakksindustri, fra produksjon, markedsføring og salg til merking av sigarettpakkene. Bakgrunnen er at tobakk fra 1904 til 1985 var et statlig monopol forvaltet av Finansdepartementet, og tobakken ble først og fremst sett på som en statlig inntektskilde. Loven om tobakksnæringen fra 1985 tok sikte på «en sunn utvikling av tobakksindustrien for å sikre stabile skatteinntekter.» Tobakksgiganten Japan Tobacco ble privatisert i dette året, men det ble samtidig fastsatt ved lov at staten ved Finansdepartementet skulle sitte med 67 prosent av aksjene.

Det har likevel skjedd framskritt i bekjempelse av tobakksskadene. Røykfrie områder i bygninger og transportmidler er blitt vanlige. Alle de store flyselskapene annonserte i mai 1998 planer om å innføre helt røykfrie flyvninger på alle innenlandsruter i løpet av de nærmeste månedene, ett av dem riktig nok som en prøveordning i påvente av passasjerenes reaksjoner. Byregjeringen i Tokyo har vedtatt forbud mot tobakksreklame på de offentlige T-banene i byen. Det ble i 1997 bestemt at sigarettautomatene skulle stenges sent på kvelden. 1. april 1998 sluttet tobakksprodusentene frivillig med reklame i radio og fjernsyn av hensyn til barn og ungdom.

En rekke antitobakk-organisasjoner har i mange år arbeidet for å påvirke opinion, myndigheter og industri. Antall slike organisasjoner har økt fra 11 til 70 i løpet av de siste 20 årene. Enkelte av disse organisasjonene står sentralt i forbindelse med to forestående rettssaker som markerer en opptrapping av kampen mot tobakken i Japan.

Statistikken for 1996 viser at 33,2 prosent av japanerne røkte. Fordelingen på menn og kvinner var hhv. 55,1 og 13,3 prosent. Opplysninger i forbindelse med nedsetting av det statlige utvalget i begynnelsen av 1998 sier at røyking blant vok-

sne menn avtar noe, mens den øker blant kvinner og ungdom. Mellom 1991 og 1996 økte det samlede antall studenter og skolelever som røykte, med 10 prosent. Omkring 12 prosent av årlige dødsfall regnes for å være tobakksrelatert, mens vel 20 prosent av krefttilfellene og nærmere 19 prosent av blodtrykkrelaterte sykdommer anses å ha sammenheng med røyking.

Det inngår ikke spesielle punkter om tiltak mot alkoholmisbruk og narkotika i planen. Helsesentrene har imidlertid opplysningsvirksomhet om dette med i sin virksomhet. Når det gjelder alkohol, opplyser man om det som anses for å være dens gode sider, og advarer mot å bruke alkohol som løsning på stressproblemer m.v.

Holdningen til narkotika er på en helt annen måte avvisende. På dette området er aktiviteten trappet betydelig opp i den senere tid. I mai 1998 ble det lansert en femårsplan for bekjempelse av narkotikamisbruk. Den politiske prioriteringen ble understreket av at statsministeren var leder for det regjeringsoppnevnte aksjonsutvalget som forberedte planen. Bakgrunnen for planen er særlig bekymringen over økende bruk av narkotika blant ungdommen. I 1997 ble 262 elever i ungdomsskolen og videregående skole arrestert for narkotikabruk, det høyeste tall hittil. En undersøkelse blant elever i videregående skole offentliggjort i januar 1998 viste at 6,5 prosent av de spurte var blitt fristet av andre til å prøve narkotika. Femårsplanen legger på denne bakgrunn opp til bl.a. økt opplysningsvirksomhet og holdningspåvirkning overfor opinionen, styrking av politiets veiledning overfor mindreårige på gaten, hardere tiltak mot organisert kriminalitet med sikte på å avskjære de viktigste distribusjonskanalene, samt økt internasjonalt samarbeid.

Det er nå under forberedelse en ny plan for helsefremmende og sykdomsforebyggende innsats for tiåret som starter i 2000. Helsedepartementet opplyser at den i likhet med USAs «Healthy People 2000» vil kartlegge hvor de kritiske utfordringene ligger, fastsette hva som skal være målet på hvert av disse områdene, samt legge opp tiltak og programmer i et integrert system. Det opplyses at hele regjeringen vil være involvert i planen.

6.6 FOLKEHELSEPROGRAMMER I EU

6.6.1 Innledning

I Romatraktatens artikkel 129 om folkehelse går det fram at landene skal legge vekt på helseaspektene i utforming og gjennomføring av fellesskapets virksomhet innenfor alle politikkområder. Virksomheter ved nesten alle EU-institusjonene og flertallet av kommisjonens direktorater berører i en eller annen form helsespørsmål. Det er kommisjonen som tar initiativ til nye aktiviteter og ny lovgivning. Når det gjelder helse er det etablert spesielle programmer på områder som anses å være særlig viktige. I tillegg til dette er helsespørsmål integrert i politikkvirksomheten innen en rekke politiske virksomhetsområder som:

- sosialpolitiske spørsmål,
- det indre marked,
- jordbruk, næringsmidler og fiske,
- forskning og utvikling,
- miljø og energi,
- transport,
- internasjonalt samarbeid.

På EUs Amsterdammøte sommeren 1997 ble Romatraktatens artikkel 129 om folkehelse omarbeidet, skjerpet og utdypet. Den nye teksten til artikkel 129 trer i kraft etter at den er ratifisert av alle medlemsland. Dette vil trolig ikke skje før ved årsskiftet 1998/1999.

EU har fem folkehelseprogrammer som Norge deltar i som fullverdig medlem i fra 1997/1998.Det vises til omtalen nedenfor.

EU-kommisjonen har også lagt fram forslag om ytterligere tre handlingsprogrammer som er under forberedelse:

1. Miljørelaterte sykdommer
2. Forebygging av skader og ulykker
3. Sjeldne sykdommer

Et europeisk senter for overvåking av narkotikasituasjonen og misbruksutviklingen (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction) ble etablert i 1995 i Lisboa i Portugal. Senteret skal samle og analysere eksisterende data og årlig rapportere om situasjonen i Europa.

6.6.2 Norsk deltakelse

Norge er nå fullverdig medlem i fem av EUs folkehelseprogrammer. De aktuelle programmene er: det horisontale programmet for å styrke helsefremmende tiltak m.v., og de tre vertikale programmene om forebygging av hhv. kreft, AIDS og visse andre smittsomme sykdommer, narkotikamisbruk og et program for helseovervåkning. Utgiftene til den norske deltakelsen dekkes over Sosial- og helsedepartementets budsjett, og Sosial- og helsedepartementet fungerer som kontaktorgan for samtlige programmer.

For samtlige folkehelseprogrammer utarbeides det årlige arbeidsprogram, prosjektene skal evalueres, og det er utarbeidet faste kriterier for søknadsprosedyre- og behandling.

I en brosjyre utgitt av Kommunenes Sentralforbund («Støtte fra EU?», 1996 Kommunenes Sentralforbund og Kommuneforlaget AS, Oslo) gis en summarisk oversikt over europeiske samarbeidsmuligheter for kommunesektoren. I tillegg til folkehelseprogrammene er nevnt:

- Utdanning/ungdom: Leonardo da Vinci, Sokrates, Youth for Europe!!!, Frivillig samfunnstjeneste.
- Arbeidsmarkedsforhold: Likestillingsprogrammet.
- Miljøvern: LIFE.
- Regionalt samarbeid: Pilotprosjekter (8 forskjellige), Interreg (2 forskjellige).
- Kultur: Raphael, Kaleidoscope, Ariane.
- Turisme: PHILOXENIA («Gjestfrihet«).
- Forskningsprogrammet: EPRI-Watch, TIDE.
- Øvrige programmer: Bistandsprosjekter, regionalprosjekter, støtte til små og mellomstore bedrifter, energi.

6.6.3 Handlingsprogram for helsefremmende tiltak, helseopplysning, helseutdanning og helseopplæring 1996-2000

Programmet har som mål å styrke helsefremmende sider ved helsepolitikken og er i sin natur et horisontalt program som omfatter mange samfunnssektorer. Det gjøres gjennom å oppmuntre til en helsefremmende livsstil og atferd, formidle kunnskap om risikofaktorer, og hva som fremmer helse samt å legge forholdene til rette for et tverrsektorielt og tverrfaglig samarbeid om helsefremmende tiltak. Det skal tas hensyn til sosio-økonomiske faktorer og fysisk miljø som har helsemessig betydning både for det enkelte individ og grupper i befolkningen. Spesielt ønskes fokus på utsatte grupper.

Tiltakene som gjennomføres eller skal gjennomføres vil omfatte:

– strategier og strukturer for helsefremmende tiltak,
– spesielle forebyggende og helsefremmende tiltak,
– helseopplysning,
– helseutdanning,
– yrkesrettet opplæring i folkehelse og helsefremmende tiltak.

I programmet er utvikling av nettverk over landegrensene en prioritert oppgave. Følgende nettverk har til nå fått midler over programmet:
– Nettverk for lokal alkoholforebygging, forskning og evaluering
– Nettverk for mental helse.
– Nettverk for folkehelse (Health Promotion) institutter.
– Nettverk for helsefremmende skoler (HEFRES).
– Nettverk for fremme av helsefremmende fysisk aktivitet.
– Nettverk for helsefremmende arbeidsplasser.
– Nettverk for helse i storbyer (Megapoles).

Programmet er budsjettert med 35 mill ECU (285 mill NOK) over en femårsperiode.

6.6.4 Handlingsplan for forebygging av kreft 1996-2000

Fra 1987 har det eksistert et program «Europe against Cancer» ledet av onkologer. Dette programmet førte bl. a. til direktiver og regulering på området. Merking av sigaretter er et eksempel på tiltak fra dette programmet. Den nye handlingsplanen skal ikke føre til direktiver og reguleringer, men baseres på informasjon og handling. Tiltakene omfatter:
– datainnsamling og forskning, herunder epidemiologiske studier,
– helseopplysning og helseutdanning,
– tidlig diagnostisering og screening,
– opplæring, kvalitetssikring og kontroll.

Innsatser mot tobakk har høy prioritet. 1 prosent av produksjonsstøtten til tobakksdyrking skal brukes til informasjon om tobakkens skadevirkninger. Det er etablert et nettverk om kvinner og tobakk. Kosthold er også et prioritert område. Det er budsjettert med 64 mill ECU (522 mill NOK) over en femårsperiode.

Det vises ellers til omtalen i underkapittel 9.2 i NOU 1997: 20 Omsorg og kunnskap! Norsk kreftplan. Her omtales bl.a. dette og det tidligere europeiske kreftprogrammet.

6.6.5 Handlingsprogram for forebygging av AIDS og visse andre smittsomme sykdommer 1996-2000

Programmet erstatter «Europe against AIDS» som gjaldt for perioden 1991-95. Dette var det andre europeiske forebyggingsprogrammet mot AIDS. Programmet for perioden 1996-2000 tar sikte på å medvirke til reduksjon av spredning og dødelighet av AIDS og visse andre smittsomme sykdommer som f.eks. seksuelt overførbare sykdommer (SOS/STD). AIDS-programmet skal på den ene siden kartlegge og i den grad det er mulig samordne god praksis (good practice) i medlemslandene og andre deltakerland. Dette kan gjelde praksis og lovgivning som gjelder HIV-testing, smitteoppsporing, smittevernveiledning m.v. På den andre siden stimuleres det til nettverksbygging mellom frivillige organisasjoner (NGOs) som driver forebyggende arbeid, personer med HIV og AIDS, offentlige institusjoner, forskningsmiljøer m.v. Hovedinnsatsområdene er:

– overvåking og kontroll,
– forebyggende tiltak for å hindre smitte,
– informasjon, undervisning og opplæring,
– støtte til HIV-smittede og AIDS-syke og kamp mot diskriminering og utstøting.

6.6.6 Handlingsprogram for forebygging av narkotikamisbruk 1996-2000

I traktaten om Den europeiske union som trådte i kraft 1. november 1993 er kampen mot narkotika spesielt omtalt i de nye kapitlene om folkehelsen og det mellomstatlige samarbeidet om justis- og innenrikssaker innenfor de såkalte «første» og «tredje søyler». I tillegg til en rekke andre tiltak, vedtok det europeiske råd i 1996 et femårig program for forebygging av narkotikamisbruk innenfor rammene av EUs folkehelseprogram. Norge deltar innen rammen av EØS-avtalen på lik linje med deltakelsen i de øvrige folkehelseprogrammene. Stortinget har sluttbehandlet saken, jf St.prp. nr. 26 (1997-98) og sluttet seg til deltakelse i programmet jf Innst.S. nr. 86 (1997-98).

Handlingsprogrammet anbefaler medlemslandene til å:
– styrke kunnskapen om narkotikamisbruket og konsekvensene av det,
– medvirke til bedre informasjonsutveksling, utdanning og opplæring innen forebyggende arbeid,
– utnytte fordelene ved økt samarbeid og erfaringsutveksling om forebyggende tiltak.

6.6.7 Handlingsprogram for helseovervåking (Health monitoring) 1997-2001

Formålet med Handlingsprogram for helseovervåking er å etablere et overvåkingssystem som gjør det mulig å:
– måle helsetilstanden, utviklingstrekk og avgjørende helsefaktorer i hele fellesskapsområdet,
– lette planlegging, oppfølging og vurdering av fellesskapsprogram og -tiltak,
– gi medlemslandene formålstjenlige helseopplysninger som kan brukes til sammenlikningsformål og til støtte for den nasjonale helsepolitikken

Gjennom å oppmuntre til samarbeid mellom medlemslandene og om nødvendig å støtte disses innsats ved å samordne politikken og programmene på dette området, og gjennom å fremme samarbeid med tredjeland og med internasjonale organisasjoner som arbeider på området. De tiltakene som skal gjennomføres innen rammen av programmet, er:
– Fastsetting av helseindikatorer for Fellesskapet.
– Etablering av et fellesskapsnett for felles bruk av helsedata.
– Analyser og rapporter.

Programmet vil bl.a. granske eksisterende helseindikatorer og helsedata med sikte på å avgjøre hvor relevante de er, hvor god kvalitet de har og hvor dekkende de er. Dette gjelder f.eks. indikatorer om forventet levetid, funksjonsevne, livskvalitet, livsstil og vaner som kan virke inn på helsen, leve- og arbeidsvilkår, bruk av ressursene i helsevesenet og demografiske og sosiale faktorer. Stortinget sluttet seg til deltakelse i programmet ved behandling av saken i juni 1998.

6.7 FRA ALMA ATA-DEKLARASJONEN OM HELSE FOR ALLE ÅR 2000 (1977) TIL JAKARTA-DEKLARASJONEN OM HELSEFREMMENDE ARBEID INN I DET 21. ÅRHUNDRE (1997)

I 1977 vedtok WHOs helseforsamling i Alma Ata en resolusjon som slo fast:

> «Det viktigste sosiale mål for verdens regjeringer og for WHO i kommende ti-år, skal være å arbeide for at alle verdens innbyggere innen år 2000 skal ha oppnådd en helsestatus som gjør det mulig for dem å leve et sosialt og økonomisk tilfredsstillende liv.»

Resolusjonen som ble kjent som «Helse for alle innen år 2000» (HFA 2000) innebar en konkretisering av WHOs ideelle helsedefinisjon fra 1948, og den ble lagt til grunn for en global strategi. Strategien er basert på at forutsetningene for god helse bare kan ivaretas gjennom et omfattende sektorovergripende samarbeid, og at helsetjenesten blir mest effektiv dersom den bygger på en primærhelsetjeneste som er tilgjengelig i nærmiljøene der folk bor og arbeider. St.meld. nr. 37 (1992-93) (Forebyggings-meldingen) har brukt WHOs Europaregions felles strategi av 1980 og det sett med 38 delmål/resultatmål som regionen vedtok i 1985 til støtte for HFA 2000-strategien. Det vises til omtalen i *"Innledning og bakgrunn"* i kapittel 2 i meldingen hvor 12 av de 38 delmålene som ble satt opp som norske resultatmål er gjengitt (Tabell 2.1, side 18). Flere av disse resultatmålene er å finne i handlingsplaner for hovedinnsatsområdene i det norske helsefremmende og forebyggende arbeidet (se ellers omtalen i *"Status for forebyggende arbeid i Norge"* i kapittel 4).

I 1986 kom den 1. internasjonale konferansen om det helsefremmende arbeid som ble holdt i Ottawa, Canada. Konferansen resulterte i «Ottawa-charteret om helsefremmende arbeid» som har vært retningsgivende for mange lands innsats på dette området. I 1988 ble den andre internasjonale konferansen holdt i Adelaide i Australia hvor tema var betydningen av en sunn offentlig poltikk som base for forebyggingsarbeidet. I 1991 ble den tredje konferansen holdt om helsefremmende miljøer i Sundsvall i Sverige. Og den siste og fjerde internasjonale konferansen ble holdt i Jakarta i Indonesia i 1997. Denne konferansen resulterte i Jakarta-deklarasjonen om helsefremmende arbeid inn i det 21. århundre.

De fem strategier som ble definert i Ottawa-charteret er fortsatt grunnleggende forutsetninger for å lykkes:

1. Skape en helserettet samfunnspolitikk.
2. Skape støttende miljøer.
3. Styrke lokalsamfunnets muligheter for handling.
4. Reorientere helsetjenesten.
5. Utvikle menneskenes personlige ferdigheter.

I Jakarta-deklarasjonen understrekes det bl.a.:

> «Forskning og prosjektstudier fra hele verden viser på en overbevisende måte at helsefremmende arbeid gir resultater. Helsefremmende strategier kan utvikle og forandre folks livsstil og de sosiale, økonomiske og miljømessige forhold som påvirker helse. Helsefremmende arbeid er en praktisk tilnærmingsmåte for å oppnå større likhet i helsemessig forstand.»

(Jakarta-deklarasjonen om helsefremmmende arbeid inn i det 21. århundre juli 1997, WHO og Ministry of Health , Republic of Indonesia (oversatt og utgitt av Statens helsetilsyn))

Det vises videre til at det er klar dokumentasjon om at:

- sammensatte tiltak har best effekt,
- definerte miljøer/arenaer er velegnet for gjennomføring av sammensatte tiltak,
- deltakelse er vesentlig for å vedlikeholde innsatsen,
- kunnskap om helse oppmuntrer til deltakelse.

Avslutningsvis oppfordrer deklarasjonen til handling på disse prioriterte områdene:
– øke bevisstheten om endring av de faktorer som virker inn på helsen,
– støtte utvikling av samarbeid og nettverk for positiv helseutvikling,
– mobilisere ressurser for helsefremmende arbeid,
– samle erfaring og kunnskap om god praksis,
– legge til rette for gjensidig læring,
– fremme solidaritet under gjennomføringen,
– fremme åpenhet og offentlig ansvar i det helsefremmende arbeidet.

De nasjonale myndigheter oppfordres til å ta initiativ for å fremme og støtte nettverk for helsefremmende arbeid innenfor det enkelte land og mellom land.

Del II
Problemer og utfordringer - muligheter, strategier og tiltak

KAPITTEL 7

Tendenser - dilemmaer - utfordringer

7.1 INNLEDNING

Utvalget ser det slik at god folkehelse har to komponenter: på den ene side lavt nivå av sykdom og gode leveutsikter, og spesielt at færrest mulig rammes tidlig i livet av sykdom vi har kjennskap til hvordan man kan unngå. På den annen side er vi opptatt av at befolkningen har høy livskvalitet. Dette innebærer at vi mestrer de utfordringer dagliglivet og et vanlig livsløp byr på, at vi føler vi lever et meningsfullt liv, og at det er bruk for oss. Dette gjelder også om vi har en sykdomsdiagnose eller funksjonshemming.

Begrepet «helse» har vært brukt på ulike vis. Innen helsesektoren har det betydd et absolutt eller relativt fravær av sykdom. I denne utredningen omfatter «god helse» mer enn dette, men ikke problemfrihet eller velvære til enhver tid. Utvalget vil påpeke at svært mange svarer i spørreundersøkelser at de opplever sin helse som god eller meget god, selv om det foreligger en kronisk sykdom eller en funksjonshemming. Dette tyder på at det helsebegrepet folk flest bruker, har sterke elementer nettopp av denne sist nevnte dimensjonen.

I underkapittel 7.2 omtales utviklingstendensene for hovedgrupper av folkesykdom meget kort. Dette er begrenset til de gruppene av sykdom og problemer som er de største i dag og ventes å bli de dominerende i framtiden i vår del av verden. Underkapittel 7.3 tar for seg livskvalitet og livsinnhold, trygghet og mestring, noe utvalget ser som like viktig for folkehelsen som sykdom og dødelighet. En viktig utfordring er deltakelse i samfunnet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv i alle lag av befolkningen, noe som omtales mer utførlig i *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8.

Underkapittel 7.4 handler om de vanskelige valgene - både av virkemidler og tyngden i innsatsen - som er typiske for forebygging av den type helseproblemer som i dag er de vanligste. Et spørsmål er hva vi skal ha som mål i det forebyggende arbeidet. Er det alltid et mål å forebygge langtidssykmelding og trygd? Går vi for langt i å kreve av oss selv at kroppen, helsen og funksjonsnivået skal holde 30-åringenes standard opp gjennom alderdommen? Et neste spørsmål er om trygden skal dekke kostbar medikamentell forebygging - som er aktuell for nesten hele rekken av folkesykdommer som rammer de eldre - mens annet folkehelsearbeid er henvist til trange kommunebudsjetter? Blant de største utfordringene i forebyggende arbeid er at de fleste folkehelseproblemene vi har, er knyttet til hva mange anser som goder.

I underkapittel 7.5 belyses en rekke sider ved folkehelsearbeidet i Norge til nå. De fleste og viktigste beslutningene som angår folks helse og levekår tas i andre sektorer enn helsesektoren. Det stilles spørsmål om vi har lykkes de siste årene, og om forebygging lønner seg økonomisk. De etiske konfliktene tas opp. Et viktig spørsmål for framtidig satsing er om vi har fokusert for mye på å reformere folks dårlige helsevaner. Er det på tide i stedet å vedlikeholde de gode vanene? Til tross for at de viktigste beslutningene tas utenfor helsesektoren, har helsetjenesten en viktig rolle å spille også i tiden framover. Til slutt i dette underkapitlet stilles det spørsmål om hvem som skal ha ansvar for å fremme folkehelsen - er det offentlige, er det frivillig sektor eller er det den enkelte? Eller alle i lag?

Ulikheter i helse og levekår behandles i underkapittel 7.6. God helse i alle lag av befolkningen har vært et viktig mål både nasjonalt og internasjonalt, jf WHOs

«Helse for alle» - strategi. Samtidig har utviklingen gjennom flere år gått mot større forskjeller i inntekt og større sosial ulikhet. Store økonomiske forskjeller innen befolkningen betyr svært mye for folkehelsen i land hvor den materielle standarden har nådd et høyt nivå (Richard Wilkinson «Health inequalities: relative or absolute material standards? BMJ; 314:591 -5). Med andre ord vil en større grad av sosial og materiell likhet bety en bedre folkehelse. Det nevnes forhold som kan føre til slike ulikheter, og om vi er villige til utjevning. Det er et svært viktig spørsmål om viljen til utjevning av levekår virkelig er tilstede, når presset fra det internasjonale samfunnet på flere områder går i retning av større forskjeller mellom grupper i befolkningen. Neste spørsmål er om vi er villige til i det minste å innrette folkehelsearbeidet med sikte på å nå særlig godt fram til de gruppene som har størst risiko for sykdom og lav livskvalitet.

Underkapittel 7.7 gir en oversikt over grupper som representerer spesielle utfordringer for folkehelsearbeidet. Foruten barn og unge, eldre og den svake minoriteten i 2/3-samfunnet mener utvalget det er hensiktsmessig også å fokusere på grupper blant kvinnene, innvandrere, den samiske befolkningen og funksjonshemmede. Når dette er sagt, vil vi føye til at svært mange som kan sies å tilhøre disse gruppene har meget god helse og selvhjelpsevne.

I underkapittel 7.8 omtales de utfordringer som knytter seg til selve gjennomføringen av det folkehelsearbeidet man velger å satse på. Det største problemet i dag er den manglende bevisstheten i alle sektorer om den helsemessige betydningen av beslutninger og tiltak som skjer på helt andre felt enn i helsesektoren. Utvalget håper med denne utredningen å bidra til at de som har ansvar for helsemessig viktige forhold - som utdanning, oppvekstvilkår for barn og unge, frivillige organisasjoner, næringslivet, innvandringspolitikken, samferdsel, kultur, økonomisk fordelingspolitikk, lovgivning som gjelder tobakk, rusmidler og næringsmidler, miljø, arbeidsmiljø og arbeidsmarkedstiltak, utvikling av trygdesystemet - blir i stand til å se hvilken viktig rolle de spiller for utviklingen av folkehelsen. Dagens helsetilstand - og helseproblemene - er i dag først og fremst påvirket av hva som skjer på disse sektorene.

Helsesektoren har også en viktig rolle, ikke minst i livsfaser som svangerskap, barne- og ungdomsalder og alderdom. Selvsagt er den viktig for helsen når det er mistanke om sykdom, og når sykdom har begynt å utvikle seg. Utvalget vil særlig understreke den viktige rollen helsesektoren har for livskvaliteten, både ved å ha god tilgjengelighet og ved å holde et høyt kvalitetsnivå. Spesielt er helsetjenesten av betydning for dem som må forholde seg til den jevnlig, som dem som lever med kronisk sykdom eller funksjonshemming.

Et annet problem som blir tatt opp i underkapittel 7.8 er at det ser ut til å være systematiske forskjeller mellom folkehelseproblemer man på nasjonalt hold ser som de viktigste prioriteringene og sosiale og velferdsmessige utfordringer man lokalt opplever som påtrengende viktig å avhjelpe.

Hva bør være offentlige oppgaver, og hva bør overlates til frivilligheten og den enkelte, tatt i betraktning den utviklingen vi kan vente for folkehelsen i årene framover? Den «livsstilssykdommen» som er mest utbredt i Norge - hjerteinfarkt - var en «overklassesykdom» i Europa i første del av dette århundre. Både denne sykdommen, overvekt og andre «livsstilssykdommer» er fremdeles forbundet med forestillingen om overflod og velstand, selv om bildet forlengst er endret slik at de minst privilegerte er mest utsatt. Aktørene på kommunenivå har beskjeftiget seg forholdsvis lite med forebygging av disse sykdommene. Går vi mot et stadig mer markert klasseskille når det gjelder «livsstilssykdom», og vil vi akseptere dette? Bør det offentlige gå sterkere inn når det gjelder røyking, kost og mosjon, eller skal vi la det være frivillige organisasjoners og den enkeltes ansvar? Heller ikke når det

gjelder livskvalitet og «samhandlingssykdommene» er det opplagt hva som bør være offentlige oppgaver, og hva som bør overlates til frivilligheten og den enkelte.

7.2 HVA ER UTVIKLINGSTENDENSEN FOR HELSEN I NORGE?

7.2.1 Internasjonale perspektiver

Hvordan er folkehelsen i Norge, sammenliknet med andre land?

Vi er vant til en forestilling om at levealderen i Norge ligger helt på topp. Norge hadde i 1960 den nest høyeste middellevetid for kvinner og den tredje høyeste for menn. Men i 1990 lå vi på tiende plass for kvinner og niende plass for menn. Dødeligheten er høyere i Norge enn i land som Japan, Frankrike og Sverige. I 1990 var middellevetiden blant norske kvinner to år kortere enn for japanske kvinner. Den norske overdødeligheten kan ikke forklares med at de aller eldste hos oss ikke blir fullt så gamle som i Japan. Saken er at vi har en 30 prosent større dødelighet blant norske kvinner i forhold til de japanske gjennom hele livet og på alle alderstrinn. For menn svarer det til 20 prosent høyere dødelighet i alle aldersklasser. Dersom vi bruker de japanske aldersspesifikke dødsratene på den norske befolkning, ville vi i 1996 hatt 9 600 færre dødsfall (Waaler og Guldvog, 1996, Grøtvedt, 1998 og Socialstyrelsen, 1997).

Det er ulike nivå for «livsstilssykdom» - og først og fremst hjerteinfarktsykdom - som ligger bak disse forskjellene. Norges relativt sett dårlige utvikling i middellevetid gir grunn til bekymring når det gjelder tobakk, fysisk aktivitet, alkohol, ernæring og matvaner, som er de viktigste forklaringene på variasjoner i middellevetiden i i-land. For eksempel er hovedårsaken til død i Norge - hjerteinfarkt - fem ganger høyere enn i Japan og tre ganger høyere enn i Frankrike. Videre har Norge og Frankrike tre ganger høyere dødelighet av brystkreft enn Japan, noe man ikke vet grunnen til. Selvmord er dobbelt så vanlig blant norske menn i alderen 20-24 år som blant japanske.

Waaler og Guldvog hevdet i 1996 at utviklingstendensene vi ser i dag vil øke på slik at enda flere land vil komme bedre ut enn Norge. Italia har allerede passert oss, og om ganske få år antas det samme å skje med Spania, Hellas, Singapore, Taiwan og Sør-Korea.

(Kilde: Utviklingen av dødeligheten i Norge - et internasjonalt perspektiv», Waaler, Hans Th. og Guldvog, Bjørn, Tidsskriftet for Den norske lægeforening, nr. 9, 1996 og «Utviklingen av dødeligheten i Norge. Et internasjonalt perspektiv - dødsårsakene», Waaler og Guldvog, Tidsskriftet for Den norske lægeforening, nr. 30, 1996).

Blant de nordiske landene har Danmark hatt en ugunstig utvikling de siste årene. Norge var på samme vei, men har hatt en bedre utvikling for total dødelighet de siste par årene. For hjerte- og karsykdom er utviklingen i Norge like god som i de andre nordiske landene, men for kreft ligger Norge dårligere an på grunn av økningen vi har for lungekreft.

(Kilde: Arun Nanda, WHO, København, Foredrag ved den 8. norske epidemiologikonferansen i Oslo, 3. juni 1998). Hjerte- og karsykdom, kreft og kronisk lungesykdom sto samlet sett for ca. 80 prosent av dødsfallene i Norge både i 1983 og 1993

(Kilde: Folkehelserapporten 1996).

Hva kan vi vente oss av helse og sykdom i årene fremover?

WHO har beregnet hvilke årsaker til død og uførhet som vil dominere i ulike deler av verden i år 2020. Tobakk er ventet å forårsake flere tapte, friske leveår enn noen annen enkeltårsak. I de vestlige industriland med stabil økonomi vil tobakk stå for nærmere 20 prosent av tapte år som frisk og funksjonsdyktig og vil veie tyngre

enn noen annen enkeltfaktor. Selv om aldersspesifikk dødelighet for hjerteinfarkt og hjerneslag har sunket i den vestlige verden de siste 20 årene, venter WHO at de kroniske, ikke smittsomme «livsstilssykdommene» fortsatt vil ha en dominerende plass som folkehelseproblemer. Både tobakken og «eldrebølgen» kommer inn som grunner til dette.

Uførhet og tap av friske leveår på grunn av mentale lidelser har i følge WHO vært kraftig undervurdert og ventes å stige på verdensbasis. Depresjon, alkoholproblemer, schizofreni og tvangslidelser kommer inn her. Tapte friske år på grunn av trafikkskader og vold ventes å gå noe tilbake i vestlige industriland.

(Kilde: Murray CJL, Lopez AD (red). The global burden of disease. WHO/Harvard School of Public Health/Verdensbanken 1996.)

Tabell 7.1 viser hvilke sykdommer og skader som var ledende årsak til tapte leveår justert for uførhet i 1990, og hvilke som beregnes å bli de viktigste i år 2020. Dette sier noe om utvikling og utfordringer over hele verden - også her.

Tabell 7.1: Forandring i rekkefølgen av sykdommer for 10 ledende årsaker på verdensbasis fra 1990 til år 2020. Sykdomsbyrden er målt i tapte leveår justert for uførhet

Sykdom/skade i 1990	Rang	Sykdom/skade i år 2020	Rang
Lungeinfeksjoner	1	Hjerteinfarkt	1
Diaresykdommer	2	Alvorlig depresjon	2
Problemer i graviditet og fødsel	3	Veitrafikkulykker	3
Alvorlig depresjon	4	Hjerneslag	4
Hjerteinfarkt	5	Kronisk obstruktiv lungesykdom	5
Hjerneslag	6	Lungeinfeksjoner	6
Tuberkulose	7	Tuberkulose	7
Meslinger	8	Krigsskader	8
Veitrafikkulykker	9	Diaresykdommer	9
Medfødte misdannelser	10	HIV	10

Kilde: Murray CJL, Lopez AD (red). The global burden of disease. WHO/Harvard School of Public Health/Verdensbanken 1996.

Det er vanlig å gruppere en del av disse dødsårsakene under overskriftene «infeksjonssykdommer», «kroniske ikke-smittsomme sykdommer», i Norge ofte kalt «livsstilssykdommer» og «skader/ulykker». Tabellen viser at «livsstilssykdommene» øker på, mens infeksjonssykdommene går tilbake, med unntak for HIV/AIDS. I praktisk folkehelsearbeid er det rimelig å behandle grupper av sykdom/problemer ut fra felles forebyggingstiltak. Som eksempler kan nevnes

- hjerteinfarkt, kronisk obstruktiv lungesykdom og osteoporose med røyking som en felles årsaksfaktor
- hjerteinfarkt og visse krefttyper, hvor rikelig med frukt og grønnsaker i kosten virker forebyggende
- og hjerteinfarkt, type-2 diabetes og belastningslidelser, hvor mosjon er viktig både i forebygging og for dem som allerede er rammet.

Globaliseringen av verdensøkonomien og arbeidsmarkedet trekker i retning av stadig flere land får den vestlige verdens sykdommer, mens infeksjonssykdommene blir spredt over større områder enn før. Globaliseringen virker også til å gi økende sosiale forskjeller. I vårt land gir det seg uttrykk i at næringslivsledere og eksperter

verdsettes stadig høyere p.g.a. lønnsnivået utenfor Norge, mens konkurranseevnen for norske varer er argument for å holde lønn og trygd nede for dem som har minst fra før. De som arbeider i «den rike verden» uten å ha oppholdstillatelse, vil være særlig utsatt for underbetaling og dårlige levekår. En utvikling mot større forskjeller i levekår kan ventes å gjenspeile seg i større helsemessige ulikheter.

7.2.2 «Livsstilssykdommene» - er de vår egen skyld?

De tallmessig viktigste blant de såkalte livsstilssykdommene er hjerteinfarkt og hjerneslag. Et kosthold rikt på mettet fett, røyking, mangel på mosjon og overvekt er viktigste risikofaktorer. Også kronisk obstruktiv lungesykdom, lungekreft og visse andre kreftformer, beinskjørhet og sukkersyke er vanlige sykdommer som i større eller mindre grad skyldes en eller flere av disse elementene i levesettet vårt. Denne gruppen av sykdommer har med industrialisering og urbanisering å gjøre. Med unntak for beinskjørhet har det i mange år vært slik at de befolkningsgruppene som står lavest mht utdanning og inntekt er mest utsatt.

Det er viktig å være klar over at arvelig disposisjon, og dessuten faktorer vi ikke kjenner godt nok i dag, har betydning for at noen blir syke mens andre ikke blir syke, selv om vanene er temmelig like. Dette at sårbarheten er svært forskjellig, enten man lever på den «sunne» eller på den «usunne» siden av gjennomsnittet, gjør det helt feilaktig å klandre den enkelte som rammes av sykdom for å ha skylden for sykdommen. Når det gjelder kost, ligger vi som befolkning fremdeles jevnt over for høyt i bruken av mettet fett og for lavt i bruken av frukt og grønnsaker. En som får hjerteinfarkt kan ha spist sunnere enn de fleste av oss, og vi skal være klar over at både arv og i dag ukjente forhold spiller inn. Sett på bakgrunn av dette, velger utvalget å sette begrepet livsstilsykdommer i anførselstegn.

Likevel er det meningsfylt å bruke et begrep som framhever betydningen av levevaner, når det er vår samlede, kollektive helse som står i fokus. På befolkningsnivå er det nemlig helt klare sammenhenger mellom visse levevaner og visse vanlige og svært alvorlige sykdommer. Sterkt forenklet kan man si at gjennomsnittsnivået for totalkolesterol i blodet, blodtrykksnivået og andelen dagligrøykere bestemmer nivået for hjerteinfarkt i befolkningen, at blodtrykksnivået bestemmer nivået for hjerneslag, at røykevanene bestemmer nivået for lungekreft, og at vektnivået bestemmer utviklingen for diabetes type-2.

7.2.3 «Samhandlingssykdommer»

Med «samhandlingssykdommer» mener vi hele feltet av sykdom og problemer som helt eller delvis har med samfunnets organisering, sosiale hierarkier og kommunikasjonen mellom mennesker å gjøre. Ut fra det vi vet og mener i dag, gjelder dette for en stor del av de såkalt lettere mentale helseplagene, atferds- og rusavhengighetsproblemene og belastningslidelsene mange sliter med. Det reiser seg imidlertid straks problemer ved bruk av et slikt begrep, ettersom en rekke sykdommer vi grupperer som mentale lidelser eller skjelett-muskel-lidelser har ukjente eller svært ufullstendig kjente årsaksforhold, eller de skyldes arvelig disposisjon eller andre forhold som har lite med samhandling å gjøre. Til tross for dette velger utvalget å bruke dette begrepet.

Som vist i tabell 7.1. finner vi et mentalt helseproblem - nemlig depresjon - høyt på listen over helsetrusler på verdensbasis. Utvalget mener det er grunn til å se videre enn til bare denne diagnosen i Norge. I et folkehelseperspektiv er det kanskje et poeng å se samlet ikke bare på denne og de andre velkjente diagnosegruppene innen mentale lidelser, men på alle de helseproblemer som svekker livskvalitet og

funksjonsevne, og hvor både forebyggingen og rehabiliteringen er knyttet til kommunikasjon og samhandling med andre mennesker. De såkalte belastningslidelsene, voldsskader og selvmord kan passe inn i en slik kategori. Trafikkulykker og andre ulykker er det neppe rimelig å trekke inn. Vi viser for øvrig til *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8, hvor ulykker er omtalt i forbindelse med miljørelaterte helseproblemer.

Folkehelserapporten 1996 og helseminister Gudmund Hernes' folkehelsepolitiske redegjørelse i Stortinget 30. april 1996 beskriver de vanligste helseproblemene i Norge slik de framstår i ulike datakilder. Muskel-/skjelettsykdom og mentale helseproblemer ruver lite i statistikk for dødelighet og sykehusinnleggelser, men er de største diagnosegruppene brukt ved sykefravær og nye uførepensjoner. Felles for disse to gruppene av diagnoser er at de rommer et spekter av tilstander fra velkjente sykdommer med klare og typiske symptomer og objektive funn til tilstander hvor det er vanskelig å trekke skille mellom sykdom og normal reaksjon på livssituasjonen og videre til tilstander man i dag har vanskelig for å klassifisere og forklare.

Den siste levekårsundersøkelsen i Norge fra 1995 (NOS Levekårsundersøkelsen 1995) fant at symptomer på nervøse lidelser var mer vanlige i sårbare grupper enn i befolkningen som helhet. Både personer med nedsatt bevegelsesevne, sosialhjelpsmottakere og arbeidsuføre var mer utsatt for slike plager enn andre befolkningsgrupper. Det oppgis for øvrig fra Helseundersøkelsen 1995 at det generelt har vært en økning i de fleste sykdomsgrupper i perioden 1985 til 1995, og at økningen har vært mest uttalt for sykdommer i åndedretts- og muskel-/skjelettsystemet. I alt 19 prosent rapporterte at sykdom, skade eller funksjonshemming medførte smerter, angst, søvnproblemer, tretthet eller begrensninger i utfoldelse av et normalt liv. Om lag 1 av 10 barn, 1 av 5 voksne og anslagsvis 1 av 3 eldre med sykdom, skade eller funksjonshemming opplevet at denne virket inn på deres evne til å mestre hverdagen (Ramm J, Samfunnsspeilet 2/97).

7.2.4 Miljørelaterte sykdommer - frykt eller realitet?

Mens det ikke er tvil om de svære helsemessige konsekvensene av atomvåpen og katastrofer med spredning av radioaktivt materiale, er det vanskelig å fastslå de helsemessige konsekvensene av de miljøgiftene vi daglig er omgitt av. Til dels er det snakk om helsemessige konsekvenser av f.eks. klimagasser og skade på ozonlaget, noe som vil viser seg full ut først etter mange år og kan bli enorme fordi miljøsituasjonen ikke lar seg reversere. Til dels er det snakk om helseskader som ikke lar seg skjelne fra plager og sykdom som er vanlige allerede i utgangspunktet.

I *"Status for forebyggende arbeid i Norge"* i kapittel 4 beskrives situasjonen - ut fra det vi i dag vet - om miljøforurensning som årsak til sykdom. Med miljørelaterte sykdommer menes her helseproblemer og sykdom som skyldes miljøforurensning (miljøgifter etc). Sosiale miljøfaktorer inngår ikke her. Et typisk trekk er at miljøforurensningen bare sjelden gir spesielle sykdommer, men at de kan øke nivået av plager av sykdom som forekommer fra før, slik som astma og andre kroniske luftveislidelser. Et helsemessig viktig miljøproblem i dag er passiv røyking. Det er også snakk om skader som skyldes naturlige miljøfaktorer slik som hudkreft pga soling, jf omtalen i *"Status for forebyggende arbeid i Norge"* i kapittel 4.

Felles for miljørelaterte helseproblemer knyttet til de miljøgiftene vi utsettes for i Norge i dag, er vansker knyttet til å bestemme hva som kan tilskrives forurensningen og hva som skyldes andre forhold. Det gir et problem i folkehelsearbeidet: Skal vi følge et «føre var»-prinsipp, med risiko for å ha «forebygget» helseproblemer som ikke ville ha blitt særlig store i noe fall? Eller skal vi vente med handling til de helsemessige konsekvensene er helt klart påvist? Det er spørsmål om hvilket tidsas-

pekt en legger til grunn når en vurderer miljøfaktorers betydning for helsen i et folkehelseperspektiv. Når det gjelder forurensning av miljøet vil en for eksempel få helt forskjellige svar mht betydning for helse avhengig av om en tar utgangspunkt i et langsiktig perspektiv der helse for de kommende generasjoner er grunnlag for analyse og vurderinger, enn om en bare ser 5-10 år fram i tiden. For eksempel vil klimaendringer neppe være en viktig problemstilling på kort sikt, mens de langsiktige effektene som flytting av grensen for utbredelse av malaria, et akselererende antall naturkatastrofer etc. vil være et skremmende fremtidsbilde. Dette vil være avgjørende for hvordan en tar innover seg et prinsipp som «føre- var».

7.2.5 Infeksjonssykdommene. Hvor aktuelle er de i dag?

Smittsomme sykdommer er i 1990-årene fremdeles ledende årsak til for tidlig død på verdensbasis. Som følge av internasjonaliseringen er vi i Norge mer utsatt for smittsomme sykdommer enn før. Det er videre langt større usikkerhet når det gjelder de smittsomme sykdommenes utbredelse i Norge i fremtiden enn det er for «livsstilssykdommene». Med økt reisevirksomhet følger eksposisjon for tarmbakterier, malaria og andre mikroorganismer som er vanlige andre steder i verden. Med utstrakt bruk av legemidler følger utvikling av mikrober som har motstandskraft overfor de vanlig brukte antibiotika og kjemoterapeutika. Og fremdeles står vi i hovedsak uten effektive midler mot alvorlige virussykdommer.

Økning av fattigdomsproblemer hos svake grupper i storbyene i Europa bringer oss tilbake til situasjonen da man helt åpenbart ikke kunne overlate det forebyggende arbeidet til enkeltindividene. Stikkord er hjemløse, rusmiddelmisbrukere, mentalt syke med liten evne til egenomsorg og utlendinger uten lovlig opphold. I flere land har det skjedd en økning av tuberkulose i slike grupper. En ny situasjon i vår tid er at Hiv-smitte gir sterkt fremadskridende lungetuberkulose hos dem som er smittet med tuberkelbasiller.

Epidemier forårsaket f.eks. av tarmbakterier kan være en primær årsak til en krise, men vil nesten alltid oppstå sekundært eller tertiært som en følge av andre større katastrofer pga. sammenbrudd i infrastruktur, vannforsyning, næringsmiddelforsyning og hygiene.

HIV/AIDS-epidemien i seg selv er en trussel i alle lag av befolkningen.

Nedenfor følger noen viktige forhold som ligger bak den store utbredelsen av smittsomme sykdommer internasjonalt:

- økende fattigdom - også i storbyer i den vestlige verden
- befolkningsvekst i fattige områder
- urbanisering
- flytting og reisevirksomhet over store avstander
- økende internasjonal handel med frihandel og økende transport av varer
- nedbygging av grensekontroll
- utbredt prostitusjon og stort (økende?) internasjonalt marked for slike tjenester
- klimaendringer
- økende problemer med mikrober som motstår de vanlige brukte medikamentene

Smittevernberedskapen i Norge er langt fra optimal. Flere kommuner får ikke tilsatt kommuneleger og utdannede helsesøstre. Andre steder er det liten stabilitet og ofte er ikke kompetansen hos de som skal fylle stillingene så god som man kunne ønske. Det er mange steder et sprik mellom kommunenes ansvar og oppgaver i smittevernarbeidet og de ressurser dette arbeidet tildeles.

7.3 LIVSKVALITET OG LIVSINNHOLD, TRYGGHET OG MESTRING

7.3.1 Livskvalitet og mestringsevne: like viktig for folkehelsen som sykdom og død?

Vi har i dag gode data som beskriver dødelighet, vi har data fra helseundersøkelser om hvordan folk opplever helsen sin totalt sett, og det finnes nasjonale data om risikofaktorer for sykdom. Vi har Kreftregisteret og andre landsomfattende eller regionale sykdoms- og skaderegistre, og fagmiljøene ønsker bedre nasjonal registrering av sykelighet.

Utvalget vil, i tillegg til disse tradisjonelle settene av helseindikatorer, rette oppmerksomheten mot en viktig dimensjon av helse som har ligget i utkanten av helsevesenets, forvaltningens og forskningsmiljøenes fokus. Det gjelder livskvalitet og evne til mestring og utfoldelse. Andre stikkord for livskvalitet er det å ha mål, mening, utfordringer og innhold i tilværelsen.

Det ligger også mye livskvalitet i det å kunne få aksept for egen kultur og sine egne verdier og mål, framfor å godta en lav verdsetting av det man står for fra andre. Trygghet, utfoldelse, mestring av utfordringer og opplevelsen av seg selv som kompetent og i stand til å delta og ha innflytelse i samfunnet er andre stikkord. I andre land har begrepet «empowerment» vært brukt om helsefremmende arbeid med sikte på å styrke den komponenten av helse som har å gjøre med deltakelse, mestring, selvhevdelse og aksept for kultur og verdier. En enkel oversettelse er at det enkelte mennesket eller gruppen settes i stand til å finne sine egne problemer og sine egne løsninger. Utgangspunktet er at det er folks ressurser som må bringes i fokus - ikke først deres problemer. Her vises det til *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8 om empowerment.

Når det gjelder livskvalitet i den forstand vi her har beskrevet, er det ingen sterke tradisjoner for definisjon eller for måling ved hjelp av et spørreskjema. De spørreskjemaene som omfatter livskvalitet, har dreiet seg om helserelatert livskvalitet, i hovedsak velvære og funksjonsevne, som konsekvenser av sykdom og plager (Medical Outcome Survey Short Form 36 (MOS SF-36) og det enklere instrumentet EuroQol som har fem spørsmål). Denne typen måleinstrumenter blir tatt inn i SSBs kommende undersøkelser av levekår og helse.

Alt nå vet vi fra, bl.a. Helseundersøkelsen 1995, at mange opplever sin helse som god til tross for sykdom og funksjonshemming. I artikkelen «God helse, flere sykdommer» (Ramm, Jorun, Samfunnsspeilet 2/97) går det fram at fire av fem deltagere vurderte egen helse som meget god eller god selv om nesten 60 prosent hadde en eller flere sykdommer. Bare 6 prosent mente at helsen var dårlig. Blant funksjonshemmede finner vi samme mønster. Også mange funksjonshemmede vurderer helsen totalt sett som god, i følge SSBs helseundersøkelse 1985.

7.3.2 Ressurser: velferdstradisjon og frivillighet, kunnskap og erfaring

Folkehelsearbeidet må være rettet mot vår tids problemer. Veldig grovt kan man si at disse i hovedsak har å gjøre med levevaner når det gjelder de kroppslige sykdommene og med mellommenneskelige forhold og organiseringen av samfunnet når det gjelder livskvalitet, livsinnhold og evne til mestring av et vanlig livs påkjenninger. Folkehelsearbeidet må videre være slik innrettet at de gruppene i samfunnet som er mest utsatt for dårlig helse, er de som drar mest nytte av tiltakene. I vår del av verden er dette i hovedsak de gruppene som har minst makt og innflytelse, lavest utdanning, minst penger og lavest sosial status. Dette mønsteret for sosiale forskjeller gjelder spesielt for sykdommene vi vet mye om årsakene til. Vi viser her til underkapittel 7.6 om ulikheter i helse og levekår.

På denne bakgrunn mener utvalget at den velferdstradisjonen vi har i det norske samfunnet, er den største folkehelseressursen vi har. Et godt fungerende trygdesystem og sosiale sikkerhetsnett på kommunenivået er basale helsegoder. Det er svært viktig at minstepensjonen i folketrygden ikke blir stadig lavere, sammenliknet med lønnsinntekter, og at ikke grupper faller utenom ytelseskriteriene og henvises til privat forsørgelse. På samme måte er det viktig at alle har tilgang til utdanning, kulturopplevelser, natur og mosjonsanlegg, bibliotek, kommunikasjonsmidler, legehjelp og sykehustjenester.

Den neste store ressursen er vår tradisjon for frivillig innsats for andre enn seg selv, noe som ofte, men ikke alltid er knyttet til organisasjonsarbeid. Utallige timers, dagers og ukers innsats som legges ned innen idrettslagene, turistforeninger, musikkorps, speideren, husmorlag, velforeninger, de store frivillige organisasjonene som Røde Kors og Nasjonalforeningen for folkehelsen, pasientforeningene og andre slike organisasjoner.

En lang rekke oppgaver, nettopp innen feltet livskvalitet, livsinnhold og mestring, faller ikke inn under de oppgavene det offentlige er egnet til å ta seg av, men ligger midt i sentrum for organisasjonenes virkefelt. Stort sett er organisasjonene etablert for nettopp å fremme en «god sak» som blir et mål å jobbe mot og en stor del av livsinnholdet for dem som er med.

Det at den norske økonomien er god, og at vi har lett tilgjengelig kunnskap og motiverte fagfolk med erfaring innen sykdomsforebygging, er andre svært viktige ressurser for et godt folkehelsearbeid.

7.4 FRA KLARE OPPGAVER TIL VANSKELIGE VALG

7.4.1 Arvelig sykdom, arbeidsuførhet, aldring og død. Hva skal vi forebygge?

Helsemessige effekter av oppsøkende genetisk diagnostikk

Genteknologien har gitt oss nye muligheter, men konfronterer oss også med etiske spørsmål. I forhold til sikker diagnostisering av arvelige sykdommer, er gentesting av barn etter fødselen et nyttig hjelpemiddel.

Vanskeligere er det dersom det påvises en sykdom som det ikke finnes god behandling for. Særlig er den informasjonen vi får gjennom prenatal diagnostikk ved bruk av ultralyd og fostervannsprøver etisk problematisk, fordi fosteret bare sjelden kan behandles og foreldre stilles overfor et valg om abort.

Videre er det ikke uproblematisk dersom det påvises at en person er bærer av et gen som kan gi sykdom senere i livet. Utfordringen i forhold til genteknologien er hvordan vi som samfunn og enkeltpersoner skal beholde kontrollen, slik at vi utnytter de positive mulighetene samtidig som vi unngår de uønskede negative effektene.

I mai 1998 (26.05.98) fattet Stortinget følgende vedtak:

«Stortinget ber Regjeringen snarest fremme forslag til endring i lov om medisinsk bruk av bioteknologi slik at det blir adgang for leger til på visse vilkår å drive oppsøkende genetisk virksomhet.»

Forslag fra Regjeringen åpner for at legen uten pasientens samtykke skal kunne oppsøke pasientens slektninger. Dette førte til en bred debatt. Flere etterlyste dokumentasjon av positive helsemessig eller behandlingsmessig konsekvenser av oppsøkende genetisk virksomhet, noe som til nå ikke blitt lagt fram. Det kom dessuten fram at i verden for øvrig er oppsøkende genetisk virksomhet på et forskningsmessig utprøvingsstadium. Dette vil for lang tid framover være tilfelle også i Norge. Mange har derfor understreket viktigheten av at det fra samfunnets side må settes

etiske krav til denne virksomheten på linje med annen medisinsk forskning i relasjon til mennesker.

Det reiser seg mange spørsmål, både for den enkelte og samfunnet. Når gentester kan påvise anlegg for arvelige sykdommer det ikke finnes behandling for; når det gjennom fosterdiagnostikk påviser genetiske feil; når folk som er friske får beskjed om at de er disponert for en alvorlig sykdom; hvilke valg gjør vi som samfunn og som enkeltpersoner? Hvordan møter samfunnet og enkeltmennesket tilbudet om gentester fra private institusjoner? Hvis slektninger informeres på initiativ fra lege eller andre representanter for samfunnet, får vi en situasjon som kan minne om kontroll og press fra samfunnets side? Kan det bli slik at et barn med arvelig sykdom eller funksjonshemming blir «foreldrenes skyld», fordi de ikke benyttet tilbudet om prenatal diagnose og abort?

Hvordan påvirker de stadig økende mulighetene for å få kunnskap om sykdomsdisposisjoner den opplevelsen vi har av egen helse? Er det sikkert at stadig mer slik informasjon vil gi oss bedre helse og livskvalitet? American Society of Human Genetics er blant dem som advarer mot å bruke genetisk testing i klinisk sammenheng før man har dokumentasjon av de medisinske og psykososiale virkningene av slik virksomhet.

Ett av motivene for å endre den norske loven var beskrivelsen av at pasienter som fikk påvist arvelig sykdom, ikke informerte familie og slekt. Imidlertid viser Bioteknologinemnden i sin uttalelse til at fagmiljøene synes å være enige i at det ikke foreligger behov for lovendring med ut fra denne begrunnelsen. Også fra pasientorganisasjonenes side ble det understreket at pasienter generelt informerer sine slektninger om arvelige betingede sykdommer. De understreket dessuten at funksjonshemmedes organisasjoner gjennom sin skriftlige informasjon og sine kurstilbud spiller en vesentlig rolle i dette arbeidet, og at denne virksomheten drives i samarbeid med medisinske sakkyndige og organisasjonenes medisinske fagråd.

To forhold ble spesielt fokusert fra funksjonshemmedes organisasjoners side i høringsrunden. I Regjeringens forslag ble det sagt at «...det må være særlig viktig å hindre videreføring av sykdomsfremkallende gener i kommende generasjoner». Organisasjonene reagerte på målsettingen og mente dette kravet kunne speile en mangel på aksept for mennesker som lever med arvelige kroniske sykdommer og funksjonshemninger, og at det ga assosiasjoner til mellomkrigstidens frykt for degenerering av befolkningen.

Videre drøftet Regjeringen mulighetene for masseundersøkelser for å diagnostisere både de som har og som er bærere av anlegg for sykdommen cystisk fibrose (CF). «På grunn av denne mangelen (for dårlige gentester), vil det foreløpig ikke være medisinsk begrunnet å gjennomføre verken masseundersøkelser av nyfødte, bærerdiagnostikk eller systematisk eller systematisk fosterdiagnostikk»

(Kilde: SHD «Om adgangen til å drive oppsøkende genetisk virksomhet», høringsnotat). Det var særlig «systematisk fosterdiagnostikk» som provoserte organisasjonene og de viste til at masseundersøkelser i Norge bare kan finne sted dersom det har klare behandlingsmessige konsekvenser for den enkelte. Funksjonshemmedes organisasjoner understreket også at det behandlingstilbudet som kan gis etter gjennomført «systematisk fosterdiagnostikk», er et tilbud om abort og at det må være samfunnets etiske normer og holdninger som legger føringer. Det må ikke bli slik at teknologien (gentestenes treffsikkerhet) alene styrer hva som er etisk akseptabelt.

I forhold til oppsøkende genetisk virksomhet er det vesentlig å vektlegge de samfunnsmessige konsekvensene og konsekvensene for det enkelte menneske. Dette er en virksomhet som reiser spørsmål knyttet til:

(1) forholdet mellom behandlende lege og pasient (taushetsplikten),

(2) behovet for faglig sikkerhet (mangelen på sikre gentester),

(3) bruk av ressurser i det forebyggende helsearbeidet (prioritering av gentest-virksomhet),

(4) faren for misbruk av den genetiske kunnskapen på ulike samfunnssektorer (forsikringsbransjen, arbeidslivet),

(5) forskningsetiske konsekvenser, samt

(6) kommersielle interesser i å utvikle gentester og tilby gentester gjennom oppsøkende virksomhet.

Utvalget mener det er andre tiltak og innsatser som vil ha langt større helsemessig effekt enn det å tillate oppsøkende genetisk virksomhet. For eksempel vil det å øke befolkningenes generelle kunnskap om sammenhengene mellom arv og sykdom, livsstil og dårlige mat- og drikkevaner, behovet for aktivitet og mosjon, fysisk tilrettelegging av samfunnet har betydelig større forebyggende effekt.

Hva er arbeidets betydning for helsen?

Uten tvil er mange tjent med dagens forebygging og rehabilitering med sikte på ikke å falle ut av arbeidslivet. Men for to grupper mener utvalget at situasjonen ikke er god nok.

Den ene er unge kronisk syke eller funksjonshemmede som ønsker seg inn i arbeidslivet, men møter krav om full funksjonsdyktighet. Her mener utvalget at det må utvikles en mer aktiv linje enn dagens.

Den andre gruppen består av dem som av sammensatte og ikke helt klart medisinske grunner etterhvert føler jobben som en for stor byrde. Når en tredjedel av nye uføretrygdede har muskel-/skjelettplager som diagnose, og de lærde samtidig strides om hva dette egentlig dreier seg om, er det naturlig å spørre om vi har et misforhold mellom arbeidslivets krav og muligheter på den ene side, og forutsetninger hos dem dette gjelder på den annen. Spørsmålet er om det burde være en mer kurant sak enn det er i dag å bli pensjonist tidlig. Ordningen med avtalefestet pensjon har vist at mange med glede benytter muligheten til å trekke seg tilbake ved 62 års alder. I vår nord-europeiske kultur er vi vant til å knytte mye av selvfølelsen vår til yrkeslivet og til å mene at lønnet arbeid er den beste og mest verdige formen for eksistens. Står disse tradisjonene for sterkt? Er det andre måter å være nyttig på, enn å være i jobb?

Hvor store ressurser bør brukes til medikamentelle forebyggingsstrategier?

Et normalt liv vil alltid være forbundet med visse ubehag knyttet til livsfaser, og da særlig til de leveårene som innebærer redusert funksjonsevne, mindre beskyttelse mot sykdom og til slutt død. Slikt ubehag gir et behov - eller kanskje man bør si at det skaper et marked - for forebyggende helsearbeid med sikte på å utsette alderdommens sykdommer, aldring og død.

I dag er det bred enighet om at forebygging av alvorlig sykdom og død skal tilbys og fortsettes uavhengig av alder så lenge personen selv ønsker det, og så lenge liv og livskvalitet ikke er truet på kort sikt av sykdom som ikke kan holdes i tømme. Det offentlige betaler det aller meste av regningen, som i stor grad gjelder medisiner på blå resept og legekonsultasjoner. Det dreier seg om enorme beløp. Og her er det ikke snakk om å måtte holde utgiftene innen et stramt budsjett, slik tilfelle er for ikke-medikamentelt folkehelsearbeid. Det finnes i dag forebyggende medikamentelle regimer mot en rekke vanlig forekommende helseproblemer: høyt blodtrykk, høyt kolesterol, fedme, beinskjørhet og prostatalidelser. Flere av disse sykdommene har sunn kost, røykfrihet og mosjon som viktige elementer i forebyggingen. Men her gjøres det i sammenligning lite for offentlige midler.

Dette reiser flere spørsmål som gjelder bruken av offentlige midler:

– Er det ønskelig å kanalisere milliardbeløp til forebygging i aldersgruppene 70 år og eldre?

- Satser det offentlige altfor lite på forebyggende tiltak som har med levevaner å gjøre?
- Er det et ønske hos folk flest om å dempe skadene av røyking, fet kost og stillesitting med medikamenter, heller enn å forandre på vanene?
- Fungerer medikamentell forebygging i praksis som et alternativ til endring av vaner, eller som en pådriver?
- Hvilke kategorier medisinbrukere, og hvor stor andel av utgiftene, skal det offentlige ta ansvar for?

På dette området vil ofte både næringsinteresser, pasientorganisasjoner og profesjonsinteresser trekke i retning av medikamentelle løsninger. Utvalget regner med at en vil få en debatt om denne ressursbruken bl.a. i oppfølgingen av NOU 1997: 7 Piller, prioritering og politikk.

7.4.2 Framtidig helse - veiet mot andre verdier

Felles for de fleste av vår tids folkehelseproblemerer at de for en stor del er knyttet til forhold de fleste i befolkningen ser som verdier, og til dels ser som større verdier enn framtidig helse. Bruk av nytelsesmidler og stimulantia, kost som smaker godt, men inneholder mye fett og lite fiber og vitaminer og et inntak av mat og drikke som er større enn energiforbruket tilsier, er langt på vei integrert som goder i vår kultur. Vi kjører bil for å komme fort fram, selv om luften forurenses og vi blir slappe og fete. Mange av oss tar risiko m.h.t. skader - vi dropper sykkelhjelm på grunn av frisyren og vi kutter svinger på sykkel for å spare tid. Alpinsporten er et eksempel på at dagens idrettsutøvere med viten og vilje utsetter seg for en ikke helt liten ulykkesrisiko.

Noen vil også trekke inn verdien av det brede spekter, både når det gjelder daglige levevaner og forholdet til det å ta risiko. De færreste ønsker at vi alle skal ha en kroppsmasse på 22 kg/m2, selv om studier tyder på at dette er optimalt. Slett ikke alle er enige om at en storrøyker som ikke ønsker å slutte har et problem.

Spesielle interessekonflikter er knyttet til framveksten av «samhandlingssykdommer»: Det ene familiemedlemmets beste, er ikke alltid det andre medlemmets beste. Jobb-krav og karrierehensyn er slett ikke alltid familievennlige. Sosiale nettverk som er små og tette, f.eks. de stabile, forpliktende familie- og naboforhold med mye kontakt og stor forutsigbarhet, kan være et helsegode for barn og barnefamilier, for eldre og ved sykdom, men kan bli altfor forpliktende og begrensende for yngre voksne som vil opp og fram i samfunnet.

7.4.3 Hvor solidariske er vi?

Et av de klassiske problemene i folkehelsearbeidet er at vi ikke vet på forhånd hvem som vil rammes av sykdom og problemer, selv om vi vet at en viss prosent vil komme dårlig ut. Selv om vi vet at folkehelsen vil profittere på forhold som røykfrihet, sunn kost, regelmessig mosjon og lavt alkoholforbruk, kan vi ikke love gevinst til hver enkelt i form av at den enkelte unngår alvorlig sykdom. Stiger det samlede alkoholforbruket får vi økning i forhold som trafikkulykker, vold i hjemmene, alkoholforgiftninger, skrumplever og leverkreft. Men endrer vi vaner av hensyn til kollektiv helse? Er «vi som ikke har alkoholproblemer» villige til å tåle restriksjoner på grunn av den felles helsen i samfunnet, fordi noen andre kan få problemer? Er det en økende tendens til å ville beholde det vi selv opplever som goder uansett konsekvensene for andre, og la de «svakes» problemer være deres egen sak?

De samme spørsmålene stilles i diskusjonen om fordeling av levekår i samfunnet. Professor Per Fugelli har vært opptatt av utviklingen i de vestlige land i 1980 og 90-årene som sies å ha brakt den sosiale likestillingen i revers: «En frisk vellykket majoritet beriker seg grådigere og grådigere på bekostning av kronisk syke, uføre, arbeidsløse og fattige» (Per Fugelli. Velferdsstaten - en sosialmedisinsk disseksjon. Foredrag ved Nordiska Hälso och Sjukvårdskonferencen, Wasa 1996.) Videre beskriver Fugelli et scenarie hvor helse- og sosialtjenesten i framtiden kommer til å arbeide med den voksne underklassens mangelsykdommer: Pengemangel, arbeidsmangel, respektmangel, psykisk og sosial utviklingshemming som følge av ghetto-dannelser, og med vold, rus og kriminalitet og opptøyer som følge av sosial desperasjon. Fugelli beskriver også den tilfredse majoritetens overflodssykdommer: Jeg-sykdommer, konkurranse og prestasjonssykdommer, perfeksjonisme og forventningssykdommer og sosiale samvittighets- og fryktsykdommer.

Dagens resultatkrav i skole og arbeidslivet kan også nevnes som noe de fleste ønsker å opprettholde, selv om vi vet at dette presser mange inn i en taperrolle. Flere føler at arbeidet blir styrt av tidsfrister, fastlagte rutiner og krav, og undersøkelser har vist at mange føler ubehag på arbeidsplassen og gruer seg for å gå på jobb.

Et neste spørsmål er om vi er villige til solidaritet med kommende generasjoner for å bevare det ytre miljøet for framtiden. Mindre bruk av privatbil og lavere tempo i utnyttingen av olje og gass er kanskje de viktigste stikkordene her.

7.4.4 Når vet vi nok til å handle?

Forebyggingsarbeidet i Norge skjer på flere nivåer, i mange samfunnssektorer og på initiativ fra en rekke hold: enkeltpersoner, frivilligheten, profesjoner, folkevalgte på alle nivå, fagfolk og aktører som ser et marked for sine produkter.

Det er opplagt en utfordring at det tas stilling til kunnskapsgrunnlaget før befolkningen utsettes for tiltak som sikter mot å fremme helsen: Hvor gode holdepunkter er det egentlig for at kvinner som gjennomgår regelmessig mammografiundersøkelser som gruppe har gevinst i form av lavere dødelighet av brystkreft? Har deltakerne virkelig nytte av å gå i røykesluttgrupper, eller av nikotinplaster i røykeavvending? Vet vi hva vi oppnår med å spørre om depresjon i befolkningsundersøkelser, for så å tilby oppfølgende undersøkelse og behandling? Er det grunnlag for å hevde at helsen og funksjonsnivået blir bedre når de som står utenfor arbeidsmarkedet kommer i jobb?

I dag forlanger man å se resultater i form av mindre sykdom, lavere dødelighet, og i mange tilfelle også god eller bedret livskvalitet før man anser kunnskap om effekt for å foreligge. Det er ikke tilstrekkelig å vise til at laboratorieprøver blir bedre. Denne måten å tenke på i sykdomsforebyggende arbeid ligger nær opp til tankegangen innen behandling av syke: skaffe rede på hvilket behandlingsregime som dokumentert er det beste, for så å sette det i verk. Men hva gjør vi, hvis det er snakk om et tiltak svært mange vil ha, og som fremstår som et opplagt gode selv om det ikke er «forsket på»?

Det er utviklet et godt fungerende system som består i systematisk å analysere all eksisterende forskning som belyser spørsmål av den typen som er nevnt ovenfor. Analysene kommer ut med svar som er det beste den samlede forskningen kan gi på det aktuelle tidspunktet. Det er ingen tvil om at en slik tilnærming må benyttes før systematiske, personrettede tiltak blir satt i gang. Er kunnskapsgrunnlaget ikke godt nok, samtidig som helseproblemet er stort og man tror at tiltaket hjelper, bør man starte forskningsprosjekter for å skaffe det ønskede kunnskapsgrunnlaget.

Innen den mer teknisk pregede forebyggingen av bestemte sykdommer er det slett ikke klart at tiltaket er et gode hvis helseeffekten ikke er som forventet. Tvert

i mot kan det tenkes at et medikament som sikter mot forebygging av en sykdom, både har skuffende effekt overfor denne og uheldige bivirkninger som gjør skaden større enn nytten. Her er det all grunn til å ta hensyn til dokumentasjon av effekt og ikke til den sympatien man måtte ha med tanken om forebygging. Det vises her til kapitlene 8 og 10.

Miljøproblematikken illustrerer hvor vanskelig det er å fremskaffe et omforenet kunnskapsgrunnlag som kan gi noenlunde entydige faglige anbefalinger for handling. Det faglige grunnlaget vil nesten alltid være ufullstendig og usikkert, noe som etterlater et betydelig rom for skjønn. Kravet om faglighet i naturvitenskapelig forstand vil ofte være umulig å oppfylle. Det er fortidens risikofaktorer vi vet «nok» om, mens dagens miljøfarer som påvirker folks fremtidshelse kan vi ikke ha sikker kunnskap om.

Det er en utfordring i folkehelsearbeidet å gå inn i denne problematikken: Hvordan kan en gi kraft til et vitalt folkehelsearbeid som er forut for sin tid og våger den usikkerhet og kontrovers som følger av føre-var-prinsippet? En avklaring om kravet til kunnskapsgrunnlag her vil være avgjørende for alliansen mellom helse- og miljømyndighetene. I denne sammenheng vises til det arbeidet som er i gang med å utarbeide nasjonal handlingsplan for miljø og helse.

Våre forskningstradisjoner er videre tilpasset problemstillinger hvor alle faktorer er standardiserte og rimelig enkle å måle. Det å tilføre et medikament for senere å sjekke død, sykdomstilfeller og innleggelse hos dem som fikk medisinen i forhold til dem som ikke fikk, er nærmest den ideelle forskningssituasjonen. Pillen er veldefinert mht hva som blir tilført og i hvilken mengde. Ikke-medikamentelle strategier kommer atskillig vanskeligere ut, og vanskeligere dess mindre standardisert intervensjonen er. Selv i de tilfeller hvor man tester effekt av veiledning om røykeslutt, vil man alltid kunne tvile på om resultatet er gyldig også hvis en annen type (fag)person er veileder. I forskning som sikter mot å fremme trygghet, mestring, selvbevissthet og selvhjelpsevne vil forskningsproblemer som har med måling og standardisering å gjøre komme enda sterkere inn.

Mye tyder på at vi trenger en annen type forskning, når det gjelder tiltak på disse områdene, enn den som er vanlig i dag på feltet «evidence-based medicine». Det viktigste er kanskje å finne ut om målgruppen virkelig ønsker det tiltaket det er tale om, og det blir spørsmål om brukerstyring og brukermedvirkning i utformingen. Når tiltaket er etablert, trengs evaluering som viser om opplegget svarte til forventningene. Trygghetsplasser for eldre i sykehjem kan være et eksempel. Er det virkelig dette de eldre ønsker? Fikk de eldre være med i utformingen? Ble det som de ønsket? Hvilke eldre benytter trygghetsplassene? Hvem benytter dem ikke, og hvorfor? Poenget er at målet i dette tilfelle er trygghet og livskvalitet, og ikke nødvendigvis mindre sykdom og et lengre liv. Mange aktuelle tiltak i helsefremmende arbeid har karakter av velferdsgoder og trenger ikke nødvendigvis bli begrunnet med dokumentert helseeffekt.

Felles for sykdomsbehandling og forebyggende folkehelsearbeid er at verdivalg kommer inn. Pasienten kan velge å skaffe seg en behandling selv om den ikke er godt nok dokumentert. Folkevalgte kan velge å støtte tiltak de har sans for, selv om forskningsgrunnlaget om helseeffekt er tynt.

Nedenfor er listet opp noen områder hvor tiltak har vært satt i gang de senere år, og hvor verdivalg og velferdshensyn kan komme inn som begrunnelse:

* arbeidsledighet,
* ulykker og skader i arbeidslivet, hjem og fritid
* miljø- og luftforurensning,
* trafikkulykker,
* kriminalitet og vold,

* diskriminering av ulike grupper,
* mobbing,
* seksuelle overgrep,
* bruk av rusmidler,
* uønskede svangerskap og abort,
* belastningslidelser,
* psykososiale problemer.

Eksempler på områder for sykdomsforebygging, hvor man bør legge stor vekt på dokumentasjon av helseeffekt:

* medikamenter for forebygging av alle sykdommer hvor dette er aktuelt,
* vaksiner og vaksinasjonsprogrammer
* screeningprogrammer for tidlig diagnose og oppfølgende behandling av alvorlig sykdom

Listen dekker ikke alle typer problemer og helseproblemer, og det vises til *"Status for forebyggende arbeid i Norge"* i kapittel 4 hvor status for den helserelaterte forebyggingsinnsatsen er nærmere omtalt.

For praktiske formål kan det også tenkes vi bør gruppere helseproblemer ut fra om vi vet om årsaker og forebygging. Vi foreslår deling i tre kategorier:

1. Sykdom hvor kunnskapsgrunnlaget er godt. Eksempler er infeksjonssykdommer og de vaksinasjonsprogrammene vi har i dag og råd om å bruke mindre mettet fett i kosten.
2. Sykdom/helseproblemer hvor man ut fra erfaring og skjønn har grunn til å tro at visse tiltak har gevinst. Eksempel er å tilrettelegge for mosjon for forebygging av belastningslidelser, livsstilsbetinget sukkersyke og hjertesykdom og for å øke livskvalitet og fremme evne til mestring av ubehag og motgang. Et annet eksempel er å styrke utsatte kvinnegruppers selvfølelse med håp om å redusere lidelse og uførhet p.g.a. belastningslidelser. Et tredje er å legge til rette for god nabokontakt i lokalmiljøene med håp om bedre trivsel for barnefamilier og eldre.
3. Sykdom/problemer hvor det klart mangler viten. Eksempel er forebygging av MS, Alzheimers sykdom, hofteleddsartrose og leukemi. Her vil folkehelsearbeidet bestå i forskning for å finner årsaker til sykdommene, god medisinsk behandling, og tiltak som kan bedre livskvaliteten hos dem som er rammet og deres nærmeste.

Flere tiltak nevnt over vil være aktuelle ikke bare for å forebygge bestemte sykdommer, men også for å fremme god generell helse, trivsel og funksjonsevne og evne til å tåle påkjenninger. Det er viktig å understreke at de samme tiltakene i mange tilfelle har betydning for hele knipper av vår tids helseproblemer - ikke bare som forebygging av en enkelt sykdom.

Tiltak som sikter mot å styrke utsatte gruppers selvbilde kan bli en viktig del av grunnmuren i de kommende års folkehelsearbeid mot belastningslidelser og mentale helseproblemer. Også arbeid for å bygge opp gode nettverk bør inngå i folkehelsearbeidet.

7.5 FOLKEHELSEARBEIDET I NORGE

7.5.1 De fleste og viktigste beslutningene tas utenfor helsesektoren

Forebyggende arbeid har gjennom hele sin historie handlet om tiltak på flere nivåer og på andre sektorer enn helsetjenesten. Da diaresykdommer som smittet gjennom forurenset drikkevann var problemet, var det ingen tvil om at legen stilte diagnosen og at det viktigste tiltaket - å sørge for bakteriefritt drikkevann - lå hos teknisk sek-

tor. Parallelt søkte man å påvirke enkeltmenneskets vaner til slikt som håndvask og hygiene i matlagingen.

Bedring av generelle levekår - som økonomisk evne, ernæring, boligforhold, sanitærforhold og kulturtilbud for folk flest - har stort sett ikke vært gjennomført med henvisning til helsegevinster, men som velferdsgoder og ut fra krav om en rettferdig fordeling i et samfunn med demokratisk styreform og god økonomisk utvikling. Det har aldri vært tvil om at nettopp dette generelle grunnlaget har hatt enorm betydning for folkehelsen - målt i levealder, spedbarnsdødelighet og reduksjon av sykelighet på en rekke områder.

Problemet i dag er at de som har ansvar for tiltak innen f.eks. samferdsel, arealplanlegging og kultur ikke har tradisjon for å vurdere - og langt mindre ta ansvar for - de samlede helsemessige konsekvensene som virksomheten medfører. Dette gjelder både ved nyetableringer, større endringer under veis og avviklinger. Som eksempel kan nevnes at samferdselssektoren har tradisjon for å tenke trafikksikkerhet, men ikke for å se på gang- og sykkelveier som virkemiddel for mer mosjon. Kanskje er det heller ikke vanlig å verdsette samferdsel som skjer ved bruk av eget bevegelsesapparat i miljøperspektiv: sykling og gange er jo forurensningsfri transport, i tillegg til mosjonsfordelen.

Det at helseeffektene av tiltak utenfor helsesektoren er lite påaktet, har også konsekvenser for samarbeid. Mangler folk i andre sektorer interesse for helsemessige sider ved virksomheten sin, er de ikke gode deltakere i tverrsektorielt folkehelsesamarbeid. Mangler de som jobber i helsesektoren forståelse av de andre sektorenes tyngde og ser tiltak innen egen sektor som de eneste interessante, svekkes grunnlaget for samarbeid ytterligere.

Dette aktualiserer det vanskelige spørsmålet om hvilket nivå og hvilke profesjoner som er de rette å plassere ansvar for folkehelsearbeid hos. På kommunalt nivå er folkevalgtes og rådmannens overordnede ansvar klart, men er det helsesektoren som skal ha pådriver- og samordningsansvar? Hvis forståelsen for helseaspekter er lav i andre sektorer, kan dette virke rimelig. Men det kan også bidra til at andre sektorer fortsatt ikke ser sin betydning for folkehelsen. Dette reiser spørsmål om samfunnsmedisineren bør ha et mer presisert ansvar for feltet, eller om vedkommende skal være i konsulentposisjon som nå. Vi viser her til delkapittel om samfunnsmedisin i *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8. Den behandlende helsetjenesten har også sin plass i folkehelsearbeidet, og vi viser til eget avsnitt 7.5.6.

7.5.2 Har vi lykkes de siste årene?

Det hevdes ofte at forebyggende tiltak ikke virker. Dette standpunktet skyldes uklar tenkning og upresist språkbruk. En må nemlig tenke i to trekk.

1. Det er dokumentert at forebyggende tiltak virker, hvis de gjennomføres etter planen. I grupper som slutter å røyke, senker høyt kolesterol eller høyt blodtrykk, eller som mosjonerer, reduserer sin dødsrisiko. Den som reduserer et stort alkoholforbruk, reduserer sjansen for alkoholrelaterte skader.
2. Den store vanskeligheten er å få folk til å gjennomføre tiltakene. Gjør de det, senker de sin risiko, jf Oslo-undersøkelsen. Gjør de det ikke, eller bare i liten grad, reduseres ikke risikoen.

Problemet i sykdomsforebyggende arbeid er ikke det første trekket, men det andre. Det er spørsmål om viljen virkelig har vært tilstede, eller om forebygging er noe vi har likt å snakke om heller enn å gjennomføre. Det kan skyldes at et flertall, «den tilfredse majoritet», mener helsetilstanden egentlig er ganske god, slik at man ikke

ser noe stort poeng i å anstrenge seg for bedring. Det kan også skyldes at andre verdier enn helse har høy prioritet. Den følgende momentlisten er tankevekkende:

1. I de siste ti år er det skrevet en flom av offentlige dokumenter om hvor viktig det er å forebygge.
2. Når det kommer til stykket, dreier helsepolitikken seg likevel ikke om helse, men om sykdom, helsetjenesten, sykehus og ventelister. Det er blitt viktigere å få behandling (les: operasjon) for hjerteinfarkt enn å hindre at det kommer.
3. Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer er imidlertid gått sterkt ned i yngre aldersgrupper over de siste 25 år. Det skyldes antakelig at befolkningen spiser mindre fett enn før.
4. Sykeligheten er ikke gått ned, og presset på helsetjenesten øker. Legemiddelforbruket går opp.
5. Noen av risikofaktorene utvikler seg ikke gunstig. Legemsvekten går opp, fysisk inaktivitet øker - også hos unge, røyking holder seg hos dagligrøykere og øker antakelig hos «festrøykere», og blodtrykket holder seg nærmest uforandret. Ungdommens spisevaner er antakelig forverret. En god ting er at arbeidsmiljøet er bedret på mange arbeidsplasser, selv om stress og ubehag øker mange steder.
6. Holdninger til helse og forebygging i befolkningen utvikler seg ugunstig, slik det er dokumentert i Ottar Helleviks analyse av det store ti-årsmaterialet fra Norsk Monitor.
7. Politisk vilje til forebygging er antakelig minkende. Skolehelsetjenesten er de fleste steder svekket, skjenkepolitikken er liberalisert, kollektivtransporten er ikke styrket, bilismen har økt, og forskjellene i samfunnet øker.

Har vi lykkes med å fremme helse? Det helsefremmende arbeid skal styrke positive ressurser for helse («salutary factors»), mestringsevne («mastering» eller «coping factors») og den enkeltes ansvar, kontroll og deltakelse i beslutninger som angår ens eget liv (empowerment). Mye tyder på at vi ikke har lykkes særlig godt her heller:

1. Toleransen for sykdom og terskelen til helsetjenesten er blitt lavere. Presset på helsetjenesten er stort.
2. De sykdommer som har med samliv, samarbeid og samfunn å gjøre øker, og allmennpraktikerne forteller om en alminnelig medikalisering av livs- og hverdagsproblemer.
3. Det en kan kalle generelle tegn til manglende stabilitet og trygghet i befolkningen øker, f.eks. samlivsbrudd, vold, annen kriminalitet, rusproblemer, fremmedfrykt og intoleranse m.v.
4. Ottar Helleviks analyse av materialet fra Norsk Monitor viser at det skjer endringer i befolkningens verdier og holdninger. I grove trekk går de i retning av økende materialisme og egoisme. Det kan være at rettighetstenkningen forsterker denne utviklingen.

Ett positivt trekk er Norsk Kulturråds satsing på programmet for kultur og helse, og enkelte kommuner (f.eks. Levanger, Modum og Bjugn) er kommet godt i gang med kommunale programmer. Denne satsingen er i prinsippet helsefremmende, jf slagordet: «Helsetjenesten behandler det syke, kulturen styrker det friske».

7.5.3 Lønner forebygging seg økonomisk?

Det er en omfattende diskusjon om dette spørsmålet, og den er vanskelig. Det skyldes det som ofte kalles «helsens paradoks»: Et sunt levesett gir bedre helse og lengre liv, men dermed øker sjansen for alderssykdommer (f.eks. senil demens) og

pensjonsutgiftene. Helsetjenestens utgifter reduseres på noen poster, men ikke på andre, og det er ikke lett å forutsi nettoeffekten.

Utvalget er av den oppfatning at denne diskusjonen ofte er ufruktbar og virker avsporende. Det er et mål å være frisk så lenge som mulig, og mer tid bør en ikke bruke på dette økonomiske spørsmålet. Ett eksempel fra tannhelsetjenesten belyser diskusjonen. Den billigste tannhelsetjenesten får en hvis alle får gebiss i ung alder, men det er utenkelig at dagens økonomer argumenterer for dette.

Ett punkt må imidlertid presiseres. Hvis valget står mellom flere forebyggende tiltak - og det gjør det som oftest - kan økonomiske analyser gjøre valget lettere. Ett eksempel er hvilke veistrekninger som bør prioriteres for å få ned trafikkulykkene.

Er det spesielt lønnsomt for samfunnet å forebygge «sykdom vi lever med, uten å dø av»?

Det kan være lønnsomt å forebygge «sykdom vi dør av», spesielt de sykdommene som tar mange liv i yrkes- og omsorgs-aktiv alder (25-50-årene). Hjerte- og karsykdom (de aller fleste dødsfall gjelder i denne alderen menn), brystkreft, lungekreft, malignt melanom (føflekk), selvmord og ulykker kommer inn som årsaker til død i en alder da «samfunnet har gjort store investeringer i oss og trenger oss mest». Ulykker, og også hjerte- og karsykdom og kreft, er dessuten årsak til langvarig lidelse og tildels meget kostbar behandling og uførhet. Særlig kreftbehandling må antas å bli enda dyrere p.g.a. nye, kostbare behandlingsformer. Mulighetene for forebygging av disse døds- og uførhetsårsakene er beskrevet i tidligere offentlige utredninger. Det er også gjort kostnad-nytteberegninger.

Man kunne med fordel belyse spørsmålet «kostnad og nytte - for hvem?» Trygden - kommunen - sykehusbudsjettet - den enkelte person?

Det er selvsagt et mål å forebygge «lidelser vi ikke dør av». Problemet er mangel på sikker viten om årsaker og mangel på dokumentert effektive tiltak når det gjelder den ikke ulykkesrelaterte lidelsen og uførheten av belastningslidelser. Det er også mangel på kunnskap innen forebygging av mentale lidelser. Videre må vi innse at en av de faktorene vi ønsker å påvirke (uførhet), er avhengig av sysselsettingsmarked, arbeidsliv og normer som stadig endrer seg.

I dette feltet finnes det imidlertid en del kunnskap man kan velge å bygge videre på. Det er gjort en del forskning og samlet erfaring med forebyggende arbeid i kvinneperspektiv, spesielt i kretsen rundt Senter for kvinneforskning, UiO. Styrking av selvfølelse og gruppevirksomhet i form av seminarer og kurs (i motsetning til «pasientrolle og behandling») står sentralt. Ettersom kvinner rammes i større grad enn menn av «lidelser vi lever med, men ikke dør av», mener vi det er et poeng å se spesielt på kvinner som målgruppe. Ofte har kunnskap vært samlet fra forskning og erfaring gjort blant menn og med en forutsetning, uttalt eller ikke, om at det som «virker» for menn, skal virke også overfor kvinner. Dette har ofte ikke slått til, se f.eks. Kvinnehelseboka, ad Notam, Gyldendal 1993.

7.5.4 Er det etiske konflikter i folkehelsearbeidet?

En ensidig, intens og uforstandig forebygging kan ha alvorlige bivirkninger. Den kan føre til at folk blir unødig engstelige og til og med sykelig opptatt av helsen. Den kan også føre til at hverdags- og livsproblemer «medikaliseres» og dermed fører til usikkerhet hos befolkningen og økt press på helsetjenesten. Mange er opptatt av disse bivirkningene, og enkelte trekker den slutningen at all forebygging - iallfall individuell påvirkning - er uønsket og etisk uforsvarlig.

Enkelte ser alle forebyggende tiltak som uønsket invasjon av privatlivet, og de er opptatt av «retten til usunnhet». Røykingen kan illustrere denne konflikten. Arbeidet mot røyking kan skape frykt: «Røykerne blir lei seg når du forteller dem

at det er farlig». På den annen side er det også uetisk ikke å informere røykerne, jf de siste rettssakene i USA.

Dette er en viktig diskusjon. Utvalgets konklusjon er at samfunnet må drive forebyggende arbeid inklusive individuell påvirkning, men arbeidet må ta utgangspunkt i omtanke for den enkelte og en rimelig balanse mellom ønsket om å forebygge alt som kan ha et snev av «skadelighet» i seg, og hvilke problemer det virkelig er viktig å forebygge.

7.5.5 Er det viktigere å vedlikeholde gode helsevaner enn å reformere dårlige?

I tråd med en tradisjon for at helseeffekter av tiltak utenfor helsesektoren er lite påaktet, har det også vært tradisjon for manglende vektlegging av helsemessig gode strukturer og vaner i befolkningen. Innen såvel forskning som forebygging har man vært orientert mot risikofaktorer heller enn ressurser, mot enkeltfaktorer heller enn sammensatte forhold og mot intervensjon i form av endring heller enn støtte til å fortsette noe som er bra. Dette antas å ha å gjøre med at enkeltfaktorer og manipulerte endringer ligger best til rette for forskning og for måling av effekter.

De siste årene har imidlertid interessen økt for vedlikehold av gode vaner og også for visse mer helhetlige og helsemessig fordelaktige kulturelle forhold. Primærmedisinsk verksted i Gamle Oslo er eksempel på et prosjekt hvor støtte til innvandreres sunne matkultur står sentralt. Innen forebygging av tobakkskader har man de senere år lagt vel så stor vekt på å støtte ungdom i ikke å begynne å røyke som på å hjelpe røykere til å slutte. Prosjektene Mat for folket og Folk i form til OL i begynnelsen av 1990-årene hadde aktiviteter som støttet opp om det beste i tradisjonelle norske mat- og turvaner. Innen forskningen har det lenge vært interesse for den såkalte middelhavsdietten, som bl.a. innebærer bruk av svært mye grønnsaker og frukt, olivenolje og vin i moderate mengder, men lite bl.a. av kjøtt og mettet fett.

En fordel ved folkehelsearbeid som sikter mot å bevare slike fordelaktige kulturtrekk og vaner, er at dette innebærer verdsetting av og respekt for etablerte kulturer og valg som grupper og individer har tatt. Dette må antas å øke selvrespekt og livskvalitet hos dem det gjelder. Problemet er at sunne deler av kulturen ofte ikke erkjennes som verdifulle for helsen før det aktuelle gode er i tilbakegang.

7.5.6 Helsetjenestens rolle i folkehelsearbeidet

Erkjennelsen av at de viktigste folkehelsebeslutningene tas utenfor helsesektoren stiller krav til en vurdering av helsetjenestens rolle. I lys av «90 -10 regelen» kan en tenke seg at helsetjenesten ikke er viktig, men dette er feil. Det er viktig å være klar over

- den betydningen helsetjenestens egne tiltak har for sykelighet, symptomer på sykdom og dødelighet Vaksinasjonsprogrammene, det miljørettede helsevern, helseopplysning, mammografiscreening, svangerskapsomsorg og helsestasjon for familier med småbarn, behandling av hjerte- og karsykdommer og kreftbehandling kan nevnes her. I en artikkel i Läkartidningen presenteres beregninger som tyder på at middellevetiden i befolkningen forlenges med ca. fem år pga tiltak i helsevesenet. Her presenteres også gevinsten ved hvert enkelt tiltak (Rosén M. Längre liv, livskvalitet och funksjonsförmåga. Läkartidningen nr. 36, 1997). Dette betyr ikke at gevinsten er jevnt fordelt: noen får svært mange leveår ekstra, mens andre ville leve like lenge uten helsetjenestens tiltak.
- Den behandlende helsetjenestens betydning for trygghet og livskvalitet ved sykdom og mistanke om sykdom. I den over nevnte artikkelen regnes effektene

på livskvalitet og funksjonsevne som helsetjenestens viktigste bidrag. Helsetjenesten gir trygghet mht å få omsorg om man selv eller de nærmeste skulle bli syk eller skadet. Betydningen av slik trygghet er særlig stor for barnefamilier, kronisk syke og funksjonshemmede, de eldre og den svake minoriteten i 2/3-samfunnet. Lindrende behandling spiller en viktig rolle for livskvaliteten hos kronisk og alvorlig syke. God behandling og omsorg for syke har stor betydning også for pårørendes helse og livskvalitet.

– De roller helsetjenesten har overfor de andre samfunnssektorene i folkehelsearbeidet

I et folkehelseperspektiv vil man oftest legge vekten på det siste punktet, ettersom andre sektorers tiltak har så stor betydning. Her vil de viktigste oppgavene for helsetjenesten vil være:

1. Framskaffe og gjøre kjent faktagrunnlag om helsetilstanden og årsakssammenhenger mellom helse, sykdom og ulike faktorer i samfunnet og hos den enkelte. Dette dreier seg om alt fra epidemiologisk og samfunnsmedisinsk grunnforskning til de ulike forsøk på å tilfredsstille kommunehelsetjenestelovens krav om å ha oversikt over den lokale helsetilstanden og de lokale helsedeterminanter. På dette området er det fortsatt et stort behov for å fremskaffe og gjøre tilgjengelig faglig kunnskap, et arbeid som ikke er verdinøytralt.
   For det første er det et valg om hvilke områder vi setter fokus på i form av forsknings- og arbeidsinnsats og presentasjon for politiske beslutningstakere. F. eks kan det hevdes at en har lagt langt mer vekt på de fysiske, kjemiske og biologiske miljøfaktorene framfor de sosiale miljøfaktorene i forhold til den faktiske betydningen for helse, sykelighet og livskvalitet.
   Det andre problemet ved det faglige grunnlaget er at det ofte er ufullstendig, usikkert og etterlater et betydelig rom for skjønn. Kravet om faglighet i naturvitenskapelig forstand vil ofte være umulig å oppfylle. Det er fortidens risikofaktorer vi vet noe om. Dagens miljøfaktorer som påvirker folks framtidshelse har vi begrenset kunnskap om. Det vitale folkehelsearbeidet må derfor være forut for sin tid og våge den usikkerhet og kontrovers som følger av føre-var-prinsippet (jf vedlegg om miljørettet helsevern).
2. Videre skal helsetjenesten bidra til å utvikle, gjennomføre og evaluere metoder og tiltak som kan brukes i helsevesenet eller i andre samfunnssektorer for å bedre folkehelsen.
3. Helsetjenestens spiller en aktiv rolle når det gjelder å forme samfunnets helse- og sykdomskultur. En kan nevne stikkord som medikalisering, helse- og kroppsfiksering.

Helsetjenestens rolle i folkehelsearbeidet kan utbygges ytterligere ved at

* Helsetjenesten prioriterer forebyggende tiltak høyere enn i dag. For eksempel må forebyggende arbeid prioriteres når rammene for fastlegeordningen skal utarbeides.

* Sykehusene må få et klart ansvar og rutine for det sekundære forebyggende arbeid (f.eks. gode utskrivningssamtaler med pasient og pårørende, forebyggende tiltak skal ha et eget avsnitt i epikrisen).

* Sykehusene og primærlegene må samarbeide om lokale forebyggende tiltak

* Helsestasjonene prioriteres opp

* Helsetjenesten for skoleungdom revitaliseres og får nødvendige ressurser.

* Det bør vurderes om sykdomsforebygging og rehabilitering bør samordnes mer enn i dag. Det pedagogiske problemet er det samme, nemlig å skape og styrke den personlige motiveringen. Et motargument er faren for medikalisering - det at

tiltak som gjelder den friske delen av befolkningen gir en følelse av å være «under behandling».

Forebyggende og helsefremmende arbeid krever samarbeid over etatsgrenser. Derfor bør alle kommuner og fylker pålegges å lage en kommuneplan (fylkesplan) for dette arbeidet. Planen må omfatte helsetjenesten, skolen, teknisk etat og kulturetat m.v., og den må løpende drøftes med politiet, sosialetat, trygdeetat og andre. Det kan også tenkes at det burde oppnevnes et «folkehelseråd» for å stimulere og gi tyngde til arbeidet. Det fins eksempler på slike nasjonale «helseråd», f.eks. bestående av statssekretærene.

Det er et hovedproblem for forebyggingen at arbeidet mangler både belønning og straff (gulrot og pisk). Det er viktig å tenke gjennom dette spørsmålet. Det er kontroversielt overfor enkeltmenneskene å belønne «de sunne», men slike virkemidler er antakelig mer akseptable på kommunenivå.

7.5.7 Ansvar for å fremme helse: Det offentlige, frivillig sektor eller den enkelte?

Fra helsesektorens ansvar for sykdomsforebygging

Det forebyggende helsearbeidet ble etablert i tider da infeksjonssykdommer og miljøforhold som i hovedsak rammet de fattige - underernæring, dårlige boforhold og helseskadelige arbeidsforhold - var de dominerende folkehelseproblemene. Stort sett kan man si at utfordringene var forhold alle regnet som onder, og ingen hadde særlig glede av. Det fantes motiv for forebygging også hos de mer privilegerte fordi de smittsomme sykdommene var en trussel mot alle. I tillegg kom at ofrene for de fleste infeksjonssykdommene måtte sies å være uten egen skyld, i den forstand at de ikke kunne ha unngått smitten ved å oppføre seg annerledes. På denne bakgrunn var det neppe tvil om at det offentlige måtte ta ansvar for tiltak. Det forebyggende arbeidet i offentlig regi var i større grad enn nå sentralisert, profesjonsbasert og lagt til staten i form av et system med klare kommandolinjer fra helsedirektør via fylkesleger til de statsansatte distriktslegene. Den tverrsektorielle innsatsen og kommunale forankringen ble ivaretatt ved at alle kommuner opprettet helseråd med distriktslegen som ordfører.

I flere tilfeller var det likevel frivillige enkeltpersoner eller organisasjoner - ofte kvinner fra høyere sosiale lag - som satte tiltak i gang.

Det kan se ut til at gårsdagens folkehelsearbeid etter helsesektormodellen har vært historien om å lykkes. Vi har fått god kontroll over mange alvorlige sykdommer. Det er imidlertid umulig å skille ut effektene av målrettede folkehelsetiltak som drikkevannskontroll, rotteutrydding, skolefrokost, kroppsøving i skolen, vaksinasjonsprogrammene, helsestasjonene, svangerskapskontrollen, den offentlige tannhelsetjeneste eller vitamintilskudd til nyfødte fra de effekter velstandsutviklingen i befolkningen hadde.

Til tverrsektorielt ansvar for folkehelsearbeid

I tabell 7.2 er en del stikkord satt opp for å illustrere holdninger forbundet med de smittsomme sykdommene som folkehelseproblem, og tilsvarende holdninger til de problemene som dominerer i dag. Utvalget mener at man i dag må flytte vekten over til å styrke sunnhet, helse, trivsel og mestring av livets utfordringer, dvs. å fremme det mange kaller «Det gode liv». Dette kan innebære tiltak i forhold til «livsstilssykdom» og kanskje i enda sterkere grad i forhold til livskvalitet, mental helse (herunder rusproblemer), belastningslidelser og andre helseproblemer som har med samhandling å gjøre. Mange tiltak i forhold til barn og ungdom kommer inn her.

Spørsmålet er hvor mye kommunene vil satse i særlig i forhold til «livsstilssykdommene», men også i forhold til «samhandlingssykdommene» og dimensjonene livskvalitet, mestring, mening i tilværelsen, god selvfølelse og andre dimensjoner av livskvalitet.

Tabell 7.2: Denne oppstillingen tar med noen stikkord som kan illustrere holdninger til sykdom og folkehelsearbeid i tiden da infeksjonssykdommene dominerte, og i en tid da sykdom og problemer knyttet til levevaner og samfunnsstruktur dominerer

Smittsomme sykdommer	«Livsstilssykdommer»	«Sam-sykdommer»	Livskvalitet
Rammer uforskyldt	Folks eget valg	Samfunnets og egen skyld	Rammer «tapere»
Risikofaktorene udiskutable onder	Risikofaktorene verdsettes	Skapt av samfunnstruktur	Bivirkning av samfunnstrukturen
Trussel mot alle samfunnslag	Lite skremmende	Trussel mot trygghet	Kan true tryggheten
«Lavere lag» mest utsatt	Startet som overklassesykdom	«Svake grupper»	«Svake grupper»
Det offentliges ansvar	Mest den enkeltes ansvar	Kommunale tiltak	Lokale tiltak
Systematisk rutinearbeid	Kampanjer, helseundersøkelser	Prosjekter, improvisering	Frivillighet eller kommunale prosjekter
Statlig styrt, profesjonsbasert forebygging	Sentralt initiert: Staten, frivillighet og næringsinteresser	Desentralisert, tverrsektorielt	Desentralisert. Ingen bestemt sektor

Kilde: Sidsel Graff-Iversen, SHUS

I en tid med problemer som ikke tilhører profesjonene og hvor ikke alle kommuner griper tak i de nye utfordringene, må en spørre seg om det er frivilligheten vi skal sette størst forhåpninger til. Med frivilligheten menes

- de etablerte organisasjonene innen idrett, ungdomsaktiviteter, folkehelsearbeid, interesse- og brukerorganisasjoner, o.a.
- frivillige ressurser som er mobilisert gjennom frivillighetssentralene i kommunene
- de uformelle frivillige ressursene i nabolag, vennekretser, på arbeidsplasser o.s.v.

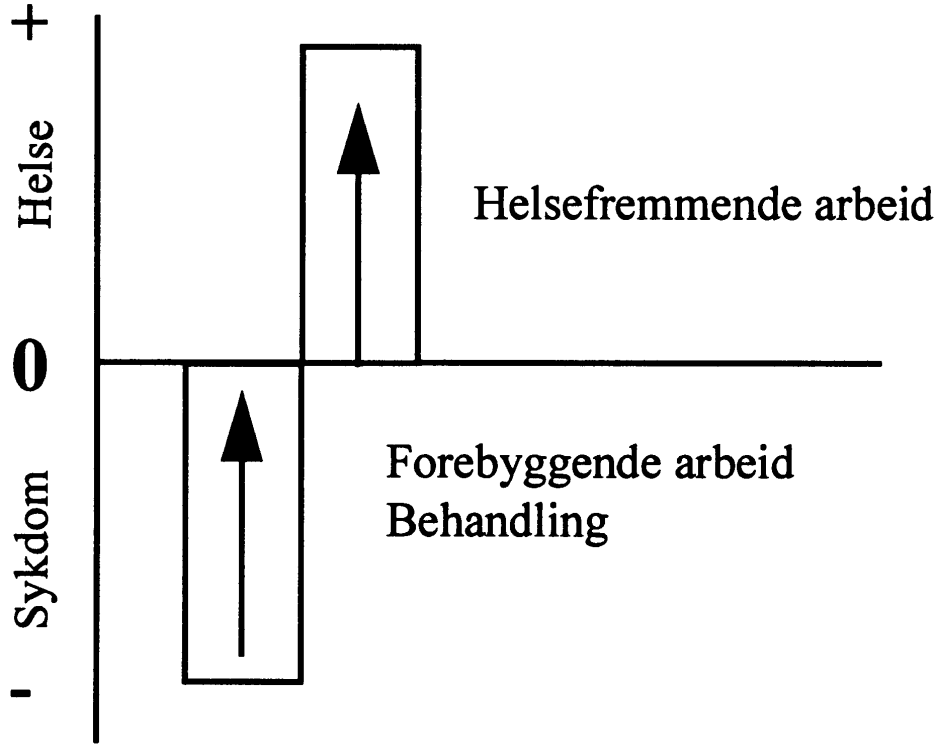
Mange av de etablerte frivillige organisasjonene er i dag organisert i SOHO.

Forebyggende arbeid, helsefremmende arbeid, velferdstiltak, omsorg og sosialt arbeid. Hva av dette er folkehelsearbeid?

Hva er forskjellen mellom et forebyggende, et helsefremmende tiltak og et velferdstiltak? Bruken av gamle og nye begreper kan forvirre og skape skinnkonflikter. Forebyggende og helsefremmende arbeid er begrep som begge har vært i bruk innen helsesektoren i flere år. Forebyggende arbeid sikter mot å redusere risikoen for at bestemte sykdommer og ulykker oppstår, først og fremst ved å redusere risikofaktorer. Arbeidet kan ha et primærforebyggende siktemål (hindre at sykdom oppstår), et sekundærforebyggende siktemål (hindre at etablert sykdom forverres), eller et tertiærforebyggende siktemål (redusere virkningen av etablert sykdom). Begrepet forebyggende helsearbeid har vært brukt først og fremst om sykdomsforebyggende tiltak i helsesektoren, slik som vaksiner og helsekontroller.

Helsefremmende arbeid sikter mot en mindre spesifikk økning av motstandskraft, overskudd, livskvalitet og mestringsevne («salutary factors»).

Mange av de tiltakene det offentlige har satt ut i livet, og som ganske sikkert har vært fordelaktige for helsen, har ikke vært regnet som helsetiltak, men som velferd, omsorg eller sosialt arbeid. Dette er tiltak folk har ønsket og regnet som goder i seg selv, uavhengig av en eventuell dokumenterbar helsegevinst. Trygghetsplasser på sykehjem til bruk ved akutte behov kan være et eksempel. Denne typen tiltak kan også regnes som helsefremmende arbeid, med sikte på å støtte livskvalitet og mestring i livsfaser og i alle sosiale lag. Folkehelsearbeid er et ord som vil dekke alle de nevnte begrepene, og dessuten tiltak på mange andre sektorer, i den grad arbeidet har eller sikter mot en god virkning på helsen og livskvalitet i samfunnet. Vi viser for øvrig til 3.9.4 hvor utvalget gir sin definisjon av folkehelsearbeid.



Figur 7.1 Forebyggende og helsefremmende arbeid (etter Peter F. Hjort)

Helsearbeidet må drives både individuelt og samfunnsmessig. Det må understrekes at helsetjenesten har hovedansvaret for det sekundære og tertiære sykdomsforebyggende arbeid og for deler av det primærforebyggende. Det samfunnsmessige arbeid ellers må foregå utenfor helsetjenesten. Det er ikke et mål å regne alle tiltak for økt livskvalitet som helsepolitiske anliggender.

Prosjekter og handlingsplaner, men få varige tiltak

De siste 10-15 årene har vi hatt en lang rekke kortvarige prosjekter, handlingsplaner og aksjonsprogrammer over maksimalt 4 år. Dette gjelder kommunalt nivå i «Samlet plan«-perioden og på statlig nivå i 1990-årene. Ofte er tiltaket blitt evaluert, og det er konkludert med at det var helt eller delvis var vellykket. Eller det gjøres kartlegging hvor man ringer inn områder for tiltak. Men man kan få inntrykk av at de som har sørget for at prosjektet kom i gang, ikke har hatt vilje eller stabil

mulighet til oppfølging, og særlig ikke til å sørge for varig drift. Viljen til å støtte (og til å drive?) «kartlegging, forskning og utprøving av modeller» kan virke langt større enn viljen til langvarig folkehelsearbeid. Dette til stor forskjell fra f.eks. helsearbeidet i Nord-Karelen, hvor lokale krefter, den statlige helseforvaltningen og universitetsfolk har jobbet målrettet med kosthold, røykfrihet og mosjon siden 1970-årene.

Denne situasjonen kan skyldes at tiltak er satt i gang for statlige eller fylkeskommunale tilskuddsmidler, og at forventninger om at kommunene skal overta driften når en utprøvingsperiode er sluttført, ofte ikke er blitt innfridd. Det gjelder ikke bare innen Sosial- og helsedepartementets ansvarsområde, men også innen f.eks. kriminalitetsforebygging og miljøforebygging. Mye skjer og mange rapporterer om gode erfaringer. Men innsatsen kan virke sprikende, tilfeldig, avhengig av enkeltpersoner og lite koordinert.

Man må også spørre om flere mulige årsaker. Har prosjektene hatt de kvaliteter et varig tiltak bør ha? Har det vært for lett å få midler til å sette i gang? Er det for mye prosjektpenger, men for små rammeoverføringer til kommunene? Er det manglende evne i kommunene til omprioritering? Verner fagfolkene for mye om gårsdagens tiltak? Eller er man usikker på hva som bør være kommunale oppgaver? Er de tidsbegrensede oppleggene egentlig uttrykk for en beslutningsvegring? Eller en svak forankring i kommunen og for svak mobilisering av innbyggerne et problem?

7.6 ULIKHET I LEVEKÅR OG HELSE I BEFOLKNINGEN

7.6.1 Helsemessige ulikheter i Norge

Med begrepet sosial ulikhet i helse forstår vi en beskrivelse av hvordan helse, sykdom og død følger sosiale og økonomiske forhold som sosial klasse, utdanning og inntekt. Sosial ulikhet i helse er etter hvert solid dokumentert både i Norge og andre land. Historien i nyere tid om helse og ulikheter er relativt kort. Allerede i 1980 kom The Black Report i England om slike ulikheter. Forfatteren Sir Douglas Black konkluderte slik: «much of the evidence on social inequalities in health can be adequately understood in terms of specific features of the socio economic environment». The Black Report ble først publisert i 1992 etter at de politiske myndighetene forsøkte å latterliggjøre og underslå funnene. (Inequalities in Health. London: Penguin, 1992) (Kilde The Lancet. Vol. 351. February 14, 1998).

Stort sett er helsen bedre dess høyere utdanning, inntekt og materiell standard er. En artikkel i Tidsskriftet for Den norske lægeforening «Fordeling av velstand er fordeling av helse» (Brekke M, Tidsskrift for den norske lægeforening 1/1998) konkluderer med at helse mer enn noe annet er et produkt av hvordan samfunnet er organisert, og hvordan ressurser og byrder er fordelt. Ulike samfunn har til alle tider skapt mønstre av helse og sykdom som reflekterer samfunnets fordeling av penger, prestisje, kunnskap og makt. Forfatteren mener at dersom man virkelig ønsker å redusere helseulikheter i befolkningen, må veien gå gjennom en mer rettferdig fordeling.

De enkelte sykdommene har imidlertid ulike årsaker, og det er ingen generell sannhet at de laveste klasser blir rammet mest. Flere alvorlige lidelser har vært eller er overrepresenterte i de høyere sosiale lag. I første del av dette århundre var hjerteinfarkt en overklassesykdom, ettersom det var her vanene med fet kost, røyking og lite mosjon fikk grobunn først. Alt i 1970-årene var denne sosiale forskjellen snudd til det motsatte. I dag er visse kreftformer, blant annet brystkreft, vel så vanlige i toppen av samfunnet som i bunnen.

I Norge pågår flere utredninger om helse og ulikhet. Hordaland og Akershus fylkeskommuner har utarbeidet hhv et helseatlas og en helseprofil. I Østfold

fylkeskommune pågår et folkehelseprosjekt «Sammen om det sunne Østfold», det er nylig publisert en helseprofil for fylket, og flere andre fylkeskommuner har forebygging som et av hovedtemaene i sine fylkesplaner, jf omtalen i *"Folkehelsearbeidet i enkelte andre land"* i kapittel 6. Problemet ble nevnt i helseminister Gudmund Hernes' folkehelseredegjørelse i 1996 og tatt opp i Folkehelserapporten som lå til grunn for redegjørelsen. Politiske myndigheter er i økende grad blitt oppmerksomme på det faktum at forskjellene i økonomiske levekår er blitt større på 1990-tallet, og Regjeringen har igangsatt arbeid med en stortingsmelding om utjevning av levekår.

Vi skal huske at sosial ulikhet belyses ved at man sammenlikner grupper etter veldig grove kategorier, slik som bosted, utdanning og yrke. Dette gjør at en får fram visse tendenser, men ikke de reelle forskjellene mellom sosialt privilegerte og underprivilegerte. I enhver norsk region, enten det gjelder Oslo øst, Bærum eller Finnmark, vil et bredt spekter av sosialgrupper være representert, slik at bostedsregion på ingen måte er et optimalt uttrykk for sosialgruppe. Dette kan illustreres ved at akademikere bosatt i Gamle Oslo bidrar til å «vanne ut» reelle forskjeller mellom høyt og lavt privilegerte grupper. Problemet kan løses ved å gå ned på svært små enheter. Det er store bydelsinterne forskjeller innen Bydel Gamle Oslo, hvor beboerne på Kampen scorer omtrent likt med beboerne i vestlige bydeler mht utdanning, mens beboerne på nedre Tøyen scorer svært lavt. I enhver utdannings-, inntekts- og yrkeskategori vil det også være svære forskjeller, knyttet bl.a. til enklt-personenes karriere.

Store ulikheter i barns oppvekstvilkår

I en artikkel i Tidsskrift for Den norske lægeforening skriver Steinar Westin om at forskjellene mellom fattig og rik øker, og at polariseringen skjer raskere i Norge enn i noe annet europeisk land. Forfatteren spør om hvem disse fattigste er og gir til svar at den største gruppen er småbarnsforeldre, dernest enslige under 45 år, enslige mødre og foreldre med større barn (7-19 år). Det som har vakt oppsikt er at den nye fattigdommen omfatter så mange familier og forsørgere med barn («Velferdspolitiske virkemidler», Westin, Steinar, Tidsskrift for Den norske lægeforening 1/1998, sidene 79-83).

Dødelighet

Dødelighet er den vanligste indikatoren på folks helsetilstand. Dødeligheten varierer både i forskjellige sosiale lag og i forskjellige deler av landet og mellom land og verdensdeler. I Norge er dødeligheten høyest i Finnmark. I Oslo er dødeligheten atskillig større i indre og ytre østlige bydeler enn i indre og ytre vestlige bydeler. Kvinner lever i gjennomsnitt lenger enn menn, og det er fortsatt forskjeller i dødeligheten mellom ulike yrkesgrupper. I Norge er de tre vanligste dødsårsakene hjerte- og karsykdommer, kreft og sykdommer i åndedrettsorganer.

Helse i levekårs- og helseundersøkelsene

Levekår er kjennetegnet av de ressurser som den enkelte disponerer i form av inntekt, arbeid, helse, sosiale relasjoner mv som den enkelte kan bruke til å styre eget liv. Levekår er også kjennetegnet av egenskaper ved de arenaer eller områder ressursene settes inn på. Som det går fram av dette er helse en av levekårskomponentene, mens levekår er mye mer enn helse.

I Norge har man i levekårsundersøkelsene langt på vei satt likhetstegn mellom levekår og tilgang på ressurser. I Langtidsprogrammet 1998-2001 (St.meld. nr. 4 (1996-97), Særskilt vedlegg Fakta og analyser) understrekes det at ikke all ulikhet kan betraktes som levekårsproblemer, men at mange forskjeller bunner i personlige valg og avspeiler mangfoldet i samfunnet heller enn å være uønskede ulikheter som det bør gjøres noe med. Det pekes også på at levekårsundersøkelsene fram til nå har vært preget av å gi et situasjonsbilde, men ikke et godt bilde av utviklingen av

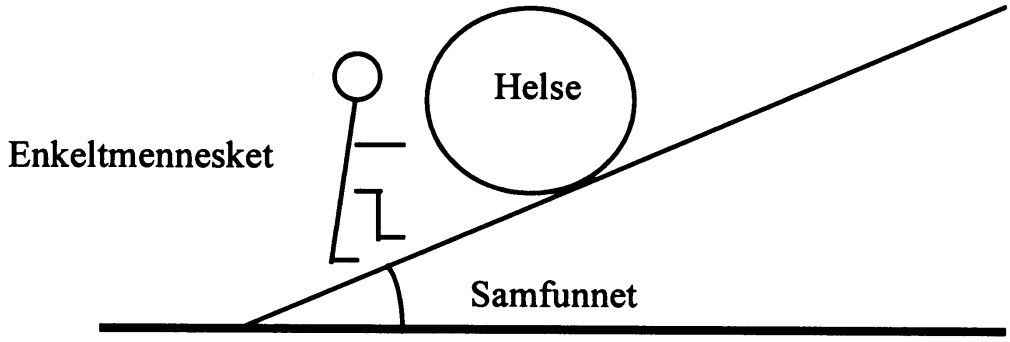
levekår over tid. Statistisk sentralbyrå er i ferd med å legge om sin levekårsundersøkelse for å få bedre data for utvikling over tid og å gjøre norsk levekårsstatistikk mer sammenlignbar med andre land, bl.a. landene i EU. SSB gjennomførte som ledd i denne omleggingen en levekårsundersøkelse med tema arbeidsmiljø i 1996, i 1997 en om boforhold og fritid, og den som gjennomføres i 1998 har helse som tema.

Den siste levekårsundersøkelsen i Norge er fra 1995. I SSB-publikasjonen om denne undersøkelsen beskrives hovedtrekk ved endringene i levekår fra 1980 til 1995 (NOS Levekårsundersøkelsen 1995). Helsetilstanden i befolkningen har endret seg forholdsvis lite de siste 15 årene. Det har vært en økning i andelen som har en langvarig sykdom, og antallet langvarige syketilfelle har økt betydelig. Det siste kan tilskrives bedre registrering av syketilfellene. Ellers forteller statistikken oss at det var 12 prosent blant personer 16 år eller eldre som oppga å ha hjerte- og karsykdommer mens 22 prosent oppga å ha sykdommer i muskel- og skjelettsystemet. 22 prosent oppga å ha hatt langvarig sykdom som i betydelig grad virket inn på hverdagen. Når det gjaldt psykisk helse oppga 7 prosent 16 år eller eldre å ha hyppige symptomer på nervøse lidelser. Slike symptomer var mer vanlige i sårbare grupper enn i befolkningen som helhet. Både personer med nedsatt bevegelsesevne, sosialhjelpsmottakere og arbeidsuføre var mer utsatt for slike plager enn andre befolkningsgrupper. Et stort antall personer oppga å ha nedsatt arbeids- og/eller funksjonsevne.

Helseundersøkelsen 1995 er den fjerde i sitt slag i Norge, den første ble foretatt i 1968. I artikkelen «Helseundersøkelsene 1968 - 1995: Fra medisinske diagnoser til egenvurdert helse» (Bjerkedahl, Tor, Samfunnsspeilet 2/97) skriver forfatteren at en naturlig videreføring av Helseundersøkelsen 1975 med påpeking av ulikheter i helse, var å avklare hvilke forhold som forårsaker ulikhet. For 1985-undersøkelsen var det derfor ønskelig å få fram forhold som forårsaker helseproblemer, bl.a. livsstil. I 1985 ble for første gang intervjuobjektene spurt om vurdering av egen helse. For Helseundersøkelsen 1995 ble det lagt avgjørende vekt på deres vurdering av egen helse og funksjonsevne og symptomer. Sentralt står også spørsmål om hvordan sykdom og funksjonshemming påvirker hverdagen. Poenget var iflg forfatteren å fange opp folks vurdering av egen helse, mestring av helseproblemer, og atferd knyttet til helsefremmende og helseskadelige faktorer.

Risikofaktorer og helsevaner

De individuelle risikofaktorene er knyttet til helsevaner og livsstilen, og de viktigste er: røyking, uheldig kosthold, overvekt, fysisk inaktivitet og rusmidler. Det finnes omfattende vitenskapelig litteratur om risikofaktorer, inklusive dokumentasjon for effekter og interaksjoner. De samfunnsmessige faktorene er dårlige levekår, ulike typer av stress og ulykkesdisponerende forhold. Det bør også understrekes at det er en nær sammenheng mellom de samfunnsmessige rammebetingelsene og den individuelle livsstilen - jf resonnementet om Sisyfos (fig.7.2), som har en vesentlig tyngre jobb hvis levekårene gjør at bakken blir bratt. En annen måte å framstille dette på er hentet fra NOU 1991: 10 Flere gode leveår for alle. Her er det å fremme helse illustrert med å fylle et kar med «det gode», mens sykdomsforebygging er illustrert med å tette små utløp fra karet.



Figur 7.2 Forebyggende og helsefremmende arbeid (etter Peter F. Hjort) som resultat av samfunnsforhold og egen innsats

Risikobildet holder seg ikke konstant over tid, og det varierer mellom kommunene. I arbeidslivet er f.eks. betydningen av fysiske faktorer (tungt fysisk arbeid, forurensninger, støy osv.) blitt mindre, mens psykososiale stressfaktorer (høyt stress og lav egenkontroll over arbeidssituasjonen) antakelig er blitt viktigere. Miljøproblemene (skadelig mat og drikkevann, miljøgifter og støy) er antakelig også blitt mindre, mens allergiske problemer knyttet til inneklima antakelig er blitt verre. Derfor er det viktig å drive en løpende risikovurdering, og denne vurdering må baseres på lokale data og data for ulike grupper i samfunnet. Det kan være store forskjeller mellom befolkningsgrupper. Gjennomsnittverdier for fylker og kommuner kan langt på vei tilsløre slike forskjeller. Etterhvert er imidlertid forskere blitt mer opptatt av forskjellene grupper imellom og geografiske forskjeller i helse og levekår.

Både dødelighet av hjerteinfarkt og hjerneslag og de viktigste risikofaktorene for disse sykdommene (serumkolesterol, røyking og blodtrykk) ligger klart gunstigere an hos grupper med høy utdanning og akademiske yrker enn hos lavere utdannede, industriarbeidere, husmødre og arbeidsledige. Dette var personer som møtte til helsekontroll i 1970-årene og ble fulgt opp for senere dødelighet. (Thürmer H, Risk factors for, and 13-year mortality from cardiovasccular disease by socioeconomic status. Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin, ISM skriftserie nr. 26, 1993.)

Data fra undersøkelser av 40-åringer i 1994-97 har bekreftet det samme bilde når det gjelder utdanning og de nevnte risikofaktorene. Andelen røykere var drøyt 50 prosent blant dem med grunnskole som høyeste utdanning, mot 16-18 prosent blant universitetsutdannede. Andelen klart overvektige (BMI 30 kg/m2 og høyere) sank også med økende utdanningslengde fra 15-17 prosent hos dem som hadde grunnskole og 6-7 prosent hos de universitetsutdannede. Mosjon i fritiden var mer vanlig hos høyt enn hos lavere utdannede kvinner, mens det ikke var noen slik tydelig forskjell blant menn.

(Kilde: Statens helseundersøkelser).

I dokumentet «Jämlikhet i hälsa - Hur ska det åstadkommas?» er flere momenter trukket fram (Landstingsförbundet, Stockholm - 96):

– «Røykere sier ofte at det ikke spiller noen rolle om de lever noen år kortere fordi de siste årene på sykehjemmet ikke er noe tess. De tenker ikke over at middellevetid ikke avspeiler de siste årene av livet, men hele livet.» (Tapte leveår hos de fleste stor-røykere er langt flere enn summen av tapte leveår fordelt på hele befolkningen).

– Videre pekes det på at vi må hindre at en del lider av sykdommer og elendighet fordi de jobber for mye, samtidig som andre lider av sykdommer og elendighet fordi de arbeider for lite eller ikke i det hele tatt. Mennesker må selv få gjøre et valg. Kan vi skape en folkebevegelse - dels mot arbeidsledighet - dels mot segregasjon mellom de som er i arbeid og de som ikke er det?
– Vår velferdsmodell har bygget på at når familien, det sosiale nettverket, arbeidsfellesskapet ikke strekker til, skal dette dekkes opp av offentlige tilbud som barnehage, skole, fritidstilbud og offentlige stønader. Hva hender i dag, når vi har et markedsbasert boligtilbud, markedsbasert offentlige tjenester, og de familiene med de dårligste forutsetningene må bo i de områdene som har de dårligste miljøkvalitetene?

7.6.2 Eksempler på utredninger om helse og ulikhet i Norge

Oslohelsa - utredning om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene i Oslo

I publikasjonen «Oslohelsa. Utredningen om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene» (Rognerud, Marit og Stensvold, Inger, Ullevål sykehus, Klinikk for forebyggende medisin, 1998) sies det innledningsvis at helseforskjellene er større innen Oslo enn mellom fylkene med høyest og lavest dødelighet i Norge. Det pekes på at øst-vest-forskjellene i dødelighet har holdt seg tilnærmet konstant i ca hundre år i Oslo uten at verken årsaker eller konsekvenser er kartlagt og analysert. Utvikling av et velferdssamfunn med økonomiske støtteordninger og rimelig god tilgang til tjenester for alle, ser ikke ut til å ha vært tilstrekkelig (eller velegnet) til å redusere de store forskjellene i helsetilstanden.

Menn i indre øst (bydelene 4 (Sagene - Torshov), 5 (Grünerløkka Sofienberg) og 6 (Gamle Oslo)) lever i gjennomsnitt 7,3 år kortere enn menn i ytre vest (bydelene 7, 8, 21-25, 27). Kvinner i ytre vest lever 4,9 år lengre enn kvinner i indre øst, men kortere enn gjennomsnittskvinnen i Sogn og Fjordane. Menn i indre øst har lavest gjennomsnittlig levealder i Norge - 2,1 år kortere enn i Finnmark som er det fylket som har den høyeste dødeligheten i Norge. Samlet for kvinner og menn ligger levealderen i indre øst på samme nivå som i Kroatia, Albania og Georgia.

Kreft i bryst, prostata og tykktarm var på den annen side vel så hyppig i vestlige som i østlige bydeler, mens lungekreft var klart hyppigere i østlige bydeler.

Helseprofil i Akershus

Akershus fylkeskommune ga i januar 1998 ut «Helseprofil i Akershus. Ulikheter i sykdom, livsstil og helsetjenester» (Grøtvedt, Liv, Stiftelse for helsetjenesteforskning). Bakgrunnen for rapporten var at fylkeskommunen i 1992 la fram et notat om «Helsefremmende og forebyggende arbeid - kartlegging og forslag til satsingsområder», og det ble besluttet å sette igang en kartlegging med vekt på sosiale og geografiske forskjeller. En av konklusjonene i rapporten er at det er tydelig at vi vet for lite om egen opplevelse av helse, ressurser, positiv helse og mestring.

Iflg rapporten har Akershus samlet sett bedre helse og levekår enn resten av landet, men det er store forskjeller innen fylket. Asker og Bærum kommer svært godt ut mens Øvre Romerike (Aurskog-Høland, Ullensaker, Nes, Eidsvoll, Nannestad og Hurdal) framstår som regionen med størst utbredelse av helse- og levekårsproblemer. De to andre regionene Follo og Nedre Romerike plasserer seg midt i mellom de øvrige. Hyppigheten av kreft var imidlertid lavere på Øvre Romerike enn i andre deler av fylket, og både føflekk-, bryst- og prostatakreft var hyppigst i Asker og Bærum.

Helseprofilen er også opptatt av at Akershus har lav dødelighet og sykelighet sammenliknet med landet ellers, men at fylket ikke er på samme lave nivå som Japan og Frankrike.

Helseprofilen peker på at de store forskjellene mellom regionene bør være veiledende for framtidig folkehelsearbeid. Utvalget vil i kapittel 11 komme tilbake til en diskusjon om noen av de tiltakene som rapporten munner ut i.

Helse- og levekårsatlas for Hordaland og Norge

Hordaland fylkeskommune ga i 1996 sammen med Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) ut «Helse- og levekårsatlas for Hordaland og Noreg» (Bergen 1996). Et av målene med dette atlaset var å gi bakgrunnsinformasjon til beslutningstakere innen helse- og sosialsektoren i fylket i arbeidet med helse- og sosialplanleggingen.

Selv om Hordaland kommer godt ut på landsbasis når det gjelder dødelighet og sykelighet (målt i hjerteinfarkt og infarktrisiko, skadde i trafikken, uføre, røyking), konkluderes det med at Bergen trekker ned gjennomsnittet for fylket. Når det gjelder levekår ellers kommer Hordaland også godt ut, og enda bedre uten Bergen.

Det sunne Østfold

Østfold fylkeskommune startet i samarbeid med kommunene og regionale statsetater i fylket høsten 1993 en utviklingsplan «Sammen om det sunne Østfold». Sosial- og helsedepartementet har bidratt med prosjektmidler. Utviklingsarbeidet er en videreføring av den tidligere fylkesplanen «Mona» (Miljø, Oppvekst, Næring og Aldring) og vil sammen med denne gjelde som fylkesplan for 1996-1999. Med bakgrunn i dette igangsatte Østfold fylkeskommune et folkehelseprosjekt 1. januar 1997 med varighet til 1999. Rapporten Helseprofilen for Østfold 1997 er utgitt. Den handler i stor grad om forhold som fremmer livskvalitet og har betydning for sunnhet og trivsel. I denne helseprofilen er det lagt vekt på hvordan folk opplever sin egen helsetilstand i hverdagen. Helseprofilen som bygger på en befolkningsundersøkelse i kommunene Våler, Spydeberg, og Sarpsborg (2000 respondenter besvarte spørsmål om egen helse) skal være en inspirasjonskilde i folkehelsearbeidet. Profilen er ment å skape debatt og gi muligheter for prioriteringer av forebyggende tiltak. (Helseprofilen i Østfold 1997. Folkehelseprosjektet i Østfold og Statens institutt for folkehelse, 1998). Prosjektet skal kartlegge og iverksette tiltak for å redusere årsakene som fører til: belastningslidelser, astma, allergi og inneklimasykdommer, fallulykker i hjemmet og psykososiale problemer. Østfold er gitt prøvefylkestatus, og de berørte departementene Miljødepartementet, Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes Sentralforbund skal benytte erfaringene på nasjonalt plan. Det vises ellers til nærmere omtale av organiseringen av folkehelsearbeidet i Østfold og de tiltakene som utprøves i her i *"Mangfold i folkehelseabeidet i kommuner og fylkeskommuner"* i kapittel 5 ovenfor.

7.6.3 Folkehelsepolitiske redegjørelser

En rekke land utarbeider folkehelserapporter. Her vil det bli gjort kort rede for den norske, svenske og australske folkehelserapporten.

Den norske folkehelserapporten 1996

Med bakgrunn i St.meld. nr. 37 (1992-93) og Stortingets behandling av meldingen, ble den første norske folkehelsepolitiske redegjørelsen presentert av daværende helseminister Gudmund Hernes for Stortinget i form av en folkehelserapport våren 1996.

Rapporten bestod i tillegg til en politisk redegjørelse, av en faktadel som i *"Sammendrag"* i kapittel 1 tok for seg samfunn, helse og velferd. *"Innledning og bakgrunn"* i Kapittel 2 tok for seg hovedtrekk i befolkningens helsetilstand,

"Lovgrunnlag og definisjoner" i kapittel 3 gjaldt utvikling av helseproblemer over tid og status for hovedinnsatsområdene (belastningslidelser, psykososiale problemer, ulykker og skader og astma, allergi og inneklimasykdommer) samt hjerte- og karsykdommer, kreft og smittsomme sykdommer. I *"Status for forebyggende arbeid i Norge"* i kapittel 4 er sentrale risiko- og årsaksfaktorer beskrevet.

Også i denne rapporten ble spørsmål som knytter seg til helse og ulikhet understreket. Helseministeren avsluttet sin politiske redegjørelse om dette slik:

«Når vi innen enkelte grupper - for eksempel blant aleneforsørgere og langtidsledige - ser både en opphopning av dårlige levekår og en større andel med helseproblemer, så bør varselklokkene ringe. Ofte vil den beste medisin være bedring av levekår. Sagt på en annen måte: Det vesentligste er en politikk som trekker i retning av gode arbeidsforhold, selvstendighet, integrering og samfunnsnytte.»

I redegjørelsen pekes det på de sykdommene den norske befolkningen dør av (hjerte- og karsykdommer og kreft) kan de viktigste risikofaktorene sammenfattes som kost, tobakk, alkohol og inaktivitet. De sykdommene vi lever med er de samme som hovedinnsatsområdene som er nevnt ovenfor. I tillegg fokuseres det på nye helseutfordringer som antibiotikaresistens, faren for radioaktiv forurensning, og hva økende internasjonal handel med mat kan bety for kosthold og helse og smittevernet.

Den svenske folkehelserapporten 1997

Den svenske folkehelserapporten 1997 er den fjerde av sitt slag (Folkhälsorapporten 1997, Socialstyrelsen, Sverige). Iflg denne rapporten forsetter middellevetiden å øke også i Sverige og er høyere enn i Norge. I 1996 var den 81,5 for kvinner og 76,5 år for menn. Svenske menns levealder har økt raskere enn kvinnenes. Også i denne rapporten uttrykkes det bekymring over at land som Japan og Frankrike har passert Sverige når det gjelder middellevetid. Om lag tre firedeler av befolkningen oppfatter sin allmennhelse som god, og (som i Norge) er det bare 5-6 prosent som opplever den dårlig. Mange mener de har god helse selv med en langvarig sykdom, jf også resultatene fra den norske helseundersøkelsen i 1995.

De sosiale ulikhetene i helse er fortsatt påtagelige. Arbeidere av begge kjønn har oftere dårlig helse, langvarige sykdommer og nedsatt arbeidsevne enn ansatte på mellomnivå eller høyere. Det er særlig kvinnelige arbeidere som er kommet dårlig ut siden begynnelsen av 80-tallet. Flere av delutredningene som den svenske folkehelserapporten bygger på, er publisert i sin helhet i serien Ep C-rapport (Epidemiologiskt Centrum Socialstyrelsen).

I tillegg til folkehelserapportene, ble det publisert i Social Rapport 1997 - den andre i rekken. Social Rapport handler om befolkningers levekår, mangler og problemer i forhold til arbeid, økonomi, bolig mv. og utviklingen over tid.

Den australske folkehelserapporten

Australia publiserte i 1996 sin femte folkehelserapport «Australia's Health» (Australian Institute of Health and Welfare) som gis ut annet hvert år. Rapporten som avgis til Parlamentet, gir informasjon om helsetilstanden i landet samt tilbud om og etterspørsel etter helsetjenester. I 1996-utgaven ble det for eksempel for første gang gitt opplysninger om urinnvånernes dødelighet. Sammen med rapporten «Australia's Welfare» utgjør folkehelserapporten grunnstenen i offentlig informasjon om helse- og velferdsspørsmål i landet og bidrar til politisk og annen samfunnsdebatt.

Utvalget mener det kan være noe å tenke på i Norge at en samtidig med den norske folkehelserapporten som antakelig skal legges fram for Stortinget hvert fjerde år, legger fram en nasjonal rapport om levekår og sosiale forhold. Dette vil også i Norge kunne danne grunnlaget for viktige delrapporter og for forskning og utviklingsarbeid samtidig som de to rapportene vil gi en mer fullstendig beskrivelse.

7.6.4 Hva fører til ulikheter i helse?

Utvalget vil her peke på noen av de forholdene som skaper ulikheter i livsvilkår og forutsetninger for god helse. Spesielt vil vi ta for oss forhold som ligger helt eller delvis utenfor individuell kontroll.

Noen faktorer spiller en rolle alt fra før fødselen. Disse knytter seg til arvelige anlegg for sykdom på den ene side, anlegg for funksjoner som er mer eller mindre verdsatt i samfunnet på den annen side, og til levekår, miljøforhold og levevaner hos mor og far allerede i svangerskapet. Ofte er det slik at gunstige forhold følger hverandre, slik at forutsetningene er meget gode hos de fleste, mens andre alt ved fødselen har den motsatte situasjonen. Vi viser her til eget underkapittel om svangerskapskontroll og helsestasjon i flere av de senere kapitlene.

Familieforhold og nærmiljø i oppveksten har betydning for helsen gjennom en lang rekke forhold - fra kommunikasjon, trygghet og samspill mellom familiemedlemmene, familiens evne til å stimulere barnets utvikling og om familien har støttespillere i nabolaget, slekta eller lokalsamfunnet - til slike forhold som røykevaner, kost- og mosjonsvaner i familie og nærmiljø. Familiens boforhold og bomiljø kommer også inn.

Materielle og kulturelle forhold gjennom hele livet har selvsagt stor betydning. Over hele verden - og også i Norge - blir mennesker født inn i ulike sosiale lag som man ofte holder seg til gjennom hele livet. Familiens økonomi og makt i samfunnet, næringsgrunnlag og utdanningsmuligheter er stikkord. Ser vi litt ut over Norge, kan politisk stabilitet og trygghet føyes til. Gunstige forhold følger ofte hverandre: er næringsgrunnlaget godt, er det store muligheter til å holde seg til slektens yrkestradisjon og bli boende på hjemstedet, hvis man ønsker det. Forholdene ligger også bedre tilrette, hvis man ønsker å holde kontakt med slekt, venner, forbindelser og en kulturkrets man kjenner og er en del av. Og selv om man flytter, det være seg innen Norge eller til andre land, vil man i «bedrestilte» familier ofte ha god mulighet til å opprettholde kontakt med slekt og gamle venner.

Spørsmålet om ulikheter i helse er også knyttet til spørsmålet om hva det er som gjør at mange klarer seg bra tross dårlig materielt og kulturelt utgangspunkt fra barndommen av. Norsk forskning (Lars Grue, Nova, Hilchen Sommerschild) har vektlagt dette at man som barn har minst en stabil og kvalitativ voksenkontakt, høyt evnenivå og gode skoler som forklaringer. På samme måten som arv har betydning for hvem som rammes av de i hovedsak miljøbetingede folkesykdommene, kan det neppe være tvil om at slike forhold kommer i tillegg til de rent materielle vilkårene.

Utdanning, yrke og inntektsnivå er vist å henge sammen med helse - stort sett på en slik måte at høy utdanning, høy inntekt og yrker preget av mangel på miljøbelastninger og som har høy anseelse, innebærer en helsemessig fordel. Man vet ikke i hvilken grad det er utdanningen i seg selv, dvs. kunnskap og forutsetninger og mulighet til å tilegne seg kunnskap som teller mest, om det er at de best utdannede har mest overskudd i hverdagen, best økonomi til å drive egenomsorg eller de mest egnede sosiale nettverkene, om det er slik at det å verdsette utdanning og å verdsette framtidig helse henger sammen, eller om det er slik at de mest priviligerte er de første til å tilegne seg nye trender fra middelhavslandenes sunne kosthold eller røykfrie miljøer i USA.

Det er interessant at de priviligerte ligger godt an for visse sykdommer hvor vi vet mye om årsak, slik som lungekreft, mens de ligger heller dårlig an der vi vet mindre, som brystkreft og prostatakreft. For svært mange sykdommer er årsakene ukjente, og mange opptrer med liten eller ingen forskjell mellom sosialgruppene. Det er viktig å ha det klart for seg at høy utdanning og god karriere ikke beskytter mot alle typer sykdom, og at selv på områder hvor de mest priviligerte som gruppe kommer gunstig ut, er dette ingen garanti for god helse hos den enkelte.

I Samfunnsspeilet nr. 4, 1997 behandles Sosiale indikatorer 1980-1996, og det konkluderes med at de rike blir sakte men sikkert rikere, mens de fattigste får en stadig mindre del av inntektskaka. Økonomisk høykonjunktur blir her trukket inn som forklaring.

Undersøkelsen om Oslo-helsa viser at til tross for utvikling av et velferdssamfunn med økonomiske støtteordninger til svake grupper og rimelig god tilgang til tjenester for alle, har dette ikke vært nok til å hindre utviklingen av store forskjeller mellom bydeler i helsetilstand. Ulikheter i helsevaner forklarer en del, f.eks. ser vi at lungekreft er mest utbredt i Oslo Øst, hvor det også røykes mest. Unøyaktig måling av hvor utsatt hver enkelt er for en (risiko)faktor gjør at man aldri vil få fram nøyaktig hvor stor andel av ulikhetene som skyldes kjente forhold som røyking, kosthold, mosjon og høyt blodtrykk. Noe av ulikheten kan antagelig forklares ved at personer med lav inntektsevne pga sykdom, flytter fra strøk det er dyrt til områder det er billigere å bo. Men helsevaner og flytting pga dårlig helse er antagelig ikke tilstrekkelige forklaring på de helsemessige ulikhetene som er avdekket innen Oslo.

Espen Dahl («Sosial ulikhet i helse: Artefakter eller seleksjon?» FAFO-rapport 170, 1994 og foredrag på Folkehelseutvalgets dagsseminar 25.3.98:«Helse og sosial ulikhet» understreket disse mulige delforklaringene på ulikhetene:

- Ulike nivå av samlede mestringsressurser
- Ulike nivå av stress og sosial støtte i vanskelige situasjoner
- Når i livsløpet påkjenningene finner sted
- Psykososiale forhold, som selvfølelse, selvhevdelse og opplevelse av mening og sammenheng (sence of coherence)
- Job-strain-modellen (liten frihet i jobben, samtidig med stor belastning)

Utjevning av sosiale forskjeller i helse: Arbeidsplassen som arena

De fleste voksne i Norge identifiserer seg i stor grad i forhold til sin tilknytning til arbeidsmarkedet, arbeidssted og funksjon i yrkeslivet. Alderspensjonister identifiserer seg ut fra tidligere yrke og barn og unge i forhold til framtidig yrke eller foreldres. Gifte kvinner som ikke har sterk tilknytning til egen karriere, vil ofte kople seg til ektefellens yrke og arbeidssted. Store private firmaer gjør i dag mer for ansattes velferd enn før, og langt på vei er dette en måte å møte konkurransen om ettertraktet arbeidskraft på. Det er tildels snakk om skattefrie frynsegoder. Dette at arbeidsstedet sponser fritidstilbud gjør at ansatte føler seg verdsatt og er et gode enten man benytter tilbudene eller ikke.

Yrkesaktive vil tilbringe svært mye av sin våkne tid på arbeidsstedet og ofte i nær kontakt med kolleger. Arbeidsplassen kan være en kilde til glede og tilfredsstillelse, men flere undersøkelser som ble publisert i 1996 gir urovekkende informasjon av mange arbeidstakeres følelse av ubehag og stress på jobben eller på grunn av jobben (referanser).

Arbeidsplassen har derfor en sterk stilling i de yrkesaktives og deres familiers liv og kan være en god arena for helsefremmende og forebyggende innsats. De aller fleste arbeidsplasser er også en del av et lokalsamfunn og kan ha en framtredende rolle i utviklingen av lokalsamfunnet. Svært viktig er det å legge til rette for et godt arbeidsmiljø og å ha en god personalpolitikk, herunder seniorpolitikk og mulighet for fleksible løsninger for småbarnsforeldre, oppfølging av sykemeldte og bedriftsinternt opplegg for attføring. Virkemidler på en arbeidsplass spenner for øvrig fra forebygging av «livsstilssykdom» ved sunn kost i kantina («grønne kantiner»), røykfritt miljø, felles mosjonstilbud og støtte til bedriftsidrettslag og AKAN-opplegg, til forebygging av belastningslidelser gjennom tiltak for spesielt utsatte grupper blant arbeidstakerne.

Bedriftshelsetjenesten har hatt som en hovedoppgave å overvåke og redusere miljøbelastninger og annen helserisiko i jobben. Fysisk og kjemisk risiko forbindes gjerne med mannsarbeid og industribedrifter, men er i dag tilstede også på typiske kvinnearbeidsplasser i det offentlige. Eksempler er klientvold mot ansatte ved pleieinstitusjoner og sosialkontor og eksposisjon for giftige medikamenter og narkosegasser ved arbeid på sykehus.

På den annen side bør arbeidsplassen neppe være av samfunnets hovedarenaer for folkehelsearbeid, hvis målet er å jevne ut sosiale ulikheter i helse. De som trenger helsefremmende tiltak mest, er ofte utenfor arbeidslivet eller de kan være i den lavest lønnede og minst attraktive delen av det. Og det er ellers svære forskjeller mellom bedrifter og jobbkulturer mht muligheter for helsefremmende tiltak slik at folkehelsearbeid knyttet til bedriftene faktisk kan øke de sosiale helseforskjellene:

– De som er ansatt i store, ressurssterke konsern har ofte alt i dag sunne kantiner, kulturtilbud, økonomisk trygghet, bedriftsidrettslag, bedriftslege og pensjonistforening - og i tillegg er jobben forurensningsfri og stimulerende og kan innebære høy grad av egenkontroll og selvbestemmelse. De ansatte er ofte yngre og middelaldrende, høyt utdannede menn bosatt i sentrale strøk og har ofte gode forutsetninger for helse på en rekke av livets områder.
– Jobber man derimot i anleggsbransjen med skiftende arbeidssteder, brakketilværelse og ukependling, er sjansen liten for at arbeidsgiver klarer å legge helsefremmende tilbud til rette - og større for at de ansattes forutsetninger for helse er mindre gode i utgangspunktet.
– Offentlig ansatte blir ofte mindre ivaretatt av arbeidsgiver enn hva arbeidstakere blir i større private firmaer. For mange vil større trygghet og evnt. mindre overtid og tidspress kunne veie opp for dette. Men grupper av offentlig ansatte i f.eks. svært belastende pleie- og omsorgsarbeid ville kunne ha stor fordel av helsefremmende tiltak i tilknytning til arbeidsplassen. Her er det snakk om grupper av kvinner som i utgangspunktet har relativt høy risiko for både belastningslidelser og helseproblemer knyttet til røyking og andre levevaner.

I publikasjonen «Mobbing og harde personkonflikter. Helsefarlig samspill på arbeidsplassen» (Ståle Einarsen, Bjørn Inge Raknes, Stig Berge Matthiesen, Odd H. Hellesøy, Sigma forlag, Oslo 1995) konsentrerer forfatterne seg om hvordan mobbing og destruktive konflikter kan håndteres og forebygges. Det vises til arbeidsmiljøloven som en av verdens mest omfattende og ambiøse. Publikasjonen viser hvor utbredt mobbing og trakassering er på norske arbeidsplasser, hvem som er mest utsatt, hvor mobbingen foregår, og hvem som mobber. Publikasjonen belyser også sammenhengen mellom mobbing, trivsel på jobben, helse og sykefravær.

Utvalget vil understreke at dette er et arbeidslivsproblem som må tas meget alvorlig - ikke minst sett i forhold til de stadig økende krav til effektivitet og prestasjoner. Dette bekreftes i dette sitatet «Det fysiske arbeidsmiljøet har forandret seg lite fra 1989 til 1996, men i løpet av samme tidsperiode har styringen blitt strammere og kravene større. Flere føler at arbeidet blir styrt av tidsfrister, fastlagte rutiner og krav fra kunder og klienter.» (Samfunnsspeilet nr. 2/1998, Øyvind Andresen).

Arbeidsledige, trygdede og hjemmearbeidende

Arbeidsledige er ingen ensartet kategori, hverken sosialt eller helsemessig. Stort sett kommer de helsemessig ut omtrent som de yrkesaktive innen yrket de normalt ville jobbet i, men langtidsledige kommer mindre gunstig ut. Trygdede er en annen viktig gruppe som har svakere forutsetninger for helse enn andre, men som faller utenfor en satsing på arbeidsplassen som arena. Både arbeidsmarkeds- og trygdeetaten har erfaring med rehabiliteringsopplegg med sikte på å komme i jobb, men i mindre grad med tiltak for å øke livskvalitet, styrke mestringsevne og unngå

sykdom uavhengig av jobbmessig framtid. Hjemmearbeidende, oftest kvinner med omsorg for barn, eller eldre, kommer i dag ikke spesielt godt ut når det gjelder helse.

Skolen som arena for folkehelsearbeid

Skolen når hele befolkningen i en uhyre viktig livsfase. Foruten kunnskap, holdninger og ferdigheter elevene tilegner seg, er skoleårene viktige for utvikling av selvfølelse, mestringsevne, mosjonsvaner, kost- og rusvaner, kulturtradisjoner og fysiske ferdigheter . Det er lang tradisjon for å se skolen som en helsearena fra årene da forebygging av infeksjons- og mangelsykdommer sto i fokus. Vaksiner og helsekontroller, tannhelsetjeneste, skolefrokost, opplæring i matstell og kroppsøving kan nevnes. I de senere årene har røykfriprosjekter, prosjekter mot mobbing, prosjekter mot rusgift og temaer som prevensjon og forebygging av seksuelt overført sykdom kommet med. Kan denne innsatsen utvides og økes, uten at opplæringen i realfag, samfunnsfag og språk bli svekket? Et hovedpoeng ved skolen som arena er at den treffer alle og ved dette gir særlig god mulighet til utjevning av forutsetningene for god helse. «European Network of Health Promoting schools» er et samarbeid mellom WHO, EU og Europarådet. Nærmere 40 land deltar i nettverket. I hvert deltakerland er det plukket ut minumum 10 skoler som arbeider med helsefremmende prosjekter. Det vises ellers til omtalen i punkt 4.3.2. Utvalget ser skolen som en svært viktig arena mht et folkehelsearbeid som skal nå hele befolkningen, og som sårbare grupper i særlig grad skal ha nytte av.

7.6.5 Sosial ulikhet, er vi villige til utjevning?

Det er vanlig å omtale Norge som et lite land med små sosiale forskjeller, sammenliknet med de fleste andre land. Det er likevel viktig å være klar over at forskjellene mellom fattig og rik øker også i Norge, og at undersøkelser har vist at polariseringen skjer raskere hos oss enn i noe annet europeisk land. Norge er inne i en periode med økonomisk høykonjunktur, redusert arbeidsløshet og færre langtidsledige. Færre mottar sosialhjelp og disponibel inntekt øker sterkt. Samtidig ser vi tendenser til at den økonomiske framgangen ledsages av økende forskjeller mellom folk. Blant de nyfattige er det en stor andel barnefamilier, og grupper som ungdom, funksjonshemmede og ikke-vestlige innvandrere sakker akterut

(Kilde: Samfunnsspeilet nr. 3 og nr. 4/1997). Er vi villige til økonomisk utjevning, eller skal vi nøye oss med å søke og dempe de helsemessige konsekvensene av ulikhetene ved en sosial profil på utbyggingen av offentlige tjenester?

Som nevnt i delkapittel 3.2.1 vil den økonomiske globaliseringen føre til økende sosiale forskjeller i vår del av verden, hvor forskjellene hittil har vært mindre enn i mange andre land. Det ligger utfordringer i å motvirke et press mot økte sosiale forskjeller.

Kan helsetjenesten jevne ut sosiale ulikheter i helse?

På den ene siden blir det hevdet at helsetjenesten er en viktig utjevningsfaktor, på den annen side at helsetjenesten bare har en marginal effekt for folkehelsen. I artikkelen «Fordeling av velstand er fordeling av helse» (Brekke, Mette, Tidskrift for Den norske lægeforening 1/1998) poengteres at den enkelte opplever at god og tilgjengelig helsetjeneste er av stor og slett ikke marginal, betydning. For det offentlige er fordelingen av forebyggende helsetjeneste noe man har under kontroll. Kommunen kan for eksempel bygge helsestasjon i et nytt bo-område hvor man vet at en del vanskeligstilte barnefamilier flytter inn. De som jobber i helsetjenesten må ikke dermed tro at sektoren alene kan ta på seg ansvaret for folkehelsen.

Det burde være selvsagt at en persons sosiale status ikke blir bestemmende, hverken for kvaliteten på forebyggende arbeid eller for medisinsk utredning og behandling når et problem har begynt å utvikle seg. Men dette kan lett skje likevel

fordi de best utdannede fungerer bedre enn andre i rollen som brukere av tjenesten. De er ofte godt orientert om hvilke muligheter som foreligger, de vil lett kunne formulere sine ønsker, og som eldre vil de ofte ha pårørende som følger godt opp. Når brukerstyring kommer inn som et viktig prinsipp, både i forebygging og behandling, er det viktig å sikre at alle, og spesielt de sosialt svakeste gruppene, er informert om alle former for egenomsorg, helsetilbud og muligheter for bedring av livskvalitet som kan være aktuelle.

Tilbudene må være reelt tilgjengelige for alle. Det er ikke nok at de finnes og at alle har anledning til å bruke dem forutsatt at de kan betale hva det koster. Private helsetjenester, valg av sykehus og valg av skole virker forskjellsskapende. Utvalget vil understreke at helsetjenesten har store muligheter til å motvirke sosiale skjevheter, det samme har andre sektorer. Andre sektorer kan bidra til å minske forskjellene i livskvalitet, ved f.eks. å ha kulturtilbud på tidspunkt som passer for hjemmeboende pensjonister, men framfor alt har andre sektorer mulighet til utjevning av selve grunnlaget for sosiale ulikheter.

En nedslående erfaring de siste årene er at prosjekter som har vist seg å fungere godt m.h.t. utjevning av sosiale forskjeller i helse, f.eks. helsestasjoner for ungdom, har mistet støtte fra kommunene. Et annet eksempel er at i Akershus der helsen hos barn var dårligst, var det minst bruk av helsestasjonstilbudene.

Utvalget vil i kapittel 10 komme tilbake til hva som kan gjøres for å jevne ut sosiale ulikheter i levekår og helse.

7.7 SPESIELLE GRUPPER I BEFOLKNINGEN

7.7.1 Barn og unge

Barn og unge 0-18 år er omlag en million i Norge, dette utgjør en fjerdedel av befolkningen. De yngste barna (0-3 år) bor mer sentralt enn gjennomsnittet av befolkningen. Barn og unge opplever samlivsbrudd: En tredjedel av barn opplever samlivsbrudd/skilsmisse (skilsmissetall fra 1988 som grunnlag) før de fyller 18 år. Mødre utgjør 90 prosent av alle enslige foreldre. Enslige forsørgere kan være dårligere økonomisk stillet og ha vanskeligere levekår enn kjernefamilien. Opplysninger og data om barns helse har lett for å forsvinne i de store helseundersøkelsene som er laget på grunnlag av representative utvalg i befolkningen.

De aller fleste er friske og har bedre vilkår for en god fysisk og mental utvikling enn noen gang tidligere. Økonomi, boligforhold og annen materiell standard er jevnt over langt bedre enn for noen tiår siden. Ernæring og tilrettelegging for lek og læring er bedre, det samme gjelder foreldrenes kunnskap. En spørreundersøkelse om helse og trivsel hos elever i videregående skole i Trondheim og Sør-Trøndelag (Jensen, Svebak, Götestam 1996) konkluderer med at de fleste ungdommene opplever livet som meningsfylt, trives godt, har god helse og evne til å mestre utfordringer. Følgende tall kan minne om at det har skjedd mye positivt:

- Spedbarnsdødeligheten har sunket til under det halve fra 1965 til 1990 (i 1995 4,0 per 1000 levende fødte).
- Barnesykdommene polio, kikhoste, meslinger, røde hunder er redusert fra å berøre størstedelen av barnebefolkningen til praktisk talt ingen.
- Antallet alvorlige ulykker blant barn og unge er redusert med 2/3 fra 1970 til 1987.
- Ammefrekvensen ved 3 måneder har økt fra under 40 prosent til 80 prosent (som også var nivået før 1920).
- Hyppigheten av røyking i svangerskapet er redusert fra over 30 prosent til ned mot 20 prosent de senere årene selv om dette fortsatt er altfor høyt.
- Hjernehinnebetennelse er sjelden, men har en betydelig dødelighet, og barn og

unge er spesielt utsatt. Den vanligste årsak til hjernehinnebetennelse er nærmest eliminert blant småbarn etter innføring av Hib-vaksine.

Vaksinasjonsarbeidet må fortsette for å opprettholde denne situasjonen.

Folkehelseproblemer i voksen alder som psykososiale problemer, ulykker og sykdom som har med kosthold, røyking og mosjon å gjøre er relevante også for barn og unges helse som barn og framover. Det å unngå både aktiv og passiv røyking, å utfolde seg fysisk og ha et riktig sammensatt kosthold fra barnsben av bidrar på lang sikt til å redusere forekomsten av store folkesykdommer som hjerte-kar sykdom og kreft.

De aldersspesifikke problemer i sped- og småbarnsalder er knyttet til:

* risikoforhold og påvirkning i svangerskap og perinatalperiode
* lav fødselsvekt
* plutselig uventet spedbarnsdød
* infeksjonssykdommer, særlig øvre luftveisinfeksjoner
* atopisk sykdom
* utrygg omsorgssituasjon og omsorgssvikt
* funksjonshemming og kronisk sykdom

Mens utviklingen hovedsakelig har vært positiv, er det likevel trekk som gir grunn til bekymring. Undersøkelsen som er nevnt ovenfor (Jensen, Svebak, Götestam 1996) viser at omtrent 15-20 prosent av ungdommene synes å streve med livsproblemer som er så vanskelige at de bør få ulike former for støtte og hjelp til å styrke et trygt nettverk omkring seg mens de enda er i videregående skole. I «Ungdomsundersøkelsen 1994» oppga 9 prosent av Trondheimsungdommene at de ikke hadde noen å snakke med om problemene sine. Dette gjaldt flest gutter, og 16 prosent (en av seks) av 17-åringene.

Negative utviklingstrekk kan belyses ved disse tallene:

– Det er grunn til å anta at 4-5 prosent av barna er utsatt for omsorgssvikt/seksuelle overgrep.
– Trivselsundersøkelser i skolen viser at 95 prosent synes de har det bra på skolen, 5 prosent har det ikke like greit.
– 3 prosent av ungdom mellom 14 og 18 år er anmeldt til politiet for en kriminell handling (og bare en brøkdel av slike handlinger blir anmeldt)
– Undersøkelser om alkoholbruk blant ungdom viser at 70 prosent av 16-åringer drikker alkohol hver uke og at 1/3 av 17-åringene drikker 8-10 halvlitere øl hver lørdagskveld. Det er klar sammenheng mellom foreldrenes alkoholvaner og barnas rusmiddelbruk.
– Av 15-20 åringene har 8 prosent på landsbasis og 18 prosent i Oslo brukt cannabis. Tallene for hardere stoffer ligger på mellom 0,5 og 1 prosent på landsbasis og 0,7-2,5 prosent i Oslo.
– I 1995 var det 25 prosent dagligrøykere og 20 prosent av-og-til-røykere i aldersgruppen 16-19 år. Dette er den høyeste andelen røykere som er registrert i denne aldersgruppen siden 1976.
– Aborttallene har vært på jevn tilbakegang siden begynnelsen av 90-årene. Størst nedgang har skjedd i de to yngste aldersgruppene 15-19 år og 20-24 år. Bortsett fra Sverige er det likevel slik at Norge har flere aborter og svangerskap blant tenåringer enn andre nordiske land. I dag er abortraten i Norge 18,7 pr 1000 jenter i alder 14-19 år (Danmark 15,6)
– De svakest stilte barnefamilier har sakket akterut. Enslige forsørgere har dårligere levekår enn andre.

Et fellestrekk ved de fleste av disse problemene er at de i hovedsak oppstår som følge av påvirkning fra oppvekstmiljøet. De fleste barn er i utgangspunktet friske og med gode utviklingsmuligheter. Det er gjennom påvirkning i oppvekstmiljøer at problemene skapes. Mens alvorlige infeksjoner og ernæringssvikt nå nesten er utryddet som problem, er altså årsakene i dag nær knyttet til forhold ved samfunn og livsstil. Derfor er årsakene også vanskelig å bekjempe, problemene er ofte sammensatt og ansvaret er uklart definert.

Fra tallene over kan det se ut som det er de større barn og ungdom som får økende problemer. Det er ikke tvil om at det er behov for større innsats overfor ungdomsgruppen, samtidig som det fortsatt er viktig å fortsette innsatsen mot sped- og småbarnsårene, der grunnlag for gode levevaner legges.

I skolealder kjennetegnes barn- og ungdoms helseproblemer mer av psykososial art som viser seg blant annet ved følelsesmessige- og atferdsvansker, stadige smerteplager, ensomhetsfølelse, angst, mobbing,, skolevegring/mistrivsel, spiseforstyrrelser og bruk av rusmidler. En undersøkelse (B. Wold, 1995) av 5000 skoleelever på 11, 13 og 15 år viser at over 20 prosent av elevene rapporterer psykosomatiske plager som for eksempel hodepine, depresjon, rygg og magesmerter.

Flere undersøkelser foretatt i ulike sosiale og kulturelle sammenhenger er kommet fram til at ca 16 prosent av barn og unge viser tydelige tegn på mistrivsel og tilpasningsvansker som går ut over deres daglige fungering.

Selv om de fleste er enige om at grunnleggende goder som barns helse og funksjonsevne ikke skal være påvirket av den økonomisk eller sosiale situasjonen foreldrene befinner seg i, viser det seg eksempelvis allerede i første leveår at omfanget av både varig sykdom og sykehusinnleggelser varierer systematisk mellom ulike sosiale grupper. (Sætre, Mathisen, Nærde 1996).

I Elvbakken og Mælands undersøkelse om det forebyggende arbeidet overfor barn og unge i kommunene fra 1996 var psykososiale problemer et av de to viktigste tema i alle klassetrinn utenom ett.

7.7.2 Eldre

Mange kommuner er dårlig forberedt på den raske veksten i de eldste eldre, og de økte behovene for omsorgstjenester av ulik art. (Samfunnsspeilet nr. 3, 1997, Ole Gulbrandsen)

Ut fra den kunnskapen vi har hatt i mange år om den demografiske utviklingen, særlig når det gjelder eldrebefolkningen tyder dette på at god og pålitelig kunnskap ikke er nok. Hadde man tidligere også vektlagt helsefremmende arbeid i forhold til de eldre, er det meget mulig at den situasjonen mange kommuner er i nå, hadde vært bedre både for de eldre selv og kommunene. Eksempler som boliger med livsløpstandard, et større regulert utleiemarked, mer fleksible støtteordninger, flere hjelp til selvhjelpstiltak m.v. kan nevnes.

Man kan spørre seg om det er rimelig å behandle eldre som en samlet gruppe i en utredning om folkehelsearbeid. Forskjellene er enorme både helsemessig, og når det gjelder levekår. I boka «Folkehelse i forandring» (Hurlen, P og Nordhagen, R (red.), Folkehelsa 1996, utgitt av Universitetsforlaget) er eldres helse tatt opp av Peter F. Hjort og Hans Th. Waaler. Forfatterne fremhever disse forholdene når det gjelder eldres helse:

* Gjennom de siste 200 årene - og spesielt de 50 siste - er dødeligheten gått ned og helsen opp.

* Enten en ser på dødelighet, sykelighet eller førlighet, finner en at økningen i dødelighet, sykelighet og uførhet (i absolutte tall) tiltar markert ved en gitt alder - for tiden fra midt i 70-årene.

* Kvinner lever i gjennomsnitt 6 år lengre enn menn, men har ved samme alder dobbelt så mange plager og halvparten så god førlighet

* Den laveste sosioøkonomiske gruppen har i det store og hele dobbelt så stor dødelighet og sykelighet og halvparten så god helse og funksjon som den høyeste.

* Årsaksforhold til ulikheter i eldres helse- og levekår spenner fra forskjeller i alders- og sykdomsprosesser, genetiske faktorer, livsstil, arbeid, sosial klasse og personlighet.

I St.meld. nr. 50 (1996-97) Handlingsplan for eldreomsorgen slås det fast at det er fem hovedgrunner til betydelige hjelpebehov i høy alder: aldersdemens, leddsykdommer, skader (inkl. lårhalsbrudd), hjerneslag og en kombinasjon av to eller flere av disse sykdommene. Det sies videre:

«Dersom vi vurderer mulighetene for bedre forebygging, behandling og rehabilitering de kommende 5-10 år, er det lite sannsynlig at de medisinske framskrittene vil komme på de to feltene som hyppigst bidrar til det mest omfattende pleie- og omsorgsbehovet: aldersdemens og kombinasjonen av flere aldersrelaterte, alvorlige kroniske sykdommer.» (side 13).

I Handlingsplan for forebygging av ulykker i hjem, skole og fritid er eldre en viktig målgruppe. Når det f.eks. gjelder forebyggingsinnsatsen for eldre er det mye konsentrert om fallulykker i hjemmet. I 1993 dominerte fall blant dødsårsakene ved voldsom død (40 prosent). De aller fleste skyldtes fall på samme nivå hos personer over 75 år. Som vi ser i beskrivelsen av folkehelsearbeidet i Japan (vedlegg 3), er eldrebefolkningen en svært viktig målgruppe i den japanske forebyggingsstrategien.

7.7.3 Den svake minoriteten

Den svake minoriteten i 2/3-samfunnet har høy sykelighet og dødelighet. Det skyldes delvis en uheldig livsstil, men man regner med at det er de samfunnsmessige rammebetingelsene på bunnen av samfunnshierarkiet som forklarer det meste. Levevaner og rammebetingelser henger for øvrig sammen: det er vanskelig å gjøre det som skal til for å spise sunt, mosjonere og slutte å røyke, når selvfølelsen ligger lavt, overskuddet mangler, det er knapt med både tid og penger og man har måttet flytte vekk fra venner og kjente for å få jobb.

Det fins en omfattende litteratur om den svake minoritetenes helseproblemer. Norsk forskning på dette området har vært mindre omfattende enn i mange andre land, men det skjer også nyvinninger på forskningsfronten her i landet. Eksempler er «Storbyhelseprosjektet» og forskning i regi av Norges forskningsråd (Velferd og samfunn). Grupper av eldre (nevnt over), blant kvinnene, blant innvandrere og blant kronisk syke og funksjonshemmede (nevnt i det følgende), vil tilhøre denne svake minoriteten. Også en del barnefamilier vil være å finne i denne gruppen, noe utvalget finner bekymringsfullt mht barnas oppvekst og utvikling.

7.7.4 Grupper blant kvinnene

Norge er del av en kultur der kvinner som gruppe har mindre makt og innflytelse enn menn, både med hensyn til å planlegge sitt eget liv, og når det gjelder innflytelse på samfunnsutviklingen. Vi vet at kvinners livs- og arbeidssituasjon har endret seg mye gjennom de siste 20 årene; kvinner er i dag som regel yrkesaktive. Videre er skilsmisser og nyetablering av parforhold blitt vanlig i alle aldersgrupper. Dette gir konsekvenser for livskvalitet, helse, uhelse og samfunnets støtteordninger.

Folketrygden er i ferd med å endres til å betrakte hver enkelt person som en enhet og går bort fra å se på familien samlet mhp ytelser. På et vis går det i retning

av at alle betraktes som enslige menn. Men kvinner oppfører seg ikke som menn, selv om de er yrkesaktive. De går fremdeles inn i lavtlønnsyrker, de avpasser yrkesaktiviteten med omsorgsoppgaver i hjemmet og søker stort sett ikke planmessig en karriere med sikte på egen inntekt som hovedkilde til forsørging av seg og sine barn. Mer enn 80 prosent av minstepensjonistene er kvinner som ikke har opptjent tilleggspoeng fordi de har vært hjemmearbeidende. De aller fleste enslige forsørgere er kvinner. Per 1.1.98 var det 110 600 enslige mødre med hjemmeboende barn under 18 år (SSBs Barne- og familiestatistikk per 1.1.98). Til sammenligning var det på samme tidspunkt 14 800 alenefedre. Det er også færre barn med gifte foreldre, mens flere bor sammen med samboende foreldre og søsken.

I et trygdesystem som ikke kompenserer for omsorgsarbeid og heller ikke for bortfall/ fravær av en «mannsinntekt», kommer store grupper av enslige kvinner ut som fattige, sett i forhold til andre i samfunnet. De helsemessige konsekvensene av dette trenger nærmere utredning.

Kvinner i Norge rammes oftere enn menn av langvarige smerter i bevegelsesapparatet, noe oftere av mentale lidelser og i tillegg oftere av en del andre sykdommer som det er mindre oppmerksomhet om. En del «nye» sykdommer ser ut til ensidig eller hyppigere å ramme kvinner som f.eks. fibromyalgi. Det er ikke kjent i hvilken grad denne oversykeligheten kan tilskrives nettopp mindre innflytelse, mer omsorgsarbeid på andres premisser, mindre planlegging av eget liv, det at innsatsen verdsettes lite i samfunnet, eller det at økonomien er dårlig.

Det at kvinnene lever lenger enn menn, kan forklares av mindre sårbarhet overfor hjerte- og karsykdom gjennom fertil alder, noe som antas først og fremst å være knyttet til gunstig virkning av kvinnelig kjønnshormon.

Et regjeringsoppnevnt utvalg vurderer bl.a. på bakgrunn av nevnte beskrivelse kvinners helse og sykdom i Norge. Enkelte grupper er spesielt uthevet: unge kvinner, kvinner i 40-års alderen, eldre kvinner, innvandrerkvinner og kvinner med funksjonshemming. Utvalget skal bl.a. utarbeide en oversikt over sammenhenger mellom kvinners helse og levekår mht yrke, arbeidsvilkår, sosioøkonomisk status og familieforhold. Utvalget skal drøfte hvordan kjønnspesifikk kunnskap skal anvendes, foreslå tiltak rettet mot utsatte grupper og komme med anbefalinger for å sikre godt folkehelsearbeid overfor kvinner. Dette utvalget har frist til 1. desember 1998.

7.7.5 Innvandrere

Utvalget bruker i sin omtale av innvandrere den samme definisjonen som brukes i St.meld. nr. 17 (1996-97) Om innvandring og det flerkulturelle Norge. Her er en person en innvandrer hvis han eller hun er født utenlands, er fast bosatt i Norge og har utenlands fødte foreldre. Ved inngangen av 1996 var dette 191 945 personer, dvs 4,4 prosent av den samlete befolkning. Hver sjette innvandrer i Norge per 1.1.96 kom enten fra Sverige eller Danmark. Deretter kommer innvandrere fra Pakistan som den tredje største gruppen. På fjerdeplass finner vi innvandrere fra Bosnia-Hercegovina. I tillegg kommer andre grupper med bakgrunn fra utlandet (norskfødte med en eller to utenlandsfødte foreldre, utenlandsfødte med en norskfødt forelder, utenlandsadopterte og utenlandskfødt med norskfødte foreldre), dette var i alt 204 699 ved inngangen til 1996. Totalt utgjorde innvandrere og personer med bakgrunn fra utlandet om lag ni prosent av befolkningen i Norge per 1. januar 1996.

Av innvandrere som kom i perioden 1986-1990, var 43 prosent utvandret før utgangen av 1995. 57 prosent bor fortsatt i Norge. Vestlige innvandrere utvandrer hyppigst, mens flyktninger både fra Øst-Europa og andre verdensdeler blir værende. Det samme gjør yrkesaktive innvandrere fra andre verdensdeler enn

Europa. En kjenner innvandringsårsaken til ca. 60 200 av de i alt 83.700 førstegenerasjons-innvandrere som ankom i perioden 1986-1990. Årsaken til innvandringen fordelte seg slik: 32 prosent var ikke-flyktninger, 39 prosent var flyktninger, mens 29 prosent kom gjennom familiegjenforening. 83 prosent av alle arbeidsledige innvandrere kom fra Afrika, Asia, eller Latin-Amerika

(Kilde: Tone Ingrid Tysse, og Nico Keilman Flyktninger forblir, nordboere reiser hjem, Samfunnsspeilet nr. 4/1997.)

Inn- og utvandring har siden begynnelsen av 1970-tallet fått stadig større betydning for befolkningsutviklingen i Norge. De siste 25 årene har Norge vært et land med gjennomgående flere innflyttere enn utflyttere fra alle deler av verden. I løpet av perioden har nettoinnvandringen utgjort en stadig større del av folketilveksten, fra en drøy femtedel på begynnelsen av 1970-tallet til 35-40 prosent de siste 15 årene. I perioden 1971-1995 har gjennomsnittsalderen for innvandrerbefolkningen ligget 10-20 år lavere enn for dem som bor i landet. Derfor kan en si at innvandring forynger befolkningen og demper eldrebølgen. Dette resonnementet bygger på en framskrivingsmåte ut fra hvordan befolkningen ville sett ut om landets grenser hadde vært fullstendig stengt.

(Kilde: Jørgen Carling, Innvandring demper eldrebølgen, Samfunnsspeilet nr. 4/1997)

Blant innvandrere i Norge er det en sterk konsentrasjon av unge voksne - særlig menn - og svært få gamle. Blant personer med bakgrunn fra Asia, Afrika og Latin-Amerika er under 2 prosent 65 år eller eldre. 15 prosent av innvandrere og deres barn fra disse delene av verden, er førskolebarn mot 10 prosent i den øvrige befolkningen.

Når det gjelder geografisk bosetting er innvandrere fra nordiske land relativt jevnt fordelt over hele landet. Blant ikke vestlige innvandrere er det en sterk bokonsentrasjon i Oslo. Nesten annenhver innvandrer fra Afrika, Asia og Latin-Amerika var bosatt i Oslo per 1. januar 1996. Omtrent en tredel av innbyggerne i Oslo Indre øst (bydelene 4, 5 og 6) er innvandrerer mot under tre prosent i bydelene i Ytre vest. Innvandrere fra ikke vestlige land bor i hovedsak i bydeler med lav sosioøkonomisk status. Innvandrere fra ikke vestlige land har for øvrig mye kortere botid i Norge enn andre innvandrergrupper.

SSB gjennomførte våren 1996 en levekårsundersøkelse blant personer med bakgrunn fra det tidligere Jugoslavia (unntatt Bosnia - Hercegovina), Tyrkia, Iran, Pakistan, Vietnam, Sri Lanka, Somalia og Chile. Nedenfor refereres noen av resultatene.

Det er vanskelig å trekke sikre slutninger om utdanningsnivået til ikke-vestlige innvandrere fordi man mangler statistiske opplysninger om utdanning. Levekårsundersøkelsen til SSB som er nevnt ovenfor, viser imidlertid tendenser til at utdanningsnivået til innvandrere fra ikke vestlige land er lavere enn for norskfødte og vestlige innvandrergrupper. Det er store forskjeller mellom nasjonalitetsgruppene.

Undersøkelsen viser at innvandrere fra ikke vestlige land har lavere disponibel inntekt enn nordmenn fordi de oftere er uten lønnet arbeid enn nordmenn, oftere befinner seg i lavtlønnsyrker og noe oftere arbeider deltid. 3 av 10 hushold i denne gruppen faller under grensen for lavinntekt. Mange ikke vestlige innvandrere bor trangt, og de har generelt mindre muligheter enn nordmenn til å kjøpe bolig. Vanskeligst stilt er de som kom til Norge etter at lavkonjunkturen satte inn ved inngangen til 1990-tallet.

Selv om den registrerte ledigheten blant innvandrere har gått ned det siste året, er arbeidsledigheten blant innvandrere fra ikke vestlige land fortsatt betydelig høyere og sysselsettingen lavere sammenliknet med med norsfødte og innvandrere fra

vestlige land. Undersøkelsen viser også at innvandrere fra ikke-vestlige land som er yrkeaktive oftere jobber i mer belastende arbeidsmiljø enn nordmenn.

Levekårsundersøkelsen som dette baserer seg på forteller imidlertid også noe positivt: det er mindre opplevd diskriminering på bolig- og arbeidsmarkedet enn man har funnet ved tidligere undersøkelser. Noe av forklaringen på dette tilskrives at innvandrere aksepterer i større grad boforhold og jobber som nordmenn er misfornøyde med.

Når det gjelder innvandrere og helse viser undersøkelser foretatt av SSB at forekomsten av varig sykdom er større blant nordmenn enn ikke vestlige innvandrere. Undersøkelsene viser imidlertid også at når ikke vestlige innvandrere først blir syke, rammes de hardere, og sykdommen medfører større konsekvenser for aktivitetsnivået særlig blant de eldre. Dette kan bli en utfordring for framtidens helsevesen. Per i dag har eldreomsorgen liten erfaring med denne gruppen. 1200 innvandrere fra ikke vestlige land er pensjonister i Oslo i dag. Bare et fåtall befinner seg på norske alders- og sykehjem. De neste årene kommer imidlertid tallet til å øke kraftig. 5000 innvandrere nærmer seg pensjonsalder i Oslo, og tallet på eldre innvandrere vil fortsette å stige med bratt kurve de neste 20 årene. Det er for tidlig å si noe om i hvor stor grad eldre innvandrere vil benytte seg av offentlige tilbud innen eldreomsorgen.

Innvandrere fra ikke vestlige land forteller oftere enn nordmenn at de er ensomme. Mer enn fire av ti innvandrere forteller at de ofte eller av og til er ensomme mens det er mindre enn to av ti nordmenn. Dårlig kontakt med det norske samfunnet og svekket familienettverk bidrar til sosial isolasjon. Innvandrere fra Iran og Somalia er særlig utsatte.

(Kilde: Levekår blant innvandrere 1996, SSB og Hvorfor er så mange ensomme? Svein Blom, Samfunnsspeilet nr. 4/1997).

En annen problemstilling som det er viktig å sette søkelyset på, er at mange av de innvandrerne som blir pensjonister de nærmeste 5 årene, ikke vil ha opparbeidet seg pensjonsrettigheter i forhold til folketrygden. I dag gjelder bl.a. kravet om tre års trygdetid for å få grunnpensjon, og 40 års trygdetid for å få full grunnpensjon. I praksis innebærer dette at mange eldre innvandrere henvises til sosialkontoret, med de belastninger dette kan medføre for den enkelte.

Spedbarnsdødeligheten er en av de mest brukte helseindikatorer i internasjonal helsestatistikk og er et mål på levekårene i samfunnet og reproduktiv helse. I utredningen om Oslohelsen går det fram at spedbarnsdødeligheten for Oslo ligger på norsk landsgjennomsnitt, men at det blant ikke vestlige innvandrere er en noe høyere andel barn med lav fødselsvekt, alvorlige medfødte misdannelser og dødelighet både i perinatal- og spedbarnsperioden. Kvinner med ikke vestlig kulturell bakgrunn har et lavere forbruk av tobakk og alkohol enn norske kvinner. Dette er faktorer som bidrar til å senke spedbarnsdødeligheten og problemer i første leveår.

I en undersøkelse om pakistanske familier med barn med funksjonshemming som ble foretatt i forbindelse med et informasjonsopphold på Frambu Helsesenter ble erfaringene og oppfølgingen på hjemstedet vurdert. Det viste seg at informasjon fra fagpersonell ble vanskelig, og at det i liten grad ble etablert bånd mellom de norske og de pakistanske familiene. De pakistanske familiene holdt derimot kontakten seg i mellom etter avsluttet opphold på Frambu. Det går fram av undersøkelsen at hverdagen for familiene ikke ble vesentlig forandret etter oppholdet. Blant annet manglet fortsatt ansvarsgrupper rundt barna, selv om det var sterkt anbefalt i epikriser.

Undersøkelsen ga flere eksempler på hvor vanskelig familiene opplevde ansvarsgruppemøter hvor tolken ikke dukket opp eller gikk før møtets slutt, og hvor innkallingen ble sendt på norsk som familien ikke behersket. Kommunikasjonen

mellom familiene og trygdekontorene var spesielt vanskelig. Det konkluderes med at informasjonsopphold for grupper med samme språk og kulturelle bakgrunn kan synes enda viktigere enn for norske familier med funksjonshemmede barn.

(Kilde: St. meld. nr. 34 (1996-97) Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre, side 47).

Utvalget antar at det også på andre områder er mangelfull kontakt mellom norske helse- og sosialtjenester og innvandrere som brukere. Det er ofte nødvendig med bruk av tolk og spesielt tilrettelagt informasjon for at innvandrere skal ha den samme tilgang på tjenester som nordmenn. I St.meld. nr. 23 (1996-97) (Fastlegemeldingen) er fremmedspråklige pasienter nevnt i underkapittel 4.9 Tiltak for å sikre tverrfaglig, sektor- og nivåovergripende innsats for pasienter med sammensatte behov, men er ikke problematisert i forhold til fastlegenes innsats i det forebyggende arbeidet.

7.7.6 Den samiske befolkningen

NOU 1995: 6 Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkningen, gir en framstilling av de ulike samiske kulturene i Norge, og de regionale variasjoner i samenes kultur og næringstilpasning. Den berører også generelle problemer knyttet til materielle levekår, og til samenes situasjon som en språklig og kulturell minoritet, og som en urbefolkning i Norge.

Primærnæringene utgjør en høy andel av sysselsettingen blant samer i hele det samiske bosettingsområdet. Tilknytning til primærnæringsutøvelse utgjør en vesentlig forutsetning for samisk kultur og legger grunnlaget for videreføring av kultur og identitet. Arbeidsmiljømessige belastninger, økonomisk usikkerhet , høy arbeidsledighet og usikkerhet om framtiden for næring og kultur, bidar til svekket livskvalitet for samer.

Den geografiske såvel som den kulturelle og språklige avstanden til helse- og sosialtjenestene er for mange svært stor, slik at tilgjengeligheten blir dårlig. NOU 1995: 6 påviser flere former for beskrankninger i samenes forhold til helse- og sosialtjenestene. Både den generelle distrikts- og næringspolitikken, arbeidsmarkedspolitikken, tiltak for sikring av naturmiljøet og utviklingen innen helse- og sosialtjenestene, er derfor av stor betydning.

Flertallet av samer er i dag flerspråklige og flerkulturelle. Med i bildet hører likevel at mange samer sliter med ettervirkninger av tidligere tiders fornorskningspolitikk, og det faktum at den samiske kultur må beskrives som en truet kultur. Dette kan oppleves problematisk av samer, både i forhold til betraktninger rundt egenverd og framtid, og i forhold til de av dagliglivets situasjoner som innebærer kulturelle valg.

Økt kunnskap om samiske forhold og økt aksept fra majoritetsbefolkningen, gir tryggere identitet og bedre livskvalitet for samer. Det er likevel behov for ytterligere tilrettelegging mht sikring av levekår og forebygging av problemer knyttet til opplevelse av minoritetssituasjonen og til forvaltning av kulturell identitet. Målet må være trygghet for samer i forhold til materielt kulturgrunnlag og de forskjellige former for kulturutøvelse og en opplevelse av likeverd i forhold til andre kulturer.

7.7.7 Funksjonshemmede

De fleste funksjonshemmede er under 67 år. I følge Levekårsundersøkelsene er det omtrent dobbelt så mange i alder 16-66 som i alder 67-79 år. De aller fleste funksjonshemmede oppgir at de har en eller annen form for langvarig sykdom (87 prosent i 1995). Blant funksjonshemmede har 50 prosent en sykdom i muskel-/

skjelettsystemet, mot 15 prosent blant befolkningen for øvrig. Angst og depresjon ligger 5-6 ganger høyere blant hos funksjonshemmede enn hos andre.

Levekårsdata for funksjonshemmede har vært et satsningsområde for Regjeringens handlingsplanperioder for funksjonshemmede 1990-93 og 1994-97. Undersøkelser som har vært foretatt i dette tidsintervallet viser at funksjonshemmede kommer dårligere ut enn andre på en rekke sentrale levekårsvariabler. Flere undersøkelser viser at viktige kommunale tjenester som hjemmehjelp og hjemmesykepleie i liten grad tildeles yngre funksjonshemmede med store tilsyns- og pleiebehov. Dette kompenseres ikke ved at de som gir uformell omsorg får avlastning. Husholdsomsorgen for funksjonshemmede som mottar hjelpestønad til tilsyn og pleie, karakteriseres av at pleieforholdet har vart lenge, at det utføres av en person eller få personer, og at det er omfattende i antall timer per uke.

På noen felter har det vært forbedring siden 1980-årene - flere har fått utdanning og inntektene har økt, men på de fleste områdene har forbedringene vært enda større for den delen av befolkningen som ikke er funksjonshemmet.

(Kilde: Karl-Gerhard Hem og Arne H. Eide. Funksjonshemmedes levekår 1987-1995, Samfunnsspeilet nr. 2/199).

Økonomisk evne blant både grunnstønadsmottakere og hjelpestønadsmottakere er dårligere enn blant de yrkesaktive og den eldre del av befolkningen. Flere av undersøkelsene viser at familier med funksjonshemmede barn har dårlig økonomi, og at mange foreldre har måttet endre sin arbeidssituasjon når de har fått et funksjonshemmet barn. I tillegg til redusert inntekt har familiene også ekstra utgifter på grunn av funksjonshemmingen. Halvparten av hushold med hjelpestønadsmottakere under 20 år klarer ikke en uforutsett regning på kr. 2000 største delen av året. I befolkningen generelt er det 14 prosent som har en slik økonomisk situasjon. Det vises ellers til omtalen av barnefamilienes sårbarhet i forhold til den nye fattigdommen i innledningsavsnittet i dette kapitlet. Andelen som oppgir at de har vansker med å klare løpende utgifter økte fra 4 prosent til 8 prosent i tiden 1987-95, mens den lå flatt på 3 prosent hos andre.

I St.meld. nr. 34 (1996-97) Resultater og erfaringer med Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre, er levekår i ulike livsløpsfaser omtalt, jf underkapittel 12.4 om familier med funksjonshemmede barn, funksjonshemmet ungdom, funksjonshemmede i yrkesaktiv alder og eldre funksjonshemmede. Pakistanske familier med funksjonshemmede barn har fått spesiell oppmerksomhet fordi de synes å komme dårlig ut i forhold til det norske tjenesteapparatet. Det vises til dette i avsnittet om innvandrere ovenfor.

I meldingen sies det i *"Mangfold i folkehelseabeidet i kommuner og fylkeskommuner"* i kapittel 5 Hvor står vi - hvor går vi? at det ikke er mulig å si noe sikkert om funksjonshemmede har fått det vesentlig bedre eller verre i løpet av de to handlingsplanperiodene, men at det ut fra levekårsundersøkelsene 1991 til 1995 kan synes som om det ikke har vært vesentlige endringer. Det er fortsatt slik at funksjonshemmede i forhold til andre har dårligere økonomisk evne, lavere yrkesaktivitet, lavere utdanningsnivå, høyere andel med symptomer på psykiske lidelser, mindre deltakelse i kultur, fritid og psykisk aktivitet. De funksjonshemmede som kommer ut med «dårligst levekår» oppgir hyppigst diagnoser som psykiske lidelser, sykdommer i åndedrettsorganene og sykdommer i skjelett/muskelsystem. Tallmessig er denne gruppen på ca 9 000 i alderen 16 - 67 år, og meldingen mener det må være en hovedutfordring å bedre forholdene for disse.

I et folkehelseperspektiv er det lite lystelig å se hvilket helsefremmende og forebyggende arbeidet som har vært rettet mot funksjonshemmede. Det går fram at i de to planperiodene har det vært lagt vekt på at det ordinære forebyggende arbeidet skal omfatte funksjonshemmede. Dette betyr at kostholdsinformasjon, kampanjer

for fysisk aktivitet o.l. skal tilrettelegges slik at informasjonen når fram og kan benyttes også av funksjonshemmede. Men her har det ikke skjedd noen ting fra det offentliges side. Et eksempel er at informasjon som er tilgjengelig for andre, ikke har vært tilrettelagt for syns- og lesehemmede. Et annet eksempel er at tiltak for økt fysisk aktivitet ikke har inkludert tilbud som passer for bevegelseshemmede.

7.8 UTFORDRINGER

7.8.1 Politikk og ledelse i samfunnet

Politikk og ledelse er en viktig arena av to nokså forskjellige grunner.

Den ene er, i tradisjonen fra forebygging av smittsomme sykdommer og «livsstilssykdommer», at forholdene legges til rette av dem som styrer, slik at enkeltmennesket lett - og helst med glede - kan gjøre de «riktige valgene»:

- Sunn mat må være bedre, billigere og lettere tilgjengelig enn usunn mat.
- Kontrollen med næringsmidler må være så god at vi ikke fristes til å kjøpe mat som er billig og ser bra ut, men gir infeksjonssykdom
- Kollektivtransporten, som fører til at folk går mer og bidrar mindre til luftforurensning, må bli dramatisk billigere, mens privat bilisme må bli dyrere.
- Skoleveiene må gjøres sikre, så barna kan gå til skolen. Lekeområdene i nærmiljøet må bygges ut, og lekeområder er i et helseperspektiv langt viktigere enn idrettshaller.
- Tur- og sykkelveier må bygges kraftig ut. Friluftslivet må stimuleres.

Den andre grunnen som bringer politikk og deltakelse inn som arena, er at det å delta i, påvirke og ha innflytelse på utformingen av samfunnet i seg selv er et helsegode. Det er viktig at dagens «svake grupper» både blant unge og voksne, får del i dette. Lav selvfølelse, apati, følelse av maktesløshet og mangel deltakelse i samfunnet er blant de problemene «den svake minoritet i 2/3-samfunnet» sliter med. Det å delta i samfunnet kan dreie seg om formell eller uformell deltakelse, på et lavt eller høyt plan, sentralt eller lokalt, personlig eller ved å være med i en organisasjon man er trygg på at taler for den saken man er opptatt av.

Med andre ord er det viktig å arbeide for at alle lag i befolkningen har talerør inn mot samfunnsbeslutningene, og ikke bare at de «riktige» beslutningene blir tatt. Det er folk - ikke helsesektoren - som eventuelt skal få til at helsemessige «riktige» beslutninger blir tatt i andre sektorer.

Kanskje er det en god løsningen at mange av beslutningene som er viktige mht smittsomme sykdommer og «livsstilssykdommer» blir tatt på nasjonalt plan. Begge disse sykdomsgruppene er nasjonalt og internasjonalt utbredt, årsaker er stort sett de samme uansett hvor man er innen Norge, og nasjonale tiltak gjennom lovgivning, importkontroll og prisregulering er aktuelle.

Hovedtyngden av arbeidet for folkehelsen må likevel forankres lokalt, dvs. i kommunen eller bydelen. For eksempel viser forskjellen i utdanning og inntekt, dødelighet og sykelighet mellom Oslo øst og vest at prioriteringer og metoder i arbeidet bør være forskjellig.

Det må stilles fire krav til kommunene:

- De må lage en kommuneprofil for folkehelsen og problemene med den. Denne profilen må bygge både på statistikk og lokal erfaring. Det er en fordel om en kan sammenlikne med andre, f.eks. fylkesgjennomsnitt eller landet som helhet. Forskjell mellom deler av kommunen må klarlegges dersom det er holdepunkt for at dette kan være av betydning. Små kommuner kan eventuelt utarbeide felles kommuneprofil.
- Basert på denne profilen må kommunen, i samarbeid med ulike brukergrupper,

utarbeide strategi og plan for forebyggende og helsefremmende arbeid. Denne planen bør også omfatte habilitering og rehabilitering.
– Kommunen må ha en klar forankring av ansvaret for arbeidet og sikre en organisering av samarbeid på tvers av administrative grenser.
– Kommunen må sørge for nødvendige midler.

Det er en utfordring å samarbeide med dem det gjelder om prioriteringen av lokale tiltak og senere om å utforme de ønskede tiltakene. Gjelder tiltaket barn, er det viktig at barnefamilier er med i begge faser. Eksempler på slike tiltak som ble foreslått av ungdom for å gjøre en landkommune til en bedre oppvekstkommune med færre problemer blant de unge, er klatrevegg i sentrum og bedre offentlig kommunikasjon fra utkantene til kommunesentrum. Målet er å få til en lokal blomstring. Det siste store poenget er at alt som kan gjøres for å utjevne forskjellene i befolkningen vil bedre helsen.

7.8.2 Er kommunen alltid den rette enheten m.h.t. tiltak?

Norske kommuner er ofte for små i forhold til overvåkning av helseforhold, og også små m.h.t. å holde seg med «et miljø av kompetente ansatte» for å sette tiltak i verk. Mange kommuner er også for små til at det er mulig å synliggjøre gevinst av arbeidet målt i liv, sparte syketilfelle eller økt livskvalitet blant f.eks. funksjonshemmede.

Videre vil påvirkning av holdninger i økende grad skje via riksdekkende massekommunikasjon. Innen kosthold og ernæring er tendensen at vi spiser stadig mer industriprodusert mat, slik at påvirkning av den ernæringsmessige sammensetningen bør skje fra Staten til produsenten, i tillegg til helsesøsters appell til forbrukeren.

Utvalget ser det som viktig at det arbeides videre med grenseoppgangen mellom statlig, fylkeskommunalt og kommunalt nivå innen folkehelsearbeidet. Det vises til kapittel 10.

7.8.3 Er det vilje til folkehelsearbeid i kommunen?

Lav motivasjon i kommunens ledelse nevnes ofte av dem som arbeider med forebygging innen helsesektoren. Hvis dette er tilfelle, hvorfor? Nedenfor er listet opp en del mulige forklaringer:
– Kommunene forventes å stå for folkehelsearbeidets kostnader og drift, men får ikke unngått sykdom som innsparing i sitt eget system. For eksempel vil helsestasjon for ungdom koste kommunale kroner, mens færre aborter og kjønnssykdommer kommer som besparelser for sykehus og trygdebudsjett.
– Står vi overfor et organiseringsproblem, med urealistiske forventninger fra staten til kommunene om at «hver enkelt liten kommune skal gjøre alt grunnlagsarbeid, etablere alle tiltak og sørge for all varig drift»?
– Hvordan virker det på kommunene at statlige prosjekter som Samlet plan for det forebyggende og helsefremmende arbeidet, Mat for folket, Folk i form til OL og Aksjonsprogrammet barn og helse etableres sentralt og stiller forventninger til kommunene om å prioritere bestemte innsatsområder? Bidrar dette til å gjøre kommunenes ansvar mindre klart? Burde kommunene vært langt sterkere inn i planleggingsfasen? Og hvordan skulle dette i så fall vært gjennomført?
– Er de statlige prosjektene og handlingsprogrammene uttrykk for uenighet mellom staten og kommunene om hva som er viktig? Sagt med andre ord: Ser staten, men ikke kommunene, behovet for den type folkehelsearbeid de statlige

satsingene har representert?

– Er helsefagfolkene i kommunene lammet av tvil på om kunnskapsgrunnlaget et godt nok, - og om folkehelsearbeid nytter? Er kravet til «evidence-based medicine», som er tilpasset høyteknologisk medisin, blitt en demotiverende faktor m.h.t. mer personavhengige tiltak som umulig kan vise til store, randomiserte studier?
– Hva betyr det at forskning og prøveprosjekter er mer karrierefremmende for fagfolkene i kommunen, enn å ha «sittet» med ansvar for drift av varig virksomhet? I andre land satses det f.eks. langt mer målrettet og langsiktig enn her på lokale tiltak mot røyking, og med langt bedre resultater. Her ligger kanskje en utfordring m.h.t kommunenes personalpolitikk.

7.8.4 Behovet for organisering av folkehelsearbeidet i kommunen

Det kan neppe være tvil om at organiseringen av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet er en hovedutfordring, tatt i betraktning dagens spekter av helse og helseproblemer. Men det er liten forståelse for de betydningen avgjørelser og tiltak i andre sektorer enn helsetjenesten har. Det er mulig at utfordringen først og fremst er pedagogisk, nemlig å få både folk flest og nok beslutningstakere til å skjønne dette. På den annen side er det ikke sikkert at hensynet til helse er noe som «selger» særlig godt i sektorer hvor man er opptatt f.eks. av samferdsel med sikte først og fremst på å komme raskest mulig fra sted til sted. Det kan hende vi har et av de største dilemmaene i dette at helse ikke står så sterkt som verdi, når vi beveger oss ut i frisk og økonomisk trygg befolkning og ut av helsesektoren.

Organisatorisk gikk mange i 1980-årene inn for kommunale helseopplysningskomiteer med offentlige instanser og frivillig organisasjoner representert. Ordet «helseopplysning» ble på den tiden brukt nærmest synonymt med «forebyggende og helsefremmende arbeid». Der komiteene ble dannet, var de oftest ledet av helsesøster eller representant for frivillige. Det er vist i en oversikt Helseopplysning i kommunehelsetjenesten - status 1991 (John Gunnar Mæland, Hemil-senteret, Universitetet i Bergen, 1992) at samarbeid med frivillige var noe som preget kommuner med stor aktivitet. Problemet var at komiteene aldri fikk noen plass i det kommunale systemet og dessuten lite eller ikke noe budsjett.

Et godt folkehelsearbeid i framtiden er helt avhengig av at kommunene finner plass og budsjett for folkehelsearbeidet i organisasjonen og at ansatte som har ansvar for dette arbeidet er ivaretatt like godt som andre m.h.t. yrkesmessig framtid.

7.8.5 Hvilke forhold skal kommunale aktører gripe tak i?

Kommuner er ikke homogene m.h.t. utfordringer for folkehelsen. Særlig vil by- og industrikommuner romme sosiale og kulturelle forskjeller som kan kreve større lokal tilpasning enn hva forskjellen mellom kommuner tilsier. Med andre ord: administrative enheter er ofte ikke naturlige enheter for «skreddersydd folkehelsearbeid».

Det er ingen tvil om at satsingsområder i folkehelsearbeidet må baseres både på hvordan helsen og levekårene faktisk er hos de ulike grupper av innbyggere, på hva folk i kommunen ønsker og finner rimelig, og på hva som er praktisk gjennomførbart med de ressurser man rår over. Det kan beskrives visse hovedtendenser for helseforskjeller mellom kommuner med utgangspunkt i Statens helseundersøkelsers 40-åringsprogram og rapporten Helseprofil i Akershus, utgitt 1998:

- Helseprofilen i Akershus tyder på at både psykiske plager og smerter fra muskler og skjelett, og uførhet på grunn av dette, er vanligere i landkommuner enn i mer velstående forstadskommuner
- I spredtbygde strøk med store avstander og høy hastighet er det stor sjanse for alvorlige trafikkulykker
- Dess lavere utdanning og inntekt/sysselsetting, dess større utfordringer knyttet til livsstil på feltene røyk, kost og mosjon.
- Industri-kommuner: ofte mye røyking.
- Landsbygd: ofte fetere kost, høyere kroppsvekt og liten tradisjon for mosjon i fritiden, med økt risiko for diabetes og hjertesykdom
- Kommuner med høye nivåer for inntekt og utdanning kan preges av høyt alkoholforbruk og bruk av illegale rusmidler blant ungdom
- Det er ofte svære forskjeller mellom sosiale lag innen store kommuner, noe som gir seg utslag f.eks. i helsemessige ulikheter mellom bydeler.
- Poenget er at det gjøres visse valg og satses langsiktig. Nedenfor er listet opp en del momenter som kanskje kan være til hjelp i prioritering mht. innsatsområder.
- Det er all grunn til å satse på virkemidler og tiltak som sikter mot gevinst på flere områder samtidig. For eksempel vil økt fysisk aktivitet være bra for livskvalitet, det kan antas å fremme utviklingen av selvfølelse og mestringsevne, ofte vil mosjonen skje sammen med andre og bidra til sosiale nettverk og samtidig er mosjon et virkemiddel i forebygging av visse belastningslidelser, fedme, sukkersyke og hjertesykdom.
- Det er ikke urimelig at kommunen setter inn innsatsen der man regner å kunne «løse problemet med liten innsats».

Det kan være grunn til å velge noe «populært» framfor noe som møter motstand og satse der det er stor grad av enighet om tiltak og man ikke truer folks verdier. Er brukerne samarbeidspartnere i prosessen, er det en selvfølge at tiltaket utformes i et samarbeid.

- Ikke alle tiltak for bedre folkehelse krever stillinger og driftsmidler. Det er f.eks. god grunn til å tenke på folkevalgte og kommunetoppers signaleffekt: røykes det på møtene? - Lar «toppene» seg fotografere med sigaretten i munnen/hånden? - Brukes sykkelen til jobb? - Kan møtematen i rådhuset være frukt og gjærbakst, framfor «fettbomber» som wienerbrød?

Tiltak for et røykfritt samfunn er ikke ukontroversielt, i og med at en del av befolkningen er røykere som ikke ønsker å slutte. Disse kan føle viktige frihet og andre verdier truet av massiv innsats mot røyking. Dagens satsing på hjelp til dem som ønsker å slutte, og samtidig bred satsing på at ungdom holder seg røykfrie, er eksempler på gode valg.

Innen styrking av selvfølelse og mestringsevne, og innen forebygging av mentale helseplager og belastningslidelser, er kunnskaps- og erfaringsgrunnlaget mindre enn på «livsstilssykdommenes» område. Her trengs ennå forsøksvirksomhet, og det trengs satsing på tiltak vi ser som goder i seg selv, uten at vi nødvendigvis er sikret en helsegevinst.

7.8.6 Hvilke forhold skal frivilligheten gripe tak i?

Egentlig ligger hele feltet av både «livsstilssykdommer», «samhandlingssykdommer» og utfordringer knyttet til livskvalitet, livsinnhold og mestring godt til rette for frivillig folkehelsearbeid. De store, humanitære organisasjonene som er grunnlagt

nettopp med tanke på folkehelsen vil ha et naturlig forhold til å sette tiltak i verk på alle disse områdene, men kanskje først og fremst på felt som ligger nær opp til kroppslig og mental helse, barns oppvekstvilkår og helserelatert livskvalitet.

Organisasjoner som er grunnlagt med sikte på å utvikle dyktighet på områder som politikk, menneskerettigheter, friluftsliv, idrett, dans eller musikk vil ha et naturlig fortrinn når det gjelder livskvalitet, livsinnhold og mestring. Her er noe av poenget å se mål og verdier ut over de som er knyttet til egen helse og trivsel. Hvis det offentlige går inn som arrangør av slike aktiviteter, mener utvalget det under ellers like forhold vil ha mindre appell til folk flest enn om organisasjoner gjør jobben.

Pasient- og andre brukerorganisasjoner vil ganske sikkert komme stadig sterkere inn i bildet.

KAPITTEL 8

Livskvalitet - deltakelse - mestring

8.1 INNLEDNING

I dette kapitlet vil utvalget utdype og følge opp innholdet i underkapittel 7.3. Det viktigste i forbindelse med denne oppfølgingen er en samlende strategi som vil utvikle inkluderende og trygge lokalsamfunn. Selv om dette er to selvstendige strategier, vil de i et folkehelseperspektiv ha en positiv gjensidig effekt på hverandre. Empowerment kan bidra til å utvikle individer og grupper som igjen kan bidra til å utvikle inkluderende og støttende lokalsamfunn hvor den enkelte eller gruppen blir i stand til å finne sine egne problemer og sine egne løsninger. Et godt fungerende lokalsamfunn vil på sin side lette dette arbeidet.

Kapitlet er todelt. I den første delen vil utvalget gå nærmere inn på det som ligger i begrepet «empowerment». Noen oversetter dette ordet til «myndiggjøring». Det engelske begrepet er mer omfattende med en tredelt betydning:

1. å gi makt eller autoritet til,
2. å gjøre i stand til,
3. å tillate

Kilde: Webster's Encyclopedic Unabridged Dictionary

Omtalen i første del av kapitlet (8.2, 8.3 og 8.4) er basert på en delutredning av lege og prosjektleder Arild Aambø, Primærmedisinsk verksted i bydel Gamle Oslo. Primærmedisinsk verksted bruker empowerment som arbeidsmetode. Her gjengis erfaringer med empowermentprosjekter fra USA og Pakistan og fra vårt eget land. Underkapittel 8.5 presenterer et par empowermentprosjekter fra hhv Danmark og Sverige. Her har utvalget basert seg på erfaringer fra studieturer og litteratur fra disse landene.

Iflg Ottawa-charteret skapes helse der hvor folk bor, lærer, arbeider, leker og elsker. Dette betyr at vi må ta med bo- og nærmiljø og lokalsamfunn når vi skal arbeide for god folkehelse. I forhold til empowermentstrategien er det avgjørende at vi forholder oss til lokalsamfunnene fordi det nettopp er samspillet mellom individ, gruppe og lokalsamfunn som utgjør den arena hvor empowerment har størst virkning. I den andre delen drøftes derfor lokalsamfunnsutvikling i 8.6 i lys av praktiske erfaringer og forskningsresultater. Til slutt i underkapittel 8.7 gir utvalget en oppsummering og legger fram forslag til tiltak. Disse følges mer konkret opp i kapittel 10.

Livskvalitet - deltakelse - mestring

Livskvalitet og evne og muligheter for deltakelse og mestring er viktige elementer i opplevelsen av god helse, og som tradisjonelt har ligget utenfor helsevesenets forskning, diagnostikk og behandlingstradisjon. Det er mange argumenter for at helsevesenet bør ha en avklart holdning før de går videre i arbeidet som er i gang når det gjelder å bidra til menneskers livskvalitet knyttet til sykdom, behandling og faser av livet som tilbringes i nær kontakt med helsevesenet. Mange steder har leger, jordmødre og pleiere begynt å jobbe profesjonelt med både behandlingsrelatert livskvalitet, lindrende behandling, terminalomsorg, bedret svangerskapsomsorg og nye former for hjelp og omsorg ved fødsel - tiltak som er svært forskjellige, men som alle tar sikte på å bedre livskvalitet uten nødvendigvis å redusere faren for bestemte sykdommer eller forlenge livet.

Når det gjelder folk flest i faser hvor man ikke har annen enn sporadisk kontakt med helsevesenet, mener utvalget at den enkelte, likemenn, lokalsamfunnet og frivillig sektor står nærmest til å skape arenaer og dekke behovene vi har for å utfolde oss, bli verdsatt, takle utfordringer og møte interesse og omsorg fra «naturlige hjelpere».

Det er derfor viktig å ha stor bevissthet om hvor langt helsevesenets ansvar strekker seg inn i det som for de fleste oppleves som privatsfæren, og hvor profesjonalisert faglig hjelp fort vil virke mot sin hensikt.

Dette står ikke i motsetning til at det finnes enkelte grupper eller individer som kan trenge mer målrettet hjelp fra samfunnets side når det gjelder å øke kontrollen og mestringen av daglige utfordringer:

- De som skal venne seg til å leve med en kronisk sykdom eller funksjonshemming, og hvor overgangen fra tidligere tilværelse er stor.
- De som har sunket ned i apati eller depresjon og mistet grepet på tilværelsen etter å ha levet med sykdom, funksjonshemming, sterkt arbeidspress og belastning eller store mellommenneskelige problemer i lang tid, oftest flere år.
- Grupper som kollektivt kommer vanskelig ut i dagens samfunn, enten det er pga språkvansker, andre kulturkløfter, fattigdom, mangel på utdanning, mangel på respekt og anseelse eller annet som svekker selvfølelse og evne til å delta i samfunnet.
- Grupper som av ulike årsaker står utenfor arbeidsmarkedet, men som ønsker og evner å gjøre noe meningsfylt for andre.

Det er overfor disse gruppene viktig at det er den riktige støtten og hjelpen som settes inn.

Som nevnt i *"Tendenser - dilemmaer - utfordringer"* i kapittel 7, finnes det tradisjoner for hvordan det kan jobbes profesjonelt for å øke selvfølelse og livskvalitet, mestring av egen tilværelse og deltakelse i samfunnet i samarbeid med grupper som nevnt over.

Adams (1990) skriver følgende om det viktige paradokset i «empowerment»-metodikken:

> «There is a need to move beyond the perception of empowering as something which is done to you, or which you do to yourself, and then pass on to someone else. There is a risk that a book about empowering work will slip into the assumption that it is largely or wholly professionals who empower other people, such as service users. Associated with this is a range of means by which professionals may invade the territory of service users and reduce their scope for self - empowerment.» (s. 12)

Oversatt betyr dette at det er et stort behov for å bevege seg ut over oppfatningen om at «myndiggjøring» er noe du blir tilført, eller noe du gjør alene, for så å gi det videre (overføre) til andre. Risikoen er stor for at litteratur om myndiggjøring beskriver «empowerment» som noe profesjonelle gjør med folk, for eksempel tjenestebrukere innen sosialt arbeid eller psykiatri. Med en slik oppfatning står man i fare for at profesjonelle invaderer tjenestebrukernes eget aktivitetsterritorium og reduserer dermed deres muligheter for selv-myndiggjøring (self-empowerment).

Selv om slikt arbeid krever kompetanse, kan det drives av humanitære frivillige organisasjoner eller «naturlige hjelpere» og ikke nødvendigvis av det offentlige. Det offentlige kan på sin side bidra med rammebetingelser som ikke hindrer, men oppfordrer til bruk av andre enn de profesjonelle og styrking av folks ressurser.

8.2 FRA EN STATISK TIL EN DYNAMISK BESKRIVELSE

Etter at Sir Douglas Black i 1980 avga rapporten om ulikheter i helse i England etter 2. verdenskrig, har sammenhengen mellom sosial ulikhet og helse vært gjenstand for en økende oppmerksomhet fra en rekke ulike forskere. Også i Norge har problemområdet blitt satt på dagsordenen. Til tross for en positiv samfunnsutvikling med en generell nedgang i dødeligheten, har en i Norge sett en økende forskjell i dødeligheten mellom de sosioøkonomisk velstående, og de som ikke henger med i velstandsutviklingen, og det er berettiget å hevde at sosial ulikhet er et alvorlig helseproblem også i Norge (Dahl E: Sosial ulikhet i helse: Artefakter eller seleksjon? FAFO-rapport 170, 1994). Undersøkelser viser ellers at sosiale ulikheter betyr mere for helse og sykelighet i Sverige og Norge enn f. eks. Spania og Sveits. Sammenhengen mellom sosial ulikhet og helse synes å være uavhengig av den absolutte materielle standard og mye tyder på at ulikhetene i helse er mindre i land der egalitære prinsipper har vært rådende. (Thelle, Dag: Sammenheng mellom sosial status og helse, Oslohelsa, utredningen om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene (Rognerud og Stensvold, red.) Ullevål sykehus, klinikk for forebyggende medisin).

Hvordan virker så de vanskelige sosioøkonomiske forholdene inn på folks helse når det ikke er absolutt fattigdom dette dreier seg om? Ettersom nesten alle har oppnådd en minimumsstandard må en forklaring ta utgangspunkt i hvordan psykososiale forhold virker inn på folks helse. At psykososiale forhold har en sterk innvirkning på folks generelle helsetilstand er vist både ved epidemiologiske studier og ved eksperimentelle studier f.eks. Richard Wilkinson som har omtalt dette i sin bok 'Unhealthy Societies' (Wilkinson R: Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality, Routledge 1996).

Ulikt inntektsnivå reflekterer viktige sider i forholdet mellom individet og en sosial gruppe. I rike samfunn må denne forskjellen ses på ut fra den mening en slik ulikhet blir tillagt, og ut fra betydningen dette har for ens sosiale status. Wilkinson refererer bl.a. fire uavhengige studier som viste at uselektert arbeidsledighet, dvs arbeidsledighet som oppstår ved nedleggelse av en fabrikk el. l. virket sterkt negativt på folks helsetilstand, og at denne negative virkningen startet allerede når det ble signalisert innskrenkninger på arbeidsplassen. Undersøkelsene viste tydelig at helsen ble forringet som en konsekvens av usikre jobbforhold. De samme mekanismene ser ut til å gjelde for folks bosituasjon. Når en er usikker på om en kan klare å betale husleien for neste måned, skaper dette for de aller fleste et betydelig stress. Til og med når det gjelder barneulykker, som en i utgangspunktet skulle tro var lite avhengig av psykososiale faktorer, er det påvist sammenhenger med om moren er deprimert eller ikke. I mange tilfelle vil det være ikke så mye et spørsmål om 'hvordan en har det, men hvordan en tar det', men hvem ville vel ikke reagere dersom det oppstod usikkerhet omkring jobb eller bosituasjon?

En studie hvor en fulgte 752 middelaldrende menn i 7 år viste at dødsratene var over 3 1/2 gang så høye blant de som hadde erfart mer enn 3 episoder med alvorlig stress. Slike episoder var: å bli rettsforfulgt, tvunget til å flytte, skilsmisse eller separasjon, alvorlige økonomiske problemer, usikkerhet vedrørende arbeid, alvorlig bekymring for noen i familien, alvorlig sykdom i familien, å bli gjort overflødig, bli tvunget til å skifte jobb, at et familiemedlem dør. Listen er ordnet slik at de mest betydningsfulle episodene kommer først. At folk reagerer på slike hendelser med desperasjon, sinne, bitterhet, hjelpeløshet eller aggressivitet er forståelig. Mange opplever det som om livet er dominert av depressive følelser, sårbarhet, usikkerhet med hensyn til jobb og bosituasjon, håpløshet og isolasjon. De materielle omgivelsene vil ofte i tillegg være en konstant påminnelse om egen nedverdigelse, om sosial marginalisering og devaluering. Det er det vedvarende stresset som slike følelser framkaller som kan virke ødeleggende for helsen.

Wilkinson refererer Berkman som sier:

> «Between 1979... and 1994 there have been eight communitybased prospective studies that reveal an association between what we have now come to call social integration and mortality rates, usually deaths from all causes. ...Overall, they consistently show that people who are isolated are at increased mortality risk from a number of causes. Furthermore, they have several important methodological strengths which give us confidence in their findings....
>
> In the first of these studies, from Alameda County, men and women who lacked ties to others (in this case, based on an index assessing contacts with friends and relatives, marital status, and church and group membership) were 1.9 to 3.1 times more likely to die in a 9-year follow up period...than those who had many more contacts.» (Berkman LF: The role of social relations in health promotion. Psychosomatic research 57:245-54. 1995)

Wilkinson refererer også til mange studier som viser at mere og bedre kvalitet på den sosiale kontakten mellom folk, både i hjemmet og i lokalsamfunnet, har en helsefremmende virkning, og det ser også ut til at sosial støtte er en viktig faktor for at folk skal kunne endre sin respons til stressfremkallende hendelser og omstendigheter.

Deltakelse på godt og vondt

Ideologien har lenge vært klar: Under Alma Ata konferansen i 1978 ble det satt fokus på betydningen av deltakelse fra lokalbefolkningen i det helsefremmende arbeidet. Deltakelse er problematisk. Altfor ofte har fagfolk invitert til deltakelse hvor lekmenn er med på å utføre arbeidet eller de er spurt om å si sin mening uten at det har blitt noe mere ut av det. Deltakelse krever innflytelse over hele prosessen - fra planlegging til feiring av gode resultater når arbeidet er gjort, eventuelt at en blir med for å reflektere over hvorfor det ikke gikk som planlagt. Mange vegrer seg for å delta fordi de føler at det er en altfor 'ulik match'. Ottawa-charteret 1986 lanserte begrepet «empowerment» som en prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre sin helse.

I Sundsvall Statement on Supportive Environment fra 1991 som var resultatet av den første verdenskonferansen om helsefremmende arbeid, ble det lagt større vekt på de støttende (supportive) miljøenes betydning for helsen og spesielt de sosiale, politiske og økonomiske miljøer. Fire lokalsamfunnsstrategier ble framhevet som velegnede. Utvalget vil understreke denne:

> «Sette lokalsamfunnet og enkeltindivider i stand til å få kontroll over sin helse og sitt miljø gjennom utdanning og empowerment.»

Empowerment er et mål, en metode som passer så vel for den profesjonelle som den ikke-profesjonelle og en pedagogisk, sosial og helsefremmende strategi. Empowerment handler om makt og maktesløshet sett ut fra at maktesløsheten ikke bare er et individuelt problem, men i høy grad sosialt, økonomisk og kulturelt betinget. Empowerment er å styrke den makt den enkelte eller gruppen måtte være i besittelse av for å endre og påvirke uhensiktsmessige forhold. Målet er at personene mer effektivt kan styre sine liv mot egne mål og behov. Det er en direkte forbindelse mellom empowerment og frigjøring.

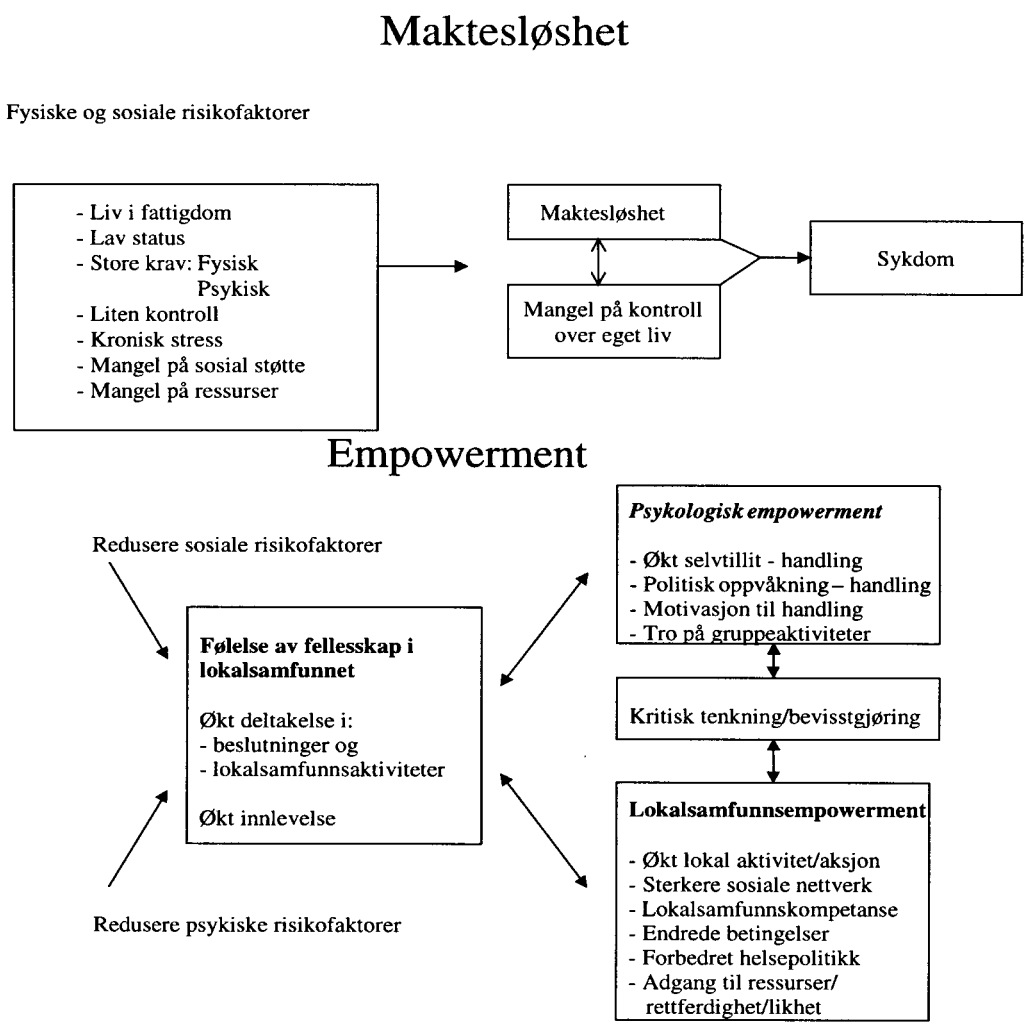
8.3 DELTAKELSE OG MESTRING (EMPOWERMENT) SOM BÆRENDE PRINSIPPP

8.3.1 Innledning

Wallerstein (Wallerstein N: Empowerment and health: The theory and practice of community change. Community Delevopment Journal Vol 28, no 3, s 218-227) hevder at personer som over lengre tid befinner seg i marginaliserte og/eller spesielt krevende situasjoner, og som opplever maktesløshet og mangel på kontroll over egen livssituasjon, er mere utsatt for sykdom. Empowerment retter seg mot denne mangel på kontroll ved å fremme deltakelse i aktiviteter i lokalsamfunnet, styrke følelsen av tilhørighet i lokalsamfunnet og i sosiale nettverk, og ved å fremme en tro hos folk på at de kan kontrollere sin verden. På denne måten vil empowerment også lede til sosial og miljømessig endring. Rappaport (Rappaport J: Terms of Empowerment/Exemplars of prevention: Toward a Theory for Community Psychology. American Journal of Community Psychology, Vol 15, No2, 1987) beskriver empowerment som at folk oppnår kontroll over sitt eget liv i en sammenheng hvor de deltar sammen med andre for å endre de sosiale og politiske realiteter de lever under. En spesielt tiltalende forståelse av empowerment er at folk blir i stand til å finne sine egne problemer og sine egne løsninger. En slik forståelse krever en ny forståelse av ekspertens/den profesjonelles rolle i denne form for arbeid.

Det er ikke uvanlig å snakke om empowerment som en psykologisk prosess hvor det er individet som står i sentrum, og at det er individet som får mere kontroll over sin egen livssituasjon. Adams (referanse 1996) refererer til empowerment både som individ-, gruppe- og samfunnsfenomen. Innen individområdet ser han for seg myndiggjøring av individer som bevisstgjøring, frigjøring, handlingsprosesser som over tid øker sannsynligheten for deltakelse og aktivitet på gruppe- og samfunnsnivå. Heron (1990) (R. Adams 1990, Social work and empowerment, Practical Social Work Series, British Association of Social Work, ISBN 0-333 - 69347 - 7) fokuserer på syv områder knyttet til individuell empowerment (nært knyttet til selvhjelpsarbeid på ulike vis). Noen vil imidlertid hevde at en ikke kan snakke om empowerment uten at hele grupper begynner å kreve innflytelse. Dette reiser spørsmålet: Hvordan kan en skape prosesser som har i seg en evne til å bre seg?

Nedenfor gjengis en modell om maktesløshet og empowerment som er beskrevet av Wallerstein og andre og oversatt til dansk i publikasjonen «Empowerment i praksis. Et sundhedsfremmeprosjekt for arbeidsfrie» (Lundemark Andersen og Vinther-Jensen, Forebyggelsesrådet, Århus Amt, Danmark, februar 1997).



Figur 8.1 Modell om maktesløshet og empowerment etter Nina Wallerstein (Powerlessness, Empowerment and Health: Implications for Health Promotion Programs; American Journal of Health Promotion, January/February 1992, Vol. 6, No 3 s. 197 - 205)

Lundemark Andersen og Vinther-Jensen skriver i publikasjonen om sin holdning til begrepet empowerment:

> «Empowerment bygger på en holdning og et menneskesyn, hvor udgangspunktet er at alle mennesker har ressourcer og kapacitet til at definere egne problemer og udvikle handlingsstrategier, der forholder sig til problemene på en for dem forståelig og håndterbar måde. Men det betyder ikke, at den enkelte skal overlades til sig selv, og at den professionelle kan fralægge sig et medansvar. Professionelle og borgere er sammen om en fælles borgerdefineret opgave ud fra hver deres forudsætninger.
>
> Vi tror på, at mennesker ønsker å få det bedste ud af deres liv, men vi tror ikke, at mennesker altid handler rationelt, og vi ved, at der ikke er lige vilkår for alle.
>
> Vi tror ikke på, at magt over eget liv - også i den udvidede betydning magt over forhold i samfundet, som har indflydelse på sundheden - er en gave, eksperter kan give til ikke eksperter. Vi tror på, at magt over eget liv skal erobres og tilegnes for at kunne fastholdes og anvendes.

Magt skal forstås som: Magt til at handle og magt over eget liv, men ikke magt over andre.»

8.3.2 Eksempler på amerikanske og pakistanske prosjekter som sikter mot mestring og deltakelse

I det følgende omtales enkelte prosjekter som har tatt problemene på alvor, og som kan tjene til å illustrere hva empowerment dreier seg om.

«The Tenderloin Senior Outreach Project» 1979 - 83

Tenderloin var et av problemdistriktene i San Fransisco med mye kriminalitet, prostitusjon, stoff- og alkoholmisbruk, feilernæring etc. I dette området bodde ca 8000 eldre menn og kvinner på enkeltrom i hospitser. I 1977 begynte en å planlegge et prosjekt for å øke sosiale nettverk og bygge opp en følelse av et lokalsamfunn blant de eldre. Mere enn 100 studenter ved 4 regionale universiteter deltok i prosjektet. En ønsket fra begynnelsen av å bygge opp tillit og å «starte lite». Blant de mere enn 40 hjelpeorganisasjonene i distriktet var det særlig den katolske kirke (som i ca 25 år hadde hatt et tilbud om gratis måltider) som hadde befolkningens tillit, og en allierte seg derfor med denne for å få innpass. Prosjektmedarbeiderne benyttet seg av gratis blodtrykkskontroller for å komme i kontakt med de eldre. De oppholdt seg i herbergets resepsjon en dag i uken, hvor de målte blodtrykk og 'svarte på spørsmål'. Etter mere enn ett år med slik aktivitet begynte den første gruppen av eldre å danne seg. Ettersom kontakten økte og tilliten vokste begynte gruppedeltakerne å meddele seg om problemer, bl.a. angst for kriminalitet, ensomhet og maktesløshet.

Etter hvert ble det så dannet grupper i andre hospitser, og høsten 1981 gikk disse sammen om å lage et prosjekt for å redusere kriminaliteten i området. Det følgende året sank kriminaliteten med 18 prosent, og politisjefen i området tilskrev dette for en stor del prosjektets arbeid. Sommeren 1983 fulgte et nytt prosjekt, denne gangen med fokus på ernæring.

Minkler skriver om prosjektet (Minkler M et coll: Social support and social action organizing in a 'grey ghetto': The Tenderloin experience. Int'l. Quarterly of Community Health Education, 3(1), 1982 - 83) «.... actual application of the problem posing methodology was effective only after considerable community development groundwork had been laid. Specifically, high levels of trust and rapport among hotel residents had to be reached before outside facilitators could ethically and effectively help residents explore the root causes of problems they faced ».

Fra det publiserte materialet om prosjektet er det tydelig at måten å etablere kontakt på ikke er likegyldig. Det å utvikle innpass og tillit krever tid, tålmodighet og vedvarende engasjement, og det er en styrke om en kan bygge videre på allerede etablerte relasjoner. Tidsperspektivet er antakelig spesielt viktig. Dersom en blir for mye fiksert i at en allerede tidlig i prosjektperioden skal oppnå resultater kan dette i sin tur utarme prosjektet. Dette prosjektet viser 'spredning' eller at det har overføringsverdi - både i forhold til andre hospitser med lignende problematikk og i forhold til andre problemområder. En slik spredningseffekt kommer enda tydeligere fram i neste prosjekt:

«Baldia Soakpit Pilot Project» 1979 - 1988

Baldia var et av de mest belastede tilflyttningsområdene i Karachi, Pakistan med mere enn 200 000 innbyggere i 1979, da prosjektet startet. Kvinnene i Baldia var blant de fattigste av de fattige og hadde svært lite utdanning. Den viktigste hindringen for utdanning var tradisjonelle skikker som bandt kvinnene til hjemmet. Prosjektet, som ble støttet av UNICEF, ble startet som et samarbeidsprosjekt mellom Karachi universitet, 'Department of Social Work', som stod for de sosiale og

motiverende aspektene ved prosjektet og Pakistan Jaycees som var ansvarlig for det tekniske. Etter at det var montert latriner i hjemmene til folk fikk kvinner og barn opplæring i å holde disse vedlike. Det ble delt ut informasjonsmateriell, og i denne prosessen begynte kvinnene å innse betydningen av å kunne lese og skrive.

Det ble etter hvert utviklet en form for hjemmeskole og høsten 1981 begynte kvinnene å se etter unge jenter som hadde litt skolegang. De utvalgte ble så gitt opplæring i å undervise barn og voksne. I løpet av noen måneder var 300 barn og 100 kvinner involvert i prosjektet. De fleste av kvinnene hjalp også til med sanitærprogrammet. Det ble reist liknende skoler i andre nabolag. I 1988 var det 120 lærere og 4000 barn (av disse 2 600 jenter) involvert i utdanningsopplegget. Lærerne fikk, etter at mødrene hadde uttrykt et stort behov for et forebyggende helseprogram, også opplæring i helsearbeid og vaksinering.

Et problem oppstod da de unge jentene som underviste kom i konkurranse til private utdanningssentra hvor det var menn som underviste. Mennene begynte å lage problemer for jentene, som ble ertet og trakassert på gaten. Prosjektleder måtte derfor arbeide for å skape beskyttelse for huslærerne, og hun lyktes i å få etablert støtte fra barnas foreldre. Problemet førte også til at huslærerne organiserte seg (Home School Teacher's Welfare Organization, Baldia Town). Konflikten løste seg imidlertid ved at de mannlige lærernes barn ble vaksinert av huslærerne.

Det blir her tydelig at folk i utgangspunktet ikke nødvendigvis er i stand til å se hvilke barrierer som skiller dem fra et bedre liv. I stedet for å forsøke å overbevise folk om hvilke problemer de har, ble det initiert et samarbeid, og underveis ble det skapt situasjoner hvor problemene ble synlige, og motivasjonen for endring økte. Selv om prosjektleder på forhånd var oppmerksom på de manglende lese- og skriveferdighetene ventet hun til kvinnene selv forsto betydningen av en slik barriere før hun aksjonerte. For 'eksperten' ble det således en utfordring ikke å arbeide hardere med problemet enn de som eier det. Ved å respektere sosiale og kulturelle begrensninger ble disse bevisstgjorte og gjenstand for refleksjon. Prosjektleder konkluderte med at å forbedre, styrke og bygge videre på eksisterende strukturer og kompetanse i lokalsamfunnet utvikler trygghet, tillit og aksept fra de som står utenfor prosjektet.

I dette prosjektet kom kvinnene som deltok i konflikt med de mannlige lærerne. Konflikten løste seg når de mannlige lærerne også kunne profittere på kvinnenes arbeid. At alle involverte parter tjener på prosjektet er en utfordring, men er trolig nødvendig for at prosjektet skal kunne utvikle seg på en gunstig måte. I dette prosjektet satset en på kvinner. Betydningen i å involvere kvinner i helsearbeidet blir tydelig også fra et annet prosjekt i Karachi:

«The Primary Health Care Programme in Karachi», Neelem Colony, Pakistan

Dette er et prosjekt hvor «health was integrated with sanitation, literacy and income-generation to provide a comprehensive package of socio-economic uplift» (Agboatwalla M, Akram D S: An Experiment in Primary Health Care in Karachi, Pakistan; Community Development Journal, Vol 30 No 4 1995). Prosjektet ble iverksatt av «Health Education and Literacy Project» (HELP) og ble startet på bakgrunn av høy spedbarnsdødelighet og mangelfull ernæring i et tilflytningsområde i Karachi. Initiativtakerne erkjente at forebyggende helsearbeid i seg selv ikke er en tilstrekkelig motiverende faktor for å skape endring. Ved å kombinere lese- og skrivekyndighet, helse, hygiene med muligheter for inntekt for kvinnene ble det mulig å skape en stor forbedring i mødrenes kunnskaper om immunisering, behandling av diare hos barn og hygiene.

Prosjektet viste at en ved å lage tiltalende kombinasjoner av ulike aktiviteter/ målsettinger kan skape den nødvendige motivasjon for videre samarbeid. En slik tilnærming krever at en kan arbeide på flere nivåer samtidig.

Evaluering av slike prosjekter er et problem. Spesielt er det vanskelig å vite hvilke kriterier en skal sette for framgang. «The Chicago Experience» var et evalueringsprosjekt som tok tak i dette spørsmålet.

«The Chicago Experience»

startet som et samarbeid mellom University of Illinois i Chicago og et utviklingsprosjekt (Developing Communities Project - DCP) som var rettet mot alkoholmisbruk i en bydel i Chicago, Greater Roseland Area. Det som kjennetegnet dette området var økende fattigdom, høy forekomst av blyforgiftning, drap, barnedødelighet og dessuten høye fødselstall blant tenåringene. 94 prosent av de som bodde i området var afro-amerikanere. Utviklingsprosjektet ville utvikle ledere som kunne organisere innbyggerne i bydelen i kampen mot denne 'negative statistikken' og fremme livskvalitet i lokalsamfunnet.

Universitetet ble koblet inn i forbindelse med at prosjektet skulle evalueres. Vesentlige spørsmål for forskeren var: Hvordan framskaffe informasjon som er valid, autentisk og nyttig? Vil det å samarbeide med målgruppen øke informasjonens kvalitet, pålitelighet og gjennomslagskraft? Hvordan vil fagfolk med en tradisjonell utdanning reagere på et slikt direkte og ansvarlig samarbeid med borgerne?

Fra de evaluertes synsvinkel framkom et nytt sett av spørsmål: Vil forskeren bare oppta vår tid, pumpe oss for informasjon og så la oss sitte tilbake med noe som ikke er brukbart? Kan vi uten videre overlate til forskeren å tenke og bekymre seg om hva som måtte gagne vårt arbeid? Hvordan kan utenforstående skjønne hvilke saker som er viktige for ledere i vårt lokalsamfunn? Kanskje vil forskerne lære fra oss, men hva vil vi lære fra dem?

Mistilliten til det etablerte ble av en av deltakerne i prosjektet uttrykt slik:

> «Many of us recognize that we have been degraded because our communities and our roles as citizens have been surrendered to the control of managers, therapists and technicians. We forget about the capasity of every single one of us to do good work.»

Professor Kelly, som har stått for evalueringen, foreslo at evalueringen skulle søke å dokumentere utviklingen av lederskap. I stedet for at en utenforstående ekspert kom inn i prosjektet for å bedømme lederne etter såkalte 'objektive' kriterier (d.v.s. kriterier som er fastsatt av andre) ville han initiere et samarbeid med målgruppen og gi målgruppen innflytelse over valg av fokus for evalueringen, hvilke metoder som skulle anvendes, og hvordan en skulle definere lederskap. På denne måten kunne lederskap bli i samsvar med kulturelle normer og forventninger om medbestemmelse og personlig kontroll. Det ble antatt at dersom en lyktes i å realisere den latente styrken i et slikt samarbeid, ville en også kunne skape infrastrukturer som kunne fremme prosjektets videre utvikling og generere mere samarbeid.

Ekspertens rolle ble å legge til rette for reaksjoner på spørsmål som ble stilt, i den hensikt å generere nye spørsmål som i sin tur kunne stilles og forstås i samarbeid med brukeren.

Ved å gi anerkjennelse for det som allerede var oppnådd ble det skapt muligheter for å bygge videre på resultatene. En antok videre at å dokumentere utvikling av ledere på denne måten ville øke engasjementet i befolkningen og stimulere til en øket oppmerksomhet og bevissthet om lokalbefolkningens egne positive ressurser. (Kelly, James G: Ecological Inquiry and a Collaborative Enterprise: A Commentary on «the Chicago Experience» presented at a symposium «African American Leaders: Research as a Collaborative Process» at the 100th annual meeting of the Amercian Psychological Association, August 16th, 1992, Washington D.C. (upublisert)).

8.3.3 Andre metoder for få folk til å ta styringen i eget liv og mestre livets utfordringer

Enten man er opptatt av å styrke evnen til utfoldelse og takling av livets påkjenninger eller man vil satse på forebygging av «livsstilssykdommer», må man i dag tilrettelegge for at flest mulig skal gjøre det som er riktig for hver enkelt gjennom egne valg. Folk må ta i bruk sine egne forestillinger, erfaringer og verdier.

Det å tilrettelegge for godt selvbilde, økt kontroll over eget liv, mestring og selvhevdelse i familien, nabolaget eller lokalsamfunnet ligger nær opp til hva man i engelskspråklig faglitteratur kaller empowerment. Det har ofte vært snakk om å styrke selvfølelse, mestringsevne og deltakelse i lokalsamfunnet hos minoritetsgrupper som har hatt lav livskvalitet og sammensatte helsemessige og sosiale problemer.

Flere fagmiljøer har utviklet verktøy som bygger på styrking av ressurser, og hvor elementer av empowerment inngår:

- Brukerstyring og deltakende læring (PLA-metoden: Participating Learning and Action) er metoder som tas i bruk i flere miljøer i Norge. PLA-metoden har en pedagogikk som ligger nær opp til empowerment. Brukeren skal ta del i hele tiltaksprosessen. Rollen til hjelperne og ekspertene vil bli endret fra å være de som komme med løsninger til å være medhjelpere mht å få prosessen blant deltakerne i gang og til å komme i mål.
- Brukermedvirkning etter mønster fra funksjonshemmedes organisasjoner.
- Innen kvinneforskningen er enpowerment et grunnleggende siktemål. Ved Senter for Kvinneforskning, Universitetet i Oslo, har forskergruppen «Kvinner, kropp og kommunikasjon» rettet forskning og tiltak mot kvinner med kroniske muskelsmerter.
- For kvinner i helsesektoren er det utviklet kurs i egenomsorg og vekst, hvor selvbevissthetstrening og kroppsbevissthet er viktigste metoder (Statens helseundersøkelser og Sentralsykehuset i Akershus)
- Innen allmennmedisinen er det fokusert på nøkkelspørsmål legen kan stille til pasientene for å få fram ressurser og mestringsevne heller enn bare å se på det syke og svake
  (Kilde: Malterud K, Hollnagel H. Talking with women about personal health resources in general practice. Key questions about salutogenesis. Scand J Prim Health Care 1998;16).
- Parents Leadership Institute (PLI) i Palo Alto, California driver virksomhet basert på en filosofi og metode som har navnet Re-Evaluation Counseling (RC). Metoden blir brukt som støtte til utvikling, frigjøring og styrking av selvfølelse for grupper av mennesker over hele verden. Den delen av RC som handler om hvordan voksne kan hjelpe barn og unge i deres utvikling og følelsesarbeid, kalles med en samlebetegnelse for familiearbeid. Metoden har vært brukt i Norge i form av kurs om hvordan voksne kan bli bedre allierte for barn og unge (Statens helseundersøkelser, avd. for helseopplysnings kurs i kommunikasjon og samhandling, knyttet til Aksjonsprogrammet Barn og helse).

Nærmere om PLA-metoden

Tilnærmingen er at brukeren tar del i hele prosessen. Innenfor denne metodikken utformes forebyggingstiltakene gjennom å samle inn data av/blant brukerne selv. Gjennom denne kartleggingen skjer en bevisstgjøring hos brukerne om både problemer og ressurser. Etter en prosess med egne prioriteringer og valg, utvikles tiltakene i brukergruppen. Ekspertrollen endres fordi ny kunnskap tilføres eksperten gjennom deltakelse - han/hun «gir fra seg pekestokken» mens brukeren vet at han/

hun bidrar og styrer «hvem som holder pekestokken». Strukturerte og visuelle teknikker er utviklet og brukes til å kartlegge og analysere situasjonen - både problemområdene og de lokale ressursene som kan knyttes til tiltakene.

Målet er at deltakerne aktivt bruker sine idéer, interesser, faglige kunnskaper og ståsted fullt ut, samtidig som metoden sikrer en enhetlig form og et felles resultat som alle har interesse av. Evaluering foretas også av brukerne selv.

Denne type brukerstyrte metoder tar i bruk teknikker som er visuelle, enkle, og som gir trygghet, kontroll og engasjement hos deltakerne. Et poeng ved denne type metodikk, er at den i tillegg til å skape engasjement og et eierforhold til tiltakene, også fører til lyst og forpliktelse til å arbeide videre med problemområdet/ene. Metodikken bidrar dermed til å utvikle og etablere mer langsiktige forebyggingstiltak i et lokalsamfunn. Det å ha et helhetsperspektiv på forebygging, og å legge vekt på en aktiv brukermedvirkning, gjør det mulig å oppnå engasjement og forståelse for at helse er noe en bør ha et bevisst forhold til. (Robert Chambers: «Whose Reality Counts? Putting the first last.» Development Studies, Univ. Of Sussex, UK, utgivelsesår?)

Brukermedvirkning etter mønster fra funksjonshemmedes organisasjoner

Brukermedvirkning vil si at de som blir påvirket av et vedtak eller bruker en tjeneste eller et tiltak får delta i prosessen før avgjørelsen blir fattet eller tiltaket utformet. Brukermedvirkning i denne forstand er et grunnleggende prinsipp i bl.a. Regjeringens arbeid for funksjonshemmede. Dette slås sist fast i St.meld.nr. 8 (1998-99) Om handlingsplan for funksjonshemma 1998-2001. Deltaking og likestilling. Et eksempel på dette er forslaget om at det settes i gang et program for å måle utviklingen i brukermedvirkning i planprosessen i kommuner og fylkeskommuner og effekten av arbeidet med å inkludere hensynet til funksjonshemmede i disse prosessene. Det vises til underkapittel 9.5 for nærmere omtale av brukermedvirkning.

Å gjøre folk i stand til å delta

Å gjøre folk i stand til å delta er et nøkkelbegrep i disse beslektede tilnærmingene. En må likevel være svært bevisst om hvilke grupper, situasjoner og settinger det dreier seg om. F. eks. vil det vil være stor forskjell på det å samarbeide med grupper som allerede har et felles kunnskapsgrunnlag, kultur og identitesfølelse, og det å arbeide sammen med enkeltpersoner og grupper som i utgangspunktet ikke har annet felles enn for eksempel et helseproblem, et yrkesproblem eller overvektsproblem. Men de pedagogiske prinsippene ovenfor er gyldige i begge tilfelle.

Utvalget ser denne måten å arbeide på som viktig, både når det gjelder «livsstil», samhandlingsproblemer, livskvalitet og mestring av livets ulike utfordringer. Denne arbeidsmåten vil imidlertid i noen tilfelle reise spørsmål om ideologisk og politisk tilhørighet hos dem som er involverte. Ved nærmere definerte prosjekter hvor denne typen metoder blir brukt, må det tas stilling til hva som er oppgave for det offentlige, hva som er oppgave for frivillig sektor, som eventuelt får offentlig støtte, og hva som bør overlates til interesseorganisasjoner og liknende helt uavhengig av det offentlige - og ikke minst hva som kan eller bør overlates til de det angår direkte - med eventuell bistand fra profesjonelle. Utvalget vil understreke at det er svært viktig at myndighetene, byråkratene, ekspertene, de profesjonelle passer seg slik at empowerment ikke blir noe som profesjonelle gjør med folk, forteller hva som er deres problemer og anviser den profesjonelles egne løsninger.

8.4 EKSEMPLER PÅ EMPOWERMENT SOM ARBEIDSMETODE I NORGE

8.4.1 Innledning

Empowerment har i liten grad vært brukt som strategi og arbeidsmetode i Norge. Elementer i strategien har nok vært brukt av mange yrkesgrupper i deres daglige arbeid (for eksempel sosialarbeidere, helsearbeidere, i prosjektarbeid m.v.), men det har vært lite oppmerksomhet mot denne arbeidsmetoden. Som det går fram nedenfor, har vi nå fått mer solide erfaringer fra de to prosjektene som presenteres - Grønland/Nedre Tøyen prosjektet og Primærmedisinsk verksted i Oslo. Disse prosjektene er begge evaluert og har således mye erfaring å gi andre.

I St.meld. nr. 25 (1996-97) om psykiske lidelser og tjenstetilbudene, er det fra Sosial- og helsedepartementets side uttrykt ønske om å bygge opp et nasjonalt kunnskaps- og kompetansesenter hvor brukerorganisasjoner og grupper innen psykisk helse samarbeider og utvikler strategier for brukerdeltaking, brukerstyrking og brukerstyring innen feltet mental helse og psykiske lidelser.

8.4.2 Grønland/Nedre Tøyen prosjektet 1978 - 82

Prosjektet ble muliggjort gjennom økonomisk samarbeid mellom Oslo kommune, Norges kommunal - og sosialhøgskole og flere departementer. Grønland/Nedre Tøyen området var på den tiden karakterisert av rask avfolkning (innbyggertallet sank i perioden 1968 - 78 med 33 prosent), få grøntarealer og naturlige lekeområder for barn, akselererende forfall i kommunale og private leiegårder, betydelig boligspekulasjon, forurensnings- og støyproblemer som følge av den sterke trafikkøkningen, stort innslag av eldre, enslige og innvandrere i befolkningen og lavere gjennomsnittsinntekter enn i byen for øvrig. (Thyness, Paul A: Hjelp til selvhjelp for en bydel - Grønland/Nedre Tøyenprosjektet 1978 - 82. Sosiologi i dag, no 2 1986, s 55 - 74).

Prosjektet, ledet av sosionom Laila Kjelman, ville bidra til en pedagogisk prosess der prosjektmedarbeiderne i samarbeid med lokale krefter tilegnet seg ny kunnskap ved å løse konkrete arbeidsoppgaver. Ved hjelp av organisering og medvirkning ønsket en å sette de berørte i stand til å fremme sine krav og arbeide for en realisering av disse innenfor de rammene som et lokalt initiativ setter. De viktigste overordnede målene for prosjektet var:

– å bidra til økt samhold, trivsel og miljø i området - det man forbinder med et godt sosialt nettverk,
– å forbedre den offentlige service i området,
– å styrke lokaldemokratiet ved organisering av beboergrupper med sikte på økt medvirkning og større gjennomslagskraft overfor myndighetene,
– å fremme kravene til svakstilte grupper.

Prosjektet omfattet også helsearbeid. Lege Ida Hydle var ansvarlig for delprosjektet 'Eldre, ernæring og helse', det ble opprettet et 'kostkorps', og en helsegruppe for pakistanske kvinner.

Arbeidet ga resultater på mange områder. Bl.a. kan nevnes at det ble startet en beboerforening, og foreningen fikk sin egen avis, «Grønlandsposten» med ca 4 nr. per år. Det ble dannet eldretreff og startet tiltak for barn og unge. I samarbeid med beboerforeningen gjennomførte prosjektet i 1980 en boligundersøkelse som fikk stor mediaomtale, og som førte til at kommunen vedtok en tilleggsbevilgning på 10 mill kroner til istandsetting av kommunale gårder. Undersøkelsen førte også til en effektivisering av kommunens boligtilsyn. Lokalene i Grønland 28 ble i løpet av

prosjektperioden pusset opp og brukt (og brukes fortsatt) som et uformelt bydelshus. Flere av tiltakene som ble satt igang i prosjektperioden lever videre i 1998.

Prosjektet erfarte at sjansene for å aktivisere beboerne økte når:

– interesseorganiseringen foregår i et relativt lite og naturlig avgrenset geografisk område,
– avfolkningen ikke har kommet for langt, og utflyttingen ikke er større enn at det fortsatt er en viss stabilitet i lokalmiljøet,
– det finnes et tilstrekkelig antall beboere med noenlunde like holdninger, verdier, økonomi m.v. som gjør det forholdsvis lett å finne fram til felles interesser og danne en representativ og sammensveiset beboerorganisasjon,
– problemene i området er så store at folk finner det bryet verdt å bruke sin fritid sammen med andre for å forsøke å rette på forholdene,
– beboere av økonomiske og andre årsaker ikke ser flytting til andre bydeler som noe reelt alternativ. Når alternative løsninger ikke finnes, blir det nærliggende å forsøke å gjøre noe med den foreliggende situasjon.

Paul A.Thyness skriver i en artikkel om prosjektet at «Til sist vil mulighetene for å lykkes i høy grad bero på at beboerne har tillit til prosjektmedarbeiderne og deres motiver for å etablere seg i bydelen. For Grønland/Nedre Tøyen prosjektet var prosjektlederens utpregede lederegenskaper og evne til å skape respekt og tillit av største betydning for arbeidet.»

Evalueringen viste at til tross for mange gode resultater på andre områder klarte prosjektet aldri å etablere et omfattende og langvarig samarbeid med de mange innvandrergruppene i bydelen.

En grunn til at en i så liten grad klarte å mobilisere innvandrermiljøene kan være forhold rundt kontaktetableringen. Denne foregikk ved at skriftlig informasjon om prosjektet ble lagt i alle postkasser i området. Dessuten ble beboerne i halvparten av gårdene oppsøkt og intervjuet. Hensikten med det oppsøkende arbeidet var både å presentere prosjektet for beboerne, innhente informasjon om hvilke ønsker, behov og problemer beboerne var opptatt av, og sist men ikke minst å finne ut beboernes interesse for å gjøre noe med dette i samarbeid med andre i strøket.

En slik tilnærming forutsetter, i tillegg til at målgruppen har de nødvendige språkkunnskaper, at de 'moralske betingelsene for dialog' er oppfylt. Dette vil si

1. At alle involverte har en opplevelse av at de blir lyttet til.
2. At den nødvendige tillit til at folk virkelig mener det de sier er tilstede.
3. At en kan akseptere hverandres meninger.

At slike betingelser er oppfylt overfor etniske minoriteter er ingen selvfølge. Det tar tid å utvikle den nødvendige tillit - folk må erfare at de blir lyttet til, og at deres meninger tas på alvor.

At en ikke fikk den ønskede kontakten med innvandrermiljøene kan videre ha sammenheng med at de faktorene som øker sjansene for å lykkes i aktiviseringsarbeidet, er mangelvare i mange innvandrermiljøer i Oslo indre øst. Ofte er det lite stabilitet i innvandreres nærmiljø, og deres naturlige nettverk følger ikke bydelsgrensene. Blant de mange ulike etniske gruppene er det svært divergerende holdninger og verdier. Mange opplever at deres materielle situasjon, selv om den er vanskelig, er bedre enn hvor de kom fra. Det betyr ikke at de ikke har mange problemer, men de er ofte av en annen karakter. Overfor tjenesteapparatet har mange vansker med å formulere sine problemer på en slik måte at det blir forståelig for hjelperen. Dessuten er det for mange vanskelig i vårt kompliserte system å finne fram til en

hjelper som ser det som sin oppgave å arbeide med nettopp deres problem. Ikke minst krever det stor grad av kulturkunnskap å vite hvordan en kan utløse den nødvendige hjelp, som i stor grad er begrenset av behovsprøving og etablerte kriterier. Dette kan lett skape følelser av motløshet og hjelpeløshet. Hjelperen på sin side opplever ofte at deres grunnlag for å yte hjelp svikter. Dette kan føre til frustrasjon og i verste fall at klienten blir klandret for situasjonen.

8.4.3 Primærmedisinsk verksted 1994 - 1997

Primærmedisinsk verksted var i perioden 1994 - 98 et prosjekt i Bydel 6, Gamle Oslo hvor en forsøkte å gjøre noe med nettopp disse problemene. Prosjektet ble mulig gjennom midler fra Miljøbyen Gamle Oslo og er evaluert av Byggforsk. (Søholt, S: Primærmedisinsk verksted - kartlegging av erfaringer med en pakistansk/norsk helseopplysningsgruppe. Byggforsknotat nr.1, 1996. Bakke, K.M og Søholt, S: Kommunikativ kompetanse i praksis - en evaluering av Primærmedisinsk verksteds opplæring av helsearbeidere. Byggforsknotat nr. 18, 1996. Søholt, S: Helsefremmende ledelse - en evaluering av gruppeledere med innvandrerbakgrunn. Prosjektrapport nr. 225, 1997. Norges byggforskningsinstitutt).

En hovedmålsetting i prosjektet var å utvikle tilnærminger som kunne oppleves som meningsfulle i en flerkulturell sammenheng, samtidig som tilnærmingene var relevante ut fra faglige kriterier.

En konsentrerte seg om 4 innsatsområder: Helse som kommunikativ kompetanse, ernæringsproblematikk med spesiell vekt på fjernkultur, samarbeid med 2. og 3.linjetjenesten og smittevern.

Helt fra oppstart av prosjektet ble det ansett som vesentlig å etablere et samarbeid med representanter for innvandrerbefolkningen. Det ble ansatt en indisk kvinne med lang erfaring som tolk i hjelpeapparatet, og hun fikk i oppgave å forsøke å etablere kontakt. Etter 1/2 år lyktes det å etablere en gruppe som bestod av pakistanske kvinner som var interesserte i sin egen og sine barns helsetilstand. I stedet for å fortelle dem hva de burde gjøre ut fra vår 'forutforståelse' av situasjonen, ble kvinnene invitert til å utarbeide et kokekurs hvor de skulle undervise norske helsearbeidere og andre interesserte i tradisjonell pakistansk matlaging. Gjennom de forberedende aktivitetene oppstod en arena for gjensidig læring, og tilliten til prosjektet ble gradvis etablert. 10 måneder etter at gruppen ble opprettet ble det første kokekurset avviklet. Tilbakemeldingen fra deltakerne var svært god, og som et resultat av dette begynte kvinnene nå å etablere sine egne grupper for å videreformidle informasjonen de hadde fått underveis. Evalueringen på dette tidspunktet viste at kvinnene gjennom denne form for aktivitet ikke bare hadde utvidet sin forståelse for kostens betydning for helsen, men at de faktisk hadde lagt om kostholdet slik at de nå spiste mindre fett, og at andelen umettet fett var øket. Dessuten hadde opplegget ført til mere selvtillit, at de følte seg mere kompetente som foreldre, de kom ut av en ellers isolert tilværelse, språkferdighetene økte og interessen for medbestemmelse likeså. Etter hvert var det flere av kvinnene som kom ut i jobb eller arbeidsmarkedstiltak. Disse positive 'bivirkningene' ble etter hvert så framtredende at de påvirket hele prosjektet. Det ble også opprettet en somalisk kvinnegruppe, og en 'internasjonal gruppe' hvor kvinner fra flere forskjellige kulturer deltok.

Utvikling av «naturlige hjelpere»

De kvinnene som etablerte egne helseopplysningsgrupper fikk veiledning av prosjektleder, og det ble i samarbeid med kvinnene utviklet et konsept for 'naturlige hjelpere', d.v.s. ikke-faglærte personer, gjerne med etnisk bakgrunn, som har naturlige kvalifikasjoner og interesse for å samarbeide med fagfolk om helsefrem-

mende tilnærminger. Etter hvert som aktivitetene bredte seg var det nødvendig å innføre en symbolsk medlemsavgift for de som ville delta i grupper. I perioden januar - oktober 1996 hadde 76 kvinner betalt medlemsavgift. 14 personer hadde oppnådd lederstatus (13 kvinner og 1 mann). Det var etablert 15 forskjellige grupper, og i dette tidsrommet ble det avholdt over 230 helseopplysningsmøter. Møtene varte ca 3 timer og i gjennomsnitt deltok 6,2 kvinner på hvert møte i tillegg til 2 ledere. Bare 11 prosent av disse møtene ble ledet av profesjonelle helsearbeidere. Aktiviteten ble i stor grad organisert av prosjektmedarbeider Chanden Dhirad.

Byggforsks evaluering av dette arbeidet våren 1997 konkluderte med at kvinnenes måte å lede gruppene på både var helsefremmende og frigjørende. Det helsefremmende ble knyttet til at kvinnene gjennom aktiv dialog tilegnet seg begreper og forståelse som gjorde at de fikk mere oversikt og kontroll med egen situasjon og hverdagsliv. Det frigjørende ble knyttet til at gruppeleder gjennom å fokusere på evner og ferdigheter har inspirert deltakerne og seg selv til å se muligheter for å utvide sitt eget handlingsrom. På evalueringstidspunktet hadde 69 prosent av lederne kommet ut i jobb av ulik art (fra bussjåfør til kokke i barnehage) eller de hadde begynt på skole. Når prosjektet startet var det ingen av kvinnene som var innenfor kvalifiseringssystemet.

Kostholdsundersøkelse som speil for egne vaner

Som en følge av at kvinnene fikk ansvar for egne helseopplysningsgrupper begynte de å stille spørsmål om hvorvidt de kunne bruke seg selv og sitt eget kosthold som eksempel i undervisningen. Dette førte til at 6 kvinner i samarbeid med ernæringsfysiolog gjennomførte en kostholdsundersøkelse. I løpet av en uke registrerte de alt de spiste. Opplysningene ble så bearbeidet ved hjelp av 'mat på data'. Resultatene fra denne undersøkelsen viste at i gjennomsnitt inneholdt kvinnenes kost 33 prosent fett (med individuelle variasjoner). Dette er vanlig norsk nivå. Derimot inneholdt kosten alarmerende lite vitamin D og jern.

Videreføring av arbeidet med «naturlige hjelpere»

I løpet av 1996 ble det - med midler fra Byrådsavdeling for finans og plan - opprettet et eget prosjekt i bydelen for å videreføre det påbegynte helseopplysningsarbeidet. Prosjektet har fått sin egen prosjektleder, egne lokaler etc. og arbeider bl.a. med foreldreveiledning for fjernkulturelle. Flere av kvinnene driver egne 'prosjekter'. Bl.a. kan nevnes at en gruppe pakistanske og somaliske kvinner i samarbeid med barnefysioterapeut har utviklet et tilbud til spedbarnsforeldre om å lære babymassasje. Opplegget ble så tilbudt helsestasjonene i bydelen, som en måte å stimulere mor/barn forholdet på. Siden høsten 1997 har 2 av bydelens 3 helsestasjoner hatt et slikt tilbud en dag i uken. 3 pakistanske kvinner har stått for undervisningen, deltakelsen har vært jevnt god og deltakerne, som for en stor del har vært norske kvinner, har vært svært fornøyde med opplegget.

En kvinne driver sitt eget prosjekt, «Ut av isolasjonen». Med lønnsmidler fra Oslo sanitetsforening arbeider hun med å oppsøke isolerte barnefamilier og gir hjelp på ulike nivåer, fra å undersøke framdriften i en visumsøknad til aktiviteter med et tydelig terapeutisk tilsnitt. Hun får i dette arbeidet veiledning av prosjektleder.

En somalisk kvinne har tatt initiativ til å danne en Somalisk kvinneforening, med følgende målsettinger:

- å arbeide for at somalisk ungdom kan få hjelp til å realisere de muligheter som ligger i det å vokse opp i et flerkulturelt samfunn, og på denne måten utvikle seg til gode samfunnsmedlemmer,
- å samarbeide med skole, sosialkontor, barnevern, uteseksjon og andre innvandrerorganisasjoner for at de som arbeider i tjenesteapparatet bedre kan forstå somalisk tenkemåte, og at en sammen kan komme fram til gode løsninger,
- å organisere frivillig hjelp og kontakt med isolerte familier.

Foreningen ble opprettet juni 1998 med støtte fra Oslo sanitetsforening. Ca 100 kvinner, noen menn og mange barn møtte opp til konsolideringsmøtet. Det ble dannet eget styre, foreningen fikk sine egne vedtekter og vil i oppstartperioden ha tilhold i Primærmedisinsk verksteds lokaler.

I dag ser en følgende oppgaver for naturlige hjelpere: Når deres kunnskap har blitt trukket fram og konsolidert, og de har utviklet nok selvtillit til å være i en åpen dialog med fagfolk vil de kunne brukes til:

1. Kontaktskapere, veivisere inn i etniske miljøer som har vært utilgjengelige for fagfolk.
2. Kulturfortolkere og kulturformidlere.
3. Medarbeidere i behandlingssituasjoner.
4. Miljøarbeidere, mobiliseringsarbeid.
5. Organisasjonsarbeid.

Smittevern

Som et resultat av prosjektet er det opprettet et Smittevernkontor i bydelen. Dette var de 3 første årene opprettet som et prosjekt finansiert av Sosial- og helsedepartementet. Smittevernkontoret er i dag en del av bydelens helseavdeling. Kontoret er evaluert av Arbeidsforskningsinstituttet. Det konkluderes bl.a. med at det er mulig at smittevernkontoret har gitt et bidrag til mer likestilt helse i bydelen. (Prosjektet Smittevernkontoret Gamle Oslo - en evaluering, I. H. Monrad Aas, Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo desember 1997).

Videreføring av Primærmedisinsk verksted

Det metodiske arbeidet ved verkstedet har vist seg å fungere godt i forhold til en rekke ulike miljøer, arbeidssituasjoner og problemstillinger, og prosjektet vil nå bli videreført som et fast tjenestested i et samarbeid mellom Bydel 6 Gamle Oslo, Stiftelsen Kirkens Bymisjon og Oslo sanitetsforening.

8.4.4 Hva er det så som kjennetegner denne arbeidsmetoden?

Prosjektet tok utgangspunkt i «Solution focused brief therapy», en familieterapeutisk tilnærming utviklet ved Brief Family Therapy Center i Milwaukee av Steve de Shazer og Insoo Kim Berg.

Det metodiske arbeidet er beskrevet i flere sammenhenger. (Aambø A: Tasteful Solutions: Solution-focused work with groups of immigrants. Contemporary Family Therapy, 19(1), Mars 1997, s 63 - 79. Aambø, A: Helseopplysning til innvandrerkvinner - når rollene byttes om. Ernæringsfysiologen Nr 3, 1995 s 6 - 12. Aambø, A: Selvhjelpsgrupper i Gamle Oslo - erfaringer gjennom veiledning av grupper. Linjer nr 1, 1997 s 24 - 27). En intern evaluering våren 1997, hvor det var satt fokus på hva kvinnene selv hadde erfart hadde vært til hjelp, viste at det de hadde satt størst pris på, og som gjorde at de holdt ut strabasene år etter år var følgende:

Kvinnene erfarte at de ikke ble dyttet inn i en kategori 'muslimske kvinner'. De erfarte at prosjektledelsen ikke ble involvert i hvordan de levde sine liv, og at det ikke ble gjort forsøk på å 'forandre dem'. Kvinnene behøvde ikke forklare hvorfor de gjorde som de gjorde. Derimot fikk de erfaring med å ta beslutninger. Det var fokus på kvinnenes egen styrke, og de ble utsatt for situasjoner hvor de kunne vise hva de var flinke til. Gjennom aktivitetene og refleksjonene rundt disse fikk de tak i sine 'glemte erfaringer'. Dessuten hjalp det å snakke med en person fra en annen kulturkrets.

Denne erfaringen kan ses i lys av det metodiske arbeidet ved verkstedet: Gjennom arbeid med konkrete spørsmål har en søkt å skape en orientering mot detaljer i deltakernes egne forslag til løsning i stedet for å fokusere på problemer. Gjennom en felles refleksjon omkring det som allerede har vist seg å gi resultater, er ressurser og mestringsstrategier trukket fram. I denne prosessen forsøker lederen å innta en interessert, ikke-vitende holdning, og en forsøker å være tilbakeholden med å gi konkrete råd. Dette er forskjellig fra den vanlige holdningen hvor hjelperen framstår som ekspert på den hjelpsøkendes problem.

Prosjektleder hevder at en annen vesentlig grunn til at prosjektet ble såvidt vellykket var at det hele tiden ble arbeidet på ulike nivåer. I tillegg til å utvikle «naturlige hjelpere», ble det satt igang et omfattende undervisningsopplegg for ansatte i tjenesteapparatet i løsningsorienterte tilnærminger. I prosjektperioden ble det holdt 110 kursdager for ulike grupper fra bydelens tjenesteapparat. Etter hvert ble en av de naturlige hjelperne dratt inn i undervisningen og bidro i høy grad til en øket forståelse for andre tenkemåter og for det hensiktsmessige i å lytte til og utvikle brukernes egne løsningsforslag. Evaluering av dette undervisningsopplegget viste at å fokusere på løsning og ikke på problem ble opplevd som en lettelse. Mange ga uttrykk for at de mestret arbeidsoppgaver bedre enn før, særlig i forhold til pasienter med sammensatte problemer og kompliserte livssituasjoner. Ved på denne måten å introdusere en modell som gir rom for klientenes egne løsninger skaptes en situasjon hvor det også ble rom for samarbeid med de 'naturlige hjelperne'. Det metodiske opplegget ble forsøkt styrket ved at en i samarbeid med 2. og 3.linjetjenesten arrangerte seminarer hvor en søkte å reise en diskusjon om ekspertenes rolle, om forutsetninger for endring, og hvordan 'bedring' kan defineres.

Ikke bare en dans på roser!

Både i Grønland/Nedre Tøyen prosjektet og i Primærmedisinsk verksted har en erfart at utviklingsarbeid som bygger på en nærmiljøstrategi og medvirkning fra lokalbefolkningen støter på sterke motkrefter. Problemene kommer klart til syne i 3 vesentlige spørsmålsstillinger som Anne Sæterdal reiste i 1983 (Sæterdal, Anne: Forsøk og forsøk - fru Blom, NIBR-notat 1983:3).

> «Hva gjør vi når det vi arbeider med blir brukt som «reklame» for at det offentlige gjør en god innsats, og realiteten er at området har vært neglisjert av det offentlige i en årrekke?
>
> Hva gjør vi når forsøkene «heter» medvirkning/demokratisering og det samtidig bygges inn retningslinjer, tidsplaner, ressursrammer og styringsformer som virker kontrollerende?
>
> Hva gjør vi når forsøksresultat blir bortforklart, f. eks. ved at det stilles eksakthetskrav og generaliseringskrav til resultatet, som hører hjemme innen helt andre typer kunnskapsproduksjon?»

Der er ingen opplagte svar på disse spørsmålene. Med bakgrunn i de erfaringene en har gjort ved Primærmedisinsk verksted gir prosjektlederen noen kommentarer:

At vellykket prosjektarbeid blir brukt som reklame for at det offentlige gjør en god innsats er neppe betenkelig. Tvert imot kan det være uttrykk for at prosjektet har lykkes i å skape en situasjon hvor alle er vinnere. Dette er både ønskelig og viktig for at prosjektet skal leve videre. Det er forholdet til siste del av spørsmålet som er problematisk: «.. og realiteten er at området har vært neglisjert av det offentlige i en årrekke». Ved Primærmedisinsk verksted har de ansatte forholdt seg til dette som om 'det offentlige' mener det de sier, og at også 'det offentliges stemme' er verdt å lytte til. De som arbeider der har forsøkt å ta byråkratene på ordet, og på denne måten søkt å utvikle 'moralske betingelser for dialog'.

Hva gjør en så når forsøkene «heter» medvirkning, og det samtidig bygges inn retningslinjer, tidsplaner, ressursrammer og styringsformer som virker kontrollerende? Det offentlige tjenesteapparatet har en lang tradisjon på 'tjenesteyting'. Dvs at tjenester tilbys ut fra behovsprøving, og tjenestenes omfang tilpasses et sett av vedtatte kriterier. Gjennom kartleggingsarbeid forsøker en finne fram til de svakeste gruppene for å kunne gi mest hjelp til den som trenger det mest. Utviklingsarbeid følger en annen logikk. I utviklingsarbeid vil en finne ut hva folk er interesserte i å gjøre, hvilke mål de vil bruke energi på å realisere og så gi støtte til dette. Drivkraften er folks egen interesse for saken. Dersom en virkelig skal nå fram med hjelpen til de som trenger det mest må en ofte arbeide med tilgrensende områder. I utviklingsarbeid kan en stå overfor et mylder av aktiviteter som for byråkraten virker ukontrollerbart. Det er derfor viktig at prosjektlederne har evne til å reformulere og til å forhandle fram en forståelse av aktivitetene som kan tilpasses allerede eksisterende planer.

Det blir hevdet at aktiviteter som er motivert av sosiale bånd, å utvikle ferdigheter og å hjelpe andre passer inn i organisasjoner hvor beslutninger tas i fellesskap, hvor det er åpenhet i ledelsen, og hvor prosjektarbeid står høyt i kurs. (Rappaport J: Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention: Toward a Theory for Community Psychology. American Journal of Community Psychology, Vol 15, No2, 1987).

Dersom ledere derimot ser det som sin viktigste oppgave på ulike måter å utøve kontroll vil denne type arbeid ofte bli skadelidende. Dersom lederne forlanger at de profesjonelle hjelperne skal sette seg konkrete mål for sitt eget arbeid vil det videre bli lite plass for deltakelse fra de som skal hjelpes. For Primærmedisinsk verksteds vedkommende ble det en løsning at prosjektet videreføres som et samarbeid mellom Bydel 6, Gamle Oslo, Stiftelsen Kirkens Bymisjon, Oslo og Oslo sanitetsforening. Et slikt samarbeid, hvor frivillige organisasjoner står sentralt antas å gi mere rom for innflytelse, forhandlinger og felles beslutninger.

Til det siste spørsmålet, «Hva gjør vi når forsøksresultat blir bortforklart, f. eks. ved at det stilles eksakthetskrav og generaliseringskrav til resultatet, som hører hjemme innen helt andre typer kunnskapsproduksjon?» må det vel sies at jo tydeligere en kan relatere sitt arbeid til etablerte paradigmer, jo lettere er det å bli hørt. Primærmedisinsk verksted har hatt som mål å skape et 'unntak'. Fokus har hele tiden vært på frigjøring og endring. Ved å bygge videre på allerede etablert kunnskap om sosiohistoriske forhold har verkstedet forsøkt å finne fram til hva som synes å virke og så gjøre mere av dette. Gjennom en omfattende intern såvel som ekstern evaluering har en så kunnet konsolidere den kunnskap som har blitt utviklet. I prosessen har skjulte begrensninger blitt synliggjort og hindringer blitt bearbeidet. Dette plasserer prosjektet innen paradigmet 'kritisk teori' (Delholm-Lambertse,B. Maunsbach,M: Kvalitative metoder i empirisk sunnhetsforskning. Nord med 1997: 112: s 24 - 7). Det handler om å finne fram til målsettinger som de deltakende er villige til å investere energi i for å realisere, og det handler om praktisk anvendbar hverdagskunnskap som kanskje kan inspirere andre til å sette igang liknende prosjekt. I dette arbeidet er det ikke så mye et spørsmål om hvilke aktiviteter, men hvordan et samarbeid initieres, hvordan samarbeidet organiseres, og hvordan en kan skape en felles forståelse for resultatene. Dette handler om verdier som er skapt, og som nyskapes gjennom sosiale prosesser, - ikke facts i en naturvitenskaplig forståelse av ordet. I stedet for å snakke om «generaliserbarhet» blir nøkkelordet «overførbarhet».

Nærmiljøarbeid av den typen som er referert over er avhengig av idealistiske fagfolk som er villige til å ta på seg mye ansvar med liten eller høyst uklar makt og myndighet. Thyness skriver i sin artikkel om Grønland/Nedre Tøyenprosjektet:

«Lokalsamfunnsarbeideren kommer lett mellom barken og veden. På den ene siden ser myndighetene nødvendigheten og fordelene ved «hjelp til selvhjelp«-tiltak, forbedret service og alternative løsninger. Lokalsamfunnsarbeidet blir hilst velkommen når det løser aksepterte problemer og når det bidrar til effektiv utnyttelse av de offentlige ressurser ved å sørge for at ytelsene når dem som har de største behovene for hjelp.

På den andre siden utfordrer.....(slike) grasrotprosjekter troen på at administrasjonen og planleggerne alltid vet best, og at det formelle politiske systemet fungerer godt nok.»

Utfordringene er mange, og det er lett å stange hodet i veggen. De som arbeider med denne type prosjekter vil trolig ha mye å lære av de muslimske kvinnene som har vært engasjert i Primærmedisinsk verksteds arbeid. Deres holdning er at tålmodighet er en dyd, og deres hengivelse til det de tror på utløser uante krefter.

En mye omtalt leder i Lancet (Putting public health back into epidemiology. Lancet 1997; 350:229) hevdet at epidemiologien har latt seg drive mot de marginale og enkelt målbare biologiske størrelser på bekostning av de store og viktige spørsmål for folkehelsen.

Jenum (Jenum, AK: Sosial ulikhet og helse - og hva så? Tidsskrift for den Norske Lægeforening nr. 7, 1998; 118;1088-9) reiser i et debattinnlegg spørsmålet: «Er det i orden at samfunnsforskere og samfunns- og sosialmedisinske institutter beskriver sosial ulikhet og helse generelt og vår pasientpopulasjon spesielt, og deretter toer sine hender? Mens de det angår venter på politikernes eventuelle framtidige fornuftige samfunnsmessige vedtak og tiltak, venter legene på fastlegeordningen, som forsterker lønnsomheten i kjappe, enkle konsultasjoner og svekker samfunnsmedisinen ytterligere.»

Aambø avslutter med å si at samfunnsmedisineren med sin posisjon i den administrative forvaltningen peker seg ut som en mulig initiativtaker, 'beskytter' og tilrettelegger for den type helsefremmende virksomhet som er beskrevet over. Men han spør også om utfordringen vil være for stor?

8.4.5 Angstringen 1986

Utgangspunktet for arbeidet i Angstringen var tre mennesker som eide et felles erkjent problem: Angst. Dette ønsket de å gjøre noe med. De satte inn en liten annonse i Dagbladet og søkte etter likesinnede. Dette var starten på et blomstrende og livgivende arbeid som viser at empowermentstrategien er mulig, og at arbeidsformen kan benyttes til å gjenerobre ressurser, både på individ- og samfunnsplan.

Det er satt i gang ca. 250 selvhjelpsgrupper i Oslo, og det finnes 30 Angstringer spredd rundt om i Norge.

Alt arbeid utføres på frivillig basis. Deltakere er mennesker som selv eier angst som problem, og disse deltar så lenge de selv har utbytte av å bearbeide angst i en selvhjelpsgruppe.

Gjennom prøving og feiling er dagens Angstring bygget på oppsummert erfaringsbasert kunnskap, og resultatet er en modell for selvorganisert selvhjelp i grupper. Denne modellen har overføringsverdi til andre grupper som eier et felles problem.

For å ivareta arbeidet ble Norsk Selvhjelpsforum stiftet 15. Juni 1998. Prosjektet samlokaliseres med Norsk Egenkraftsenter som er omtalt i 8.4.6 nedenfor.

Angstringens definisjon av selvhjelp:

«Selvhjelp er å gripe tak i egne muligheter, finne fram til egne ressurser, ta ansvar for livet sitt og selv styre det i den retning en ønsker. Selvhjelp er å sette i gang en prosess.»

Målet for arbeidet er: «Fra passiv mottaker av hjelp til aktivt deltakende menneske.»

I Angstringen oversettes empowerment med: «Styrking gjennom aktivering og mobilisering av egenkraft».

Arbeidsmetoden går ut på: At man gjennom aktiv deltakelse våger å ta ansvar og prøver å ta makt over sitt «eget-liv». Dette fører til mobilisering av «egen-styrke» og «egen-kraft» som gir den enkelte mulighet for «egen-kontroll» og økt selvtillit. Slik utløses ressurser og kompetanse som åpner opp for individuelle avgjørelser i «eget-liv» og muligheter for deltakelse i samfunnet.

Gjenerobring av ressurser og verdier, både på indre og ytre plan står sentralt i Angstringsarbeidet.

Å arbeide etter denne metoden krever mye av den enkelte deltaker. Det blir viktig å se verdien og ressursen som ligger i problemet, og både kunne ta imot fra og gi styrke til andre. Motivasjon, entusiasme, engasjement og tålmodighet er viktig.

Samhandling med fagfolk har alltid vært av stor betydning for Angstringen. En psykolog har siden starten i 1986 vært knyttet til arbeidet som konsulent. Konsulentens oppgave har i hovedsak vært å gi anerkjennelse og mot til å gå videre, og å tenke høyt sammen med styregruppen om problematiske ting. Konsulenten er aldri tilgjengelig for enkeltgrupper eller enkeltdeltakere.

Dessuten er mye av informasjonsarbeidet fra Angstringen rettet til ekspertene. For at ressursen i selvhjelpsarbeidet skal nå ut og bli aktiv og gjennom dette virksom på samfunnsplan, er det viktig at alle delene innen psykisk helse deltar. Ved bruk av empowermentideologien, blir det enkelt å se ekspertenes plass i selvhjelpsarbeidet.

Angstringen er et eksempel på at selvhjelp gir økt livskvalitet og bedre mestring av hverdagen for enkeltdeltakeren, og at gjenerobring av ressurser på individplan fører til økte ressurser på samfunnsplan - sterke og trygge individer skaper verdifulle samfunn. Det vises bl.a. til publikasjonen om selvhjelp (Talseth (1998) «Selvhjelpsboken», Sosial og helsedepartementet/FRISAM) som er under trykking.

8.4.6 Nasjonalt Egenkraft Senter - et prosjekt under arbeid i regi av FFO

Nasjonalt Egenkraft Senter bygger på at generalisert erfaringsbasert brukerkunnskap gir kraft til mange i forhold til egenmobilisering. Enkeltpersoner, organisasjoner, grupper, forvaltning og fagmiljø vil i framtiden kunne nytte et slikt kunnskaps- og brukersenter. Et stort og virkelig behov sammen med forarbeid over flere år har resultert i St. meld. 25 (1996 - 97) og St prp nr 63 (1997 - 98). Her er brukerdeltaging, myndiggjøring, brukerstyrking og brukerstyring gitt plass.

Forutsetningene for å realisere dette er bl.a. at det foregår samarbeid mellom brukerorganisasjoner, interessegrupper, selvhjelpsgrupper og Sosial- og helsedepartementet. Erfaringer hos brukerne, deres organisasjoner og grupper vil bli samlet og systematisert i det nasjonale senteret. Senterfunksjonene og funksjonelle IT-løsninger skal hjelpe til å fremme bruk av kunnskapene i møte med hjelpere, i organisasjonsutvikling og i kompetanseutviklingsarbeid.

Med et slikt utgangspunkt ser man for seg at senteret kan bli en samhandlingsarena for organisasjoner/interessegrupper/selvhjelpsgrupper, mellom disse og fagmiljøer og mellom begge disse gruppene og forvaltningen.

Prosjektet varer i tre til fire år under forutsetning av økonomisk støtte fra Sosial- og helsedepartementet. Organisasjonene og gruppene vil, med statlig finansiering spesifikt for formålet, kunne drive senteret under og etter avsluttet prosjektperiode.

Mål og resultat

For å få til et godt resultat må organisasjoner og grupper samarbeide gjennom prosjektet, og de som har brukererfaring må være villige til å gi disse erfaringene fra seg.

Hovedmålet for prosjektet er å bidra til styrking av praksis knyttet til brukerdeltaking og brukerstyring på alle plan, fra møtet mellom behandler og bruker til politisk planlegging og forvaltning på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Arbeidet i prosjektet er naturlig å utvikle gjennom tre delområder knyttet til

1. prosjektorganisering
2. kunnskapssamling
3. bidrag til utvikling av praksis

Sentrale resultatmål for prosjektet er knyttet til delområde tre og fokuserer på at

– kunnskapsbaser, informasjonshefter og håndbøker er produsert,
– Nasjonalt Egenkraft Senter er etablert og i drift innen tre til fire år,
– permanente støttefunksjoner som kan hjelpe med veiledning, organisasjonsutvikling, kunnskapssamling/systematisering og kompetansebygging er utbygd og i bruk,
– praksis knyttet til beslutninger som er fattet innenfor behandling, organisering av tjenester og planlegging speiler de erfaringene brukere, brukerorganisasjoner og grupper har gitt fra seg,
– man i behandling og hjelp til selvhjelp nytter erfaringer andre brukere har fra lignende situasjoner.

8.5 EMPOWERMENTPROSJEKTER I DANMARK OG SVERIGE

8.5.1 Innledning

I dette underkapitlet gis en beskrivelse av et dansk empowermentprosjekt «Tid til Mere» fra Samsø kommune og et svensk prosjekt «Det finns bruk för alla» i Falköping, Mullsjö, Habo og Tidaholm kommuner. Omtalen er basert på erfaringer fra utvalgets og sekretariatets studieturer til hhv Århus Amt og Falköping kommune samt litteratur om prosjektene. Det er interessant å merke seg at en i Danmark bruker begrepet «arbeidsfrie» mens en i Sverige bruker «arbeidsløse». I Danmark var en mer opptatt av empowerment som metode for de profesjonelle/ekspertene mens en i Sverige var lite var opptatt av dette. I Sverige var en mer opptatt av de som var brukere, og at de skulle planlegge, styre og arbeide i prosessene. Begge prosjektene bygger imidlertid på frivillighet - både i det å delta og det å velge sine oppgaver. Begge prosjektene har mye å lære bort til andre.

8.5.2 «Tid til Mere» i Århus Amt

Prosjektet «Tid til Mere» handler om handlingskompetanse, empowerment og nettverksbygging i en gruppe arbeidsfrie (å stå utenfor arbeidsmarkedet) i en dansk landkommune. Omtalen er basert på artikkelen » Empowerment som mål, metode og strategi i det sundhedsfremmende arbejde (Lundmark Andersen M, Winther-Jensen K, Avdeling for Sundhedsfremme, Udvikling og forskning, Højbjerg, Danmark. Paper til 5 Nordiska folkhälsokongressen 8.-10.september 1997, Helsingfors).

Bakgrunn

Størstedelen av Danmarks befolkning definerer seg selv ved sin tilknytning til arbeidsmarkedet til tross for at en del i kortere eller lengre perioder befinner seg utenfor arbeidsmarkedet. Mennesker som står utenfor arbeidsmarkedet har større risiko for dårlig trivsel, større sykelighet og kortere levetid.

De aktuelle og tradisjonelle helsefremmende og forebyggende metoder har liten gjennomslagskraft i forhold til sårbare og utsatte grupper. Andre metoder og strategier bør overveies. Empowerment som mål, metode og strategi er i litteraturen beskrevet som anvendelig i forhold til slike grupper. De praktiske eksemplene i Danmark er til tross for dette, få. Forebyggelsesrådet i Århus Amt iverksatte derfor i 1994 et to-årig temaprosjekt i Samsø kommune - et intervensjons-prosjekt «Tid til Mere - et udviklingsprosjekt for arbejdsfrie». Bakgrunnen for prosjektet var en helseprofil som Samsø kommune og Århus Amt hadde samarbeidet om » Trivsel og Sundhed i Samsø Kommune - en lokal sundhedsprofil». Prosjektet tok sikte på å undersøke betingelser og muligheter for økt trivsel for mennesker utenfor arbeidsmarkedet. Målet var ikke å få folk i arbeid, men å utvikle og utprøve en ny metodisk innfallsvinkel (empowerment) med utgangspunkt i brukerstyring og frivillig arbeid for å styrke nettverksdannelse og lokalsamfunnsidentitet.

Formål

Formålet med intervensjonen var:

- å utvikle og utprøve en ny metodisk innfallsvinkel (empowerment) med utgangspunkt i brukerstyring og frivillig arbeid for å styrke nettverksbygging og lokalsamfunnsidentitet hos arbeidsfrie og gjennom dette bidra til:
- å overskride sosio-kulturelle grenser innen og mellom ulike befolkningsgrupper i et gitt lokalsamfunn slik at arbeidsfrie reelt kan opparbeide forståelse for egen livssituasjon og bli medlem av stabile nettverk. På denne måten kan de bli ressurser i det sivile liv og samfunnsmessig anerkjent.

Hypotese

Det var antatt at deltakerne gjennom empowerment:

- kan øke sin selvrespekt og selvtillit og bli mer synlige i lokalsamfunnet,
- kan etablere stabile relasjoner,
- kan bruke sine ressurser til selvvalgte, men felles aktiviteter til gagn for hele lokalsamfunnet.

Målgruppe

Mennesker som befant seg i en situasjon hvor tid ikke defineres i forhold til arbeidslivet og å forsørge seg (og familien) ikke er knyttet til inntektsgivende arbeid. De arbeidsfrie er ikke noen homogen gruppe og omfatter personer med ulike offentlige stønader (arbeidsledighetstrygd, sosial stønad, barsel- og omsorgspermisjon, stønad til enslige forsørgere, sykepenger, førtidspensjonerte, og kvinner forsørget av ektefellen).

Metode og innhold

Den strategiske og metodiske modellen var inspirert av en modell om maktesløshet og empowerment som er utviklet av Nina Wallerstein og andre. Denne er beskrevet i figur 8.1. I empowerment arbeides det ideelt sett på tre nivåer: individ, gruppe og lokalsamfunn. I Samsø-prosjektet ble det tatt det utgangspunkt i arbeidsgruppen som er knyttet til prosjektet «Tid for Mere». Arbeidsgruppen har gjennomført selvvalgte aktiviteter for hele lokalsamfunnet, for andre arbeidsfrie, for gruppen selv og de enkelte gruppemedlemmene.

Tidsplan

Planlegging og intervensjon august 1994 - august 1996. Evaluering, gjennomføring og rapportering januar 1997.

Evaluering

Det ble utført intervjuer med de profesjonelle i prosjektet før og etter intervensjonen. Det ble foretatt løpende registreringer, beskrivelser og diskusjoner om

gruppeprosessen for å kvalifisere den profesjonelle prosjektrollen og beskrivelser av de konkrete aktivitetene og lokalsamfunnets reaksjoner. Utvalgte arbeidsgruppemedlemmer ble intervjuet. Alt materiale foreligger skriftlig. Projektlederne anbefalte etter avslutning av «Tid til Mere » at empowermentprosjektet fortsatte med fokus på: begreper som «arbeidsfri», helsefremming, motstand, den profesjonelle rollen, samarbeid og tidsaspektet.

Hva har skjedd?

Prosjektet har skiftet navn til Vækstzonen og fortsetter uten tilknytning til fylket (amtet) og med støtte lokalt. I tillegg støttes det av Sundhedsministeriets Sundhedspulje (SUPU), Levnadsmiddelstyrelsens pulje til fremme af lokal ernæringsopplysning, Socialministeriets pulje til frivilligt socialt arbejde til fordel for socialt truede mennesker (PUF) og Indenrigsministeriets landddistriktspulje.

Konkrete aktiviteter i prosjektet

Målgruppen for «Tid til Mere» var alle arbeidsfrie innbyggere i Samsø med interesse, lyst og tid til å delta. Et varierende antall arbeidsfrie utgjorde arbeidsgruppen som var kjernen i prosjektet og drev det framover. Prosjektet holdt til i Kulturhuset i kommunen. Det var fleste kvinner blant de aktive. Aktiviteter i prosjektet var:

- Borgermøter i startfasen
- Fellesmøter underveis
- Å skaffe deltakerne et «Værested»
- Ulike arrangementer og fester
- Samarbeidskurs
- Gymnastikk og fysisk aktivitet
- Evalueringer underveis
- Mandagstreff
- Lokalradio Samsøkanalen
- Borgertreff
- Avis
- Medborgerhus
- Familiegruppe
- Ensliggruppe
- Verksteder for sunt kosthold
- Båtverksted
- Stifinnerkurs for kunstnere
- Vikingseilas

8.5.3 Hva har en lært av «Tid til Mere»?

Omtalen er basert på publikasjonen «Empowerment i praksis. Et sundhedsfremmeprosjekt for arbejdsfrie» (Forebyggelsesrådet Århus Amt, februar 1997. Ledende sunhedskonsulent Kirsten Vinther-Jensen & prosjektkoordinator Maja Lundemark Andersen). Det som er tatt fra boken er oversatt til norsk.

Erfaringene fra prosjektet munner ut i noen tanker og anbefalinger fra forfatterne som har vært involvert direkte i prosjektet:

Arbeidsledighet

Mennesker utenfor arbeidsmarkedet er særlig sårbare. En dansk undersøkelse fra 1996 (Socialforskningsinstituttet: Opvækst med arbejdsløshed 1996) viser at denne sårbarheten «går i arv» slik at arbeidslediges barn løper en større risiko på 40 prosent for selv å bli arbeidsledige. Dilemmaer som: Arbeidsledighet som en del av den sosiale arv? Eller arbeidsledighet som personlig ansvar og skyld? Arbeidsledighet som årsak til manglende trivsel og sykdommer eller omvendt? er

velkjente og mye diskutert, men likevel er det vanskelig å bryte med de tradisjoner og profesjonelle metoder som brukes innenfor problemfeltet. Velferdsstatens utvikling stiller store krav til alle borgere, og de nyeste trender i form av medinnflytelse, hjelp til selvhjelp, selvforvaltning og ansvaret tilbake til borgerne, stiller krav til de profesjonelle om å utvikle metoder og arbeidsformer som fører til at det enkelte menneskes integritet styrkes og skjerpes uten at det dermed blir den enkeltes «skyld og ansvar» når noe ubehagelig og uforutsett skjer i deres liv. Samfunnsskapte problemer må ikke omformes til å være borgernes skyld og ansvar.

Det var viktig for forfatterne å prøve andre tilnærminger. De ønsket ikke å sette i gang enda et prosjekt uten å behandle bivirkningene av arbeidsledigheten. Det var viktig å finne måter å arbeide på slik at «ansvaret for eget liv» ble til en sjanse og ikke en trussel. Det er forskjell på å «passe på seg selv» og «passe seg selv».

Helsefremmende arbeid

Utgangspunktet var helsefremmende - å ta utgangspunkt i det sunne - i ressursene og ikke problemene. Forfatterne ville bruke det å stå utenfor arbeidsmarkedet som avgrensning av målgruppen, men ikke som en definisjon på målgruppen.

Hvordan kan det å stå utenfor arbeidsmarkedet brukes best mulig for den enkelte? Er det nødvendig å tvangsaktivere folk for å holde dem i gang eller kan borgerne selv definere et positivt og lærende livsinnhold?

Forfatterne ville m.a.o. utfordre seg selv, kulturene, systemene, tradisjonene og byråkratiet. De ville utfordre borgerne til samarbeid - til å definere sitt eget virkefelt. De ville prøve ut om empowermentprinsippene og - metoden kunne brukes i det helsefremmende arbeidet med sårbare grupper. De anbefaler at de profesjonelle/ekspertene i langt større grad arbeider med forsøks- og utviklingsarbeid som «Tid til Mere» er et eksempel på, og på denne måten utvikler dialektikken mellom teori og praksis og danner nye plattformer for kunnskap og praksis.

Motstand

Erfaringene forteller at den kraftigste motstanden mot å prøve noe nytt av typen empowerment er hos de profesjonelle: I den profesjonelles egen selvforståelse, i utdanningen og oppdragelsen, i ønsket om å «hjelpe» (andre til å bli som oss selv), i ønsket om å ha suksess i arbeidet.

Ofte hører den profesjonelle at motstand mot endringer skapes i systemene og byråkratiene.

Forfatternes erfaringer er at byråkratiet kan være besværlig, men det hindrer ikke i seg selv nye måter å arbeide på. Det politiske systemet har vært positivt stemt og ikke nervøst for å støtte prosjektet, så den største blokkeringen har vært hos de profesjonelle selv. Dette har det derfor blitt arbeidet mye med under prosjektets levetid.

Den profesjonelle

Den profesjonelle må reflektere over egen situasjon:

- Vil jeg arbeide på en annen måte?
- Vil jeg dele min kunnskap med borgerne?
- Kan jeg legge fra meg ekspertrollen?
- Tør jeg å møte borgerne der hvor de er?
- Tør jeg å redusere og marginalisere min egen betydning?
- Tør jeg å kvitte meg med min egen makt?

Dersom den profesjonelle ikke kan svare et helhjertet ja på disse spørsmålene, kan vedkommende ikke bruke empowermentmetoden i sitt arbeid. Det er vanskelig å arbeide på denne måten, og for den profesjonelle er det:

- Ingen tradisjonelle suksesser.
- Få synlige resultater.

– Ingen makt.
– Ingen sikkerhet når det gjelder å lykkes.
– Motstand i egne rekker.

Empowermentarbeid krever:
– Mot.
– Selvinnsikt og refleksjon.
– Kunnskap om og kjennskap til gruppeprosesser, utviklingsmønstre og ledelse.
– Samarbeidsvilje- og evne.
– Solidaritet og kollegialitet med borgerne.
– Politisk forståelse.
– Byråkratisk omtenksomhet.

Arbeidsmetoden gir:
– Glede i arbeidet.
– God kontakt med de som er i prosjektet/tiltaket.
– Kunnskap og innsikt.
– Utfordringer.
– Ettertenksomhet.
– Utvikling i eget arbeid.
– Nye samarbeidsrelasjoner.
– Lokal forankring.
– Varig innsikt.

Samarbeid

Samarbeidsrelasjonene er det bærende i empowermentarbeidet. De viktigste relasjonene er mellom de profesjonelle og borgerne. Disse skal etableres på en arena fri for makt slik at kontakten mellom partene er basert på likeverd. Velmenende ord og løfter bidrar ikke til dette - det er praksis, handling og kontinuitet som gjelder. Dette tar tid. Mange av de menneskene som har erfaring med offentlige systemer og byråkratier har utviklet mistillit og skepsis til de profesjonelle.

Dersom vi mener at borgerne skal ta ansvaret for egne liv skal det følges opp av makt og kompetanse til å ta dette ansvaret. Dette kan føre til at den profesjonelle må gi fra seg makt. Det tar tid, det koster penger, og det er ingen garantier for suksess. Dette stiller krav til hvordan man samarbeider, og hvordan man deler med seg den ekspertise og kunnskap man har. Forfatterne understreker at det er viktig hvordan de profesjonelle organiserer seg i empowermentarbeidet - på linje med og ikke ovenfra og ned, at empowermentarbeid som metode er tverrfaglig, og at det er viktig å formidle erfaringer innad i egen organisasjon til felles læring. De sier at resultatene ikke alltid kan måles, men setter likhetstegn mellom en prosess og et prosjekt. Og uansett utfallet av prosjektet - vellykket eller mislykket - det skjer alltid en prosess i denne type forsøks- og utviklingsarbeid.

Tid

Det tar lang tid å arbeide etter empowermentprinsippene. Det er derfor viktig før en setter i gang med dette, å vurdere om en har tid nok. Tiden skal også sikre den lokale forankringen og de varige resultatene. Dersom en ønsker raske løsninger og strakstiltak er empowerment neppe veien å gå.

8.5.4 «Det finns bruk för alla» i Södra Skaraborg län

De ideelle foreningene/stiftelsene «Det finns bruk för alla» (DFBFA) (stiftet 1994) og «Möjligheternas sektor - Bruk för alla» (MS-BFA) (stiftet 1995) er et sett av

lokale tiltak som ble etablert i 4 kommuner i Södra Skaraborg län i Sverige. Tiltakene vurderes til å være et av de mer radikale lokale forsøkene på å finne fram til en holdbar og helsemessig gunstig løsning på arbeidsledighet og annen beslektet marginalisering av det å stå utenfor arbeidsmarkedet.

Begge foreningene - Det finns bruk för alla og Möjligheterenas sektor - Bruk för alla - har empowerment som bærende prinsipp, og som hovedmål å arbeide for å skape vekstgrunnlag for et godt liv, og dermed øke helsen hos befolkningen i Södra Skaraborg.

Det finns bruk för alla (DFBFA)

> «Minst 1 miljon svenskar i arbetsför ålder är av olika anledningar utanför arbetslivet. Den årliga kostnaden för samhället är 150 miljarder, där huvuddelen av summan används till passiva bidrag. Dessa förhållanden är ett hot mot demokratin, mot folkhälsan och därmed också mot människovärdet. Hur kan bördan vändas till att bli en resurs?»
>
> (Kilde: Invitasjon til en konferanse i regi av Det finns bruk för alla», oktober 1998)
>
> «Den främsta drivkraften i denna process er människornas egen vilja, kraft och kompetens, men den bygger också på ett lokalt samarbete mellan berörda myndigheter och organisationer. Vi anser vidare att arbete är den främsta förutsättningen for ett gott liv.»

(Invitasjon til seminar fra Det finns bruk för alla Södra Skaraborg, april 1998)

Disse sitatene kan stå som innledning til den omtalen av prosessen Det finns bruk för alla som gis nedenfor.

Bakgrunnen for etableringen av prosessen Det finns bruk för alla var utviklingen i den andelen av befolkningen som sto utenfor arbeidsmarkedet i 4 kommuner i Södra Skaraborg län i Sverige. I området bor ca 62 000 innbyggere hvorav 38 000 i alderen 16-64 år. Ca 10 000 er ansatt i offentlig sektor, ca 18 000 i privat sektor mens ca 10 000 stod utenfor arbeidsmarkedet - kalt tredje sektor. I 1993 fikk disse 10 000 ca 1 milliard SEK i direkte økonomiske bidrag.

Den ideelle forening Det finns bruk för alla ble etter initiativ fra Landstinget i Södra Skaraborg stiftet 29.4.94 av kommunene Mullsjö, Habo, Falköping og Tidaholm, to lokale hälso- och sjukvårder, Arbetsförmedlingen, fire lokale arbetsförmedlingar (i de respektive kommunene), fire försäkringskassor (i de respektive kommunene) og Näringslivet. DFBFA kan kalles en «myndighetsforening» i motsetning til MS-BFA som en slags fagforening.

Foreningen er en virksomhet som drives som en prosess (ikke et tidsavgrenset prosjekt) støttet med personell og økonomi av landstinget og økonomisk av länsstyrelsen og länsarbetsnemnden. I 1996 var det økonomiske bidraget ca 5.7 mill. SEK, herav ca 4 mill SEK fra det europeiske sosialfondet. I denne prosessen brukes følgende definisjoner:

Helse= Et mål på hvor stor innflytelse mennesker har over sine liv.

Arbeid= Å gjøre/utføre noe som har mening/betydning for andre.

Arbeidsløs= Alle som av ulike årsaker ikke har muligheter til å være delaktige i et arbeidsfellesskap. Årsakene kan være arbeidsledighet, førtidspensjon, sykdom o.a. Antallet er derfor større enn det som kommer fram av arbeidsstatistikken.

Tredje sektor= De som står utenfor arbeidsfellesskapet.

DFBFAs målsetting:

- Å bidra til bedre helse, bedre livskvalitet og personlig utvikling samt å minske behovet for ulike former for passiv trygd, sosialstønad m.v.
- Vil ta vare på initiativ, kraft og andre ressurser hos arbeidsløse, langtidssykemeldte, førtidspensjonister, funksjonshemmede, innvandrere m.fl. i den «tredje (mulighetenes) sektor».
- Handler om å skape grobunn for et godt liv gjennom arbeid (se definisjonen),

velfungerende sosiale nettverk og følelse av sammenheng og mening med tilværelsen.
- Holdninger og vurderinger bygger på demokratiske grunnprinsipper som at alle skal ha like rettigheter, alle er like mye verdt, solidaritet, delaktighet, medmenneskelighet m.v.
- Å skape en «mulighetenes sektor» som et fullverdig og nødvendig alternativ til andre sektorer (privat og offentlig) i arbeidsmarkedet.

DFBFA gjør dette gjennom et samarbeid mellom kommunene, arbeidsformidlingen (arbeidskontorene), trygdekontorene (försäkringskassorna), næringslivet, den lokale helsetjenesten og andre organisasjoner der DFBFA er lokalisert. DFBFA skal støtte og stimulere til at de som deltar i «mulighetenes sektor» får muligheter til arbeid og fellesskap utfra den enkeltes behov og forutsetninger. Dette innebærer bl.a. samarbeid og samordning av samfunnets ressurser og innsats (regel- og finansieringssystemer m.v.). Ikke minst er det viktig å få til at passive ytelser som trygd og sosialstønad gjøres om til lønn og ansettelser.

DFBFAs virkemidler:
- Utdanner prosessledere som deretter planlegger og utvikler ulike virksomhetsideer sammen med andre innen den tredje sektoren.
- Gir et tilbud - ikke et beordret tiltak.
- Delprosessene ledes og utvikles av de menneskene som inngår i prosessen og ikke eksperter utenfra.
- Delprosessene omfatter nyttige oppgaver for samfunnet og den enkelte.
- Prosessen(e) studeres og evalueres gjennom profesjonell forskermedvirkning hvor både helsemessige og samfunnsøkonomiske effekter er med.

Formålsparagrafen i foreningens statutter lyder:

> «Föreningen skall ha som ändamål att genom samarbete mellan kommunerna, arbetsfömedlingarna, försäkringskassorna och hälso- och sjukvårdsnämnderna i området skapa jordmån för et gott liv. Genom att bryta passivitet och erbjuda en värdig återgång till en varaktig plats i arbetslivet för människor i den «tredje» sektorn, skall hälsan ökas med 50 procent.»

DFBFAs tenkemåte om sin arbeidsmetode kan oppsummeres slik:
- Prosess i stedet for prosjekt.
- Delaktighet i stedet for å stå utenfor fellesskapet.
- Samarbeid i stedet for revirtankegang.
- Aktivitet i stedet for passivitet.
- Grobunn i stedet for hindringer.
- Muligheter i stedet for trussel.
- Mulighetenes sektor i stedet for å tilhøre de som står utenfor.
- Tro på framtiden i stedet for håpløshet.
- Mobilisering av ressurser i stedet for å beordre/tilvise tiltak/arbeid.
- Hverdagsmakt i stedet for avmakt.

De viktigste sidene ved DFBFA er kort oppsummert:
- DFBFA er en prosess og ikke et detaljplanlagt og tidsavgrenset prosjekt.
- DFBFA har som mål å bedre helsen, øke trivsel og velvære og personlig utvikling samt å minske behovet for ulike former for passiv offentlig stønad.
- DFBFA vil ta vare på initiativ, kraft og andre ressurser hos arbeidsløse, langtidssykemeldte, førtidspensjonerte, funksjonshemmede, innvandrere m.v. i

den «tredje (mulighetenes) sektor».
- DFBFA handler om å skape jordsmonn for et godt liv gjennom arbeid, vel fungerende sosiale nettverk og følelse av sammenheng og mening i tilværelsen.
- DFBFAs holdninger og vurderinger bygger på demokratiske grunnprinsipper som at alle har like rettigheter og er likeverdige, solidaritet, delaktighet, medmenneskelighet.
- DFBFA vil skape «en mulighetenes sektor» som et fullverdig og nødvendig alternativ til andre sektorer på arbeidsmarkedet.

Noen ord om prosessledernes funksjon:

Høsten 1994 satte DFBFA i gang et ti ukers opplæringsprogram for de som skulle få tittelen prosessledere. 24 tidligere arbeidsledige og langtidssykemeldte ble valgt ut gjennom intervjuer hvor ikke formelle kriterier og arbeidserfaringer, men åpenhet i forhold til DFBFAs prinsipper og holdninger, ble tillagt vekt. Tanken var at hver prosessleder skulle rekruttere ca ti personer som stod utenfor arbeidsmarkedet som deltakere i DFBFA og sammen med dem bygge opp virksomhetene (de ulike prosessene). Opplæringen som ble gjennomført på en folkehøgskole, omfattet DFBFAs ideologi, samfunnskunnskap, helse og lederskap og trening i å utvise empati.

Prosesslederne arbeider på mange forskjellige måter. De fleste har startet og driver en enkelt prosess, men flere har også flere prosesser gående samtidig. Deltakerne ellers blir rekruttert etter hvert. Ettersom de fleste får Arbetslivsutvecklingsbidrag (ALU-bidrag) eller annet tidsavgrenset bidrag, er gjennomtrekken stor. De fleste slutter allerede etter ca seks måneder. Prosesslederne er nøye med å påpeke at de ikke er sjefer, men deres spesielle stilling med ansvar for administrasjon og kontroll med at deltakerne er tilstede samt det faktum at de er ansatte, gjør at deres ledende funksjon er merkbar i virksomheten.

Noen ord om frivillighet:

Deltakelse i prosessene er basert på frivillighet og ikke tvang. Deltakerne blir ikke tilvist arbeid, men får et tilbud om gjøre noe de har lyst til og føler at de makter. Ideologien til DFBFA baserer seg på at det finnes mennesker som vil, men som av ulike grunner ikke får eller kan arbeide, at det finnes mange arbeidsoppgaver som ikke blir utført, og at det skjer store overføringer som i praksis brukes til å betale folk for ikke å arbeide. I stedet for å se på denne gruppen av mennesker som et problem, ser DFBFA den som en gruppe som besitter enorme menneskelige ressurser som går tapt fordi menneskene ikke får bruke sin arbeidsinnsats, sine kunnskaper og ferdigheter og sine erfaringer. DFBFA spør deltakerne: «Hva kan du? Hva vil du?» i stedet for å planlegge og tilvise aktivitet på forhånd.

Noen ord om prosess:

DFBFA er konsekvent i sin omtale av virksomhetene som prosesser og ikke tidsavgrensete prosjekter. DFBFA er en lokal prosess for helse og arbeid som dels utgår fra den enkeltes kompetanse, ressurser og delaktighet, dels fra samvirke mellom kommunene, arbeidskontorene, trygdekontorene og den lokale helsetjenesten som har ansvaret for økonomiske støtteordninger, arbeidsmarkedstiltak, pleie og omsorg til personer som står utenfor arbeidsfellesskapet.

Hensikten med DFBFA var i utgangspunktet at menneskene knyttet til prosessen skulle kunne være der så lenge de ville og hadde behov for det. Noen ville gå over i ordinært arbeid, men for noen ville det kunne være en god permanent løsning. Dagens regelverk tillater imidlertid ikke denne type tidsmessig ubegrenset deltakelse, og det gjenstår å løse mange problemer før dette kan bli virkelighet.

Noen ord om økonomien:

DFBFA har fram til 1997 vært finansiert som et EU-prosjekt over EUs «sosialfond», men hvor fylket har stått for vel halvparten av utgiftene. En forutsetning for videre drift, er at sentrale myndigheter muliggjør en friere bruk av ulike offentlige stønadsordninger.

Regnet i samfunnsøkonomiske termer er DFBFA ikke et dyrt tiltak. Prosesseledernes lønn koster samfunnet ubetydelig mer enn de bidrag de tidligere oppebar, og virksomheten er i prinsippet selvfinansierende. Det har likevel vært vanskelig hele tiden å få endene til å møtes. Det vises ellers til omtalen i 8.5.4.

Möjligheternas sektor - Bruk för alla (MS-BFA)

Også dette er en ideell forening, utgått fra DFBFA men reservert for mennesker i den tredje sektoren (kalt mulighetenes sektor) som lever på offentlige ytelser og/eller som står utenfor arbeidsfellesskapet. Foreningen fungerer som en fagforening for deltakerne og prosesslederne i DFBFA. Medlemsskap koster 20 SEK per år og kan søkes av alle i nevnte kategori som er bosatt i de 4 kommunene. Dette kalles A-medlemsskap. Også andre kan søke om B-medlemsskap (støttemedlemsskap).

I statuttene for foreningen Möjligheternas sektor - Bruk för alla står det bl.a. i § 1 Visjonen:

- Visjonen for MS-BFA er å bidra til å utvikle et godt vekstgrunnlag gjennom at alle mennesker gis innpass i arbeidsmarkedet, at de sosiale nettverkene rundt dem styrkes, og at menneskenes tilværelse utvides i flere meningsfylte sammenhenger.
- MS-BFA fungerer som arbeidstakerorganisasjon for de som er i foreningen og har i denne forbindelse som hovedmål å sikre ethvert individs rett til å være i arbeidsmarkedet. Dette skjer ved at den tredje sektor (mulighetenes sektor) organiseres etter prinsippene om delaktighet, solidaritet og medmenneskelighet.
- De som arbeider i MS-BFA skal selv ha rett til å velge sine arbeidsoppgaver. «Hva vil du gjøre?» i stedet for «Hva skal jeg gjøre?» De offentlige stønadene de ellers ville ha fått, skal brukes til å ansette dem for en lønn som avtales i forhandlinger mellom MS-BFA og DFBFA.
- Driften av MS-BFA skal styres av at arbeid er all virksomhet som noen andre har nytte av. Arbeidet avgrenses slik at oppgavene ligger utenfor de som allerede er etablert i privat og/eller offentlig sektor.
- Utvikles det virksomheter som blir økonomisk lønnsomme, og som kan stå på egne ben, kan disse overføres til andre sektorer i arbeidsmarkedet - privat eller offentlig.

(Kilde: Stadgar för den ideella föreningen Möjligheternas sektor - Bruk för alla; årsmøtet 20.2.96)

De fleste som har deltatt og deltar i MS-BFA er registrerte arbeidsledige som mottar arbeidsledighetstrygd. Ca 1400 personer har til nå vært i et eller flere prosesser. I 1996 utgjorde kvinnene 2/3 av de som deltok. Ca 70 prosent kom via arbeidsformidlingen, ca 20 prosent via trygdekontoret og resten via sosialtjenesten. De som deltar i prosessene får beholde sine stønader. Hver prosess ledes av en skolert prosessleder som lønnes over bidrag som kommer fra landstinget, fylkesarbeidskontoret og de deltakende kommunene. DFBFA sliter med økonomien og har ikke fått gjennomslag for alternativ bruk av de store beløp som går til passiv stønad. Prosessdeltakerne blir ofte hindret av et rigid regelverk bl.a. i forhold til hvor lang tidsperiode de kan delta i en delprosess av gangen. (Jf ordningen med arbeidsledighetstrygd i Norge hvor den arbeidsledige både skal være aktiv arbeidssøker og får utbetalt penger hver 14. dag).

Til nå har midler til prosessen vært hentet fra flere «pengesekker»:

- Utdanningsbidrag (fylkesarbeidsnemnden/arbeidsformidlingene)
- Rekrutteringsstønad (fylkesarbeidsnemnden/arbeidsformidlingene)
- Omkostninger ved planlegging av rehabiliteringstiltak (trygdekontorene)
- Bidrag til lønnsutgifter (kommunene)
- Dagmar-midler (landstinget og fylkestrygdekontoret)
- Rehabiliteringserstatning (fylkestrygdekontoret)
- Utradisjonelle midler til planlegging (fylkesarbeidsnemnda/arbeidsformidlingene)
- Midler til leie av lokaler, telefon m.v. (kommunene, landstinget)
- Midler til sk «stadigvarande arbete» (länsstyrelsen)
- Regionalpolitiske tiltak (länsstyrelsen)
- Midler til lederutvikling (Arbeidslivsfondet, folkehøgskole)
- Midler til oppstart av forskningsstasjonen (Folkehelseinstituttet, IPM, Skaraborginstitutet)
- Enkeltsponsorer
- Prosessledernes egne evner og andre bidrag

Det tar svært mye tid og kunnskap å orientere seg i dette myldret av mulige inntektskilder. DFBFA har derfor nå en ansatt som bare skal arbeide med å søke om økonomiske bidrag til virksomheten.

Det er laget en plan for hvordan virksomheten skal utvikles over tid. I år 2000 skal prosessen ha 2000 ansatte. Denne planen er sendt til berørte departementer sammen med en plan for gjennomføringen hvor det bl.a. går fram at å oppfylle dette målet innebærer at prosessen får støtte til finansiering av prosessledere og dispensasjon fra enkelte regelverk slik at det blir lettere for arbeidsløse å delta. 2000 personer er 1/5 av de arbeidsløse/den tredje sektor i de 4 kommunene.

(Kilde: Verksamhetsberättelse 1996.)

I tilstandsbeskrivelse i mars 1998 går det fram at et av de store problemene er at medarbeiderne i delprosessene ikke får blir over tid i aktivitetene. I stedet må de gå hjemme. DFBFA er svært bekymret over denne utviklingen. Antallet som er i denne situasjonen øker. Når det blir lettere å få ordinært arbeid, blir de som står utenfor enda mer utenfor. Dette har MS - BFA merket i stadig større grad.

Eksempler på aktiviteten i de 4 kommunene i 1997

Falköpingsgruppen (31 820 innbyggere):

1. Återbruket, Textil & Hantverk (gjenbruksbutikk i den gamle brannstasjonen + møteplass for håndarbeidsinteresserte samme sted).
2. Musikprocessen (kontaktforum for musikkinteresserte, bistand til arrangementer og booking).
3. Lekplatsen (lage en lekeplass av naturmateriale).
4. Äventyrsresan (en annen måte for barn å lære seg sin hjembygd/kommune på).
5. Sällskapet (en gruppe som tilbyr samvær til gamle og eldre personer som bor på aldershjem - gruppen stiller opp der aldershjemmets ressurser/oppgaver tar slutt).
6. Bergsjön (gjøre Bergsjøn til et attraktivt friluftsområde for alle aldersgrupper).
7. Närradion (lære seg hvordan den lokale nærradion fungerer, organiseres, hvordan sende og lage program m.v.).
8. Cafe för Alla (kafe drevet av og bare for de som er med i MS-BFA i den gamle brannstasjonen).
9. Handikapp/Terapi -Ridning för små barn (gi muligheter for barn med fysiske eller andre funksjonshemninger (3-10 år) å ri og ta seg av små ponnier. Disse er så små at f.eks. barn i rullestol kan stelle dem.
10. Studiebesöksgruppen (ta i mot og behandle søknader m.v. om studiebesøk i

prosessen og prosjektene samt å bistå praktisk under studiebesøk).

11. Knutpunkten (en informasjonssentral både for BFA og for allmennheten. Et nasjonalt nettverk for idéene om DFBFA og MS-BFA drives herfra.). Knutpunkten binder DFBFA og MS-BFA sammen og er det sentrale samlingsstedet for alle tilknyttet prosessene. Det er lokalisert sammen med resten av administrasjonen i Skaraborgs Sjukhus i Falköping.
12. Ledsagarservice (for 20 SEK kan enhver som har bruk for det, få hjelp til og fra ulike institusjoner, butikker, fotpleie, frisør m.v.).
13. ElviraGruppen (en arbeidsgruppe som på ulike måter hjelper til på skolene i samarbeid med foreldreforeninger. Kan f.eks. ta opp spørsmål om mobbing, rasisme m.v.).
14. Pratstunden (en besøksgruppe som går til ensomme og gamle som er hjemmeboende. Besøkene skjer alltid på de besøktes egne vilkår. Samarbeid med kommunens egen eldreomsorg og Røde Kors.).
15. Bingogruppen (en gruppe for og av pensjonister.).
16. Miljöutställningen «Miljö för alla» & ekologisk terassodling (en gruppe har bygget opp en permanent utstilling med bistand fra LA21 i kommunen. Alle skoler, interesserte foreninger og privatpersoner besøker utstillingen. I tilknytning til denne driver gruppen med økologisk terassedyrking av blomster og grønnsaker.).
17. Arkiv X (Landstinget har gitt MS-BFA i oppdrag å hjelpe til med arkiverings- og oppdateringsarbeid av medisinske journaler. Noen journaler skal klippes opp, andre skal over på mikrofilm. Arbeidet krever taushetsplikt og stor grad av nøyaktighet.).
18. Föreningsservice Falköping (en gruppe som bistår kommunens mer enn 500 foreninger med ulike arbeidsoppgaver etter foreningens behov og ønske.).
19. Paletten (gir muligheter for den som har lyst til å tegne/male et par timer per dag samtidig som vedkommende deltar i å forme virksomheten.).
20. Turism (arbeider sammen med studiebesøksgruppen i MS-BFA og turistinformasjonen i kommunen om ulike oppgaver.).
21. Verkstad (arbeid innen trebransjen. Verkstedet er fullt utstyrt med monteringshall m.v. Enkeltstående verkstedbenker kan leies ut for en billig penge til personer som ikke er med i MS-BFA.).
22. Forskningsstation Mösseberg (forskningsstasjonen er en delprossess i DFBFA. En husmor og husfar tar hånd om alt som har med praktiske saker å gjøre (frokost, studiebsøk, vaktmesteroppgaver mv), noen skriver ut intervjuer på data, andre igjen deltar som helseobservatører og intervjuere.).
23. Hunddagiset «TASSEN» (tar imot hunder for hel eller halvdagspass. Hunden må være der minst 3 dager i uken. Koster 50 SEK per gang.).

Tidaholmgruppen (13 300 innbyggere):

1. Återbruksbutiken (tar utgangspunkt i et voksende søppelproblem, og at miljøet tar skade av dagens søppelhåndtering. Butikken har en container som er utplassert ved Återvinningscentralen hvor folk kan kaste det de ikke vil ha eller det kan leveres direkte til butikken. Saker som kan brukes igjen, repareres og videreselges.).
2. Ventilen -Konsthantverk/Självhjälpsgrupper (samarbeidsgrupper om kunsthåndverk- og salg og samtaler).
3. Textil och Hantverk (kunsthåndverk i tekstil).
4. Skrivbyrån (praktisk hjelp til å skrive for folk og foreninger som av ulike grunner har vansker med å uttrykke seg skriftlig).

Habogruppen (9 500 innbyggere):

1. Återbruksaffären (reparasjoner og opprustning av ting som leveres til butikken. Saker som ikke er videresolgt etter 2 måneder, sendes til Baltikum).
2. Hantverk (et treffpunkt for langtidssykemeldte og førtidspensjonister om forskjellig håndverk.).
3. Hjälpredan (gruppen henvender seg til pensjonister, funksjonshemmede og langtidssykemeldte og hjelper til med ulike oppgaver fra praktisk arbeid til samtaler. Kundene betaler i form av hygieniske artikler som sendes til et kvinnefengsel i Riga).
4. Självhjälpsgrupper (grupper i samarbeid med primærhelsetjenesten i Habo. Ideen er at de som behøver det skal ta hånd om seg selv og ikke overlate seg og sine problemer til helsetjenesten).
5. Sy-lett (to syersker som syr barneklær til et barnehjem i Riga).
6. Biståndet Röda Korset (en gruppe syr, strikker og lager barneklær til Røde Kors' katstrofepakke som sendes til katastrofeområder verden over).
7. Bordtennisverksamhet (en tidligere landslagsspiller fra Ungarn har startet dette. Ca 20 ungdommer deltar).
8. Undersökningsprosjektet (deltakeren undersøker forskjellige gamle og nye måter å bevare frukt og grønnsaker på for å finne ut hvordan man best skal oppbevare dette lengst mulig).
9. Starta eget (deltakerne har egne idéer til virksomheter som med tiden kan bli egne prosjekter).
10. Återbruk, renovering av skolbänkar (gruppen renoverer skolepulter fra en nedlagt skole).
11. Skolprosjektet (gruppen skal fungere som støttekontakter og voksenressurs for skoleungdom som trenger det).
12. Aerobic (arbeidsløse og andre dagledige får 2 dager per uke anledning til å gymme og holde seg i form under ledelse av profesjonell aerobiclærer).
13. Prosjekt gemenskap (innebærer å besøke innvandrere og flyktninger i deres hjem for kontaktskapende virksomhet og praktisk hjelp i kontakt med offentlige og andre institusjoner).
14. Portrettmålning (en deltaker med kunstnertalent lager protrettskisser. Betalingen går til hjelpevirksomheten i Riga).

Mullsjögruppen (7 400 innbyggere):

1. Återbruksaffären (som de andre etterbrukstiltakene).
2. Samspelet (eldre innvandrere med dårlig spåkkunnskap deltar sammen med folk fra MS-BFA. Hensikten er primært å få innvandreren til å vite at han/hun betyr noe og har noe å lære bort til det svenska samhället).

Som det går fram av denne opplistingen er det lagt mye energi og kreativitet i Möjligheternas sektor - Bruk för alla. Slik utvalget vurderer dette, er det et tiltak som også vil egne seg godt i Norge. Det er brukt mye fantasi for å finne meningsfylte oppgaver som de arbeidsløse ønsker å arbeide med. Det går fram at en ikke opprettholder delprosesser bare for å opprettholde dem - en delprosess er avhengig av at det er noen som vil utføre oppgaven, og at det er noen som har bruk for den. Ikke minst er landstinget og länet viktige samt at det både fra politisk og toppadministrativt hold er stor entusiasme for saken. Det er nødvendig og viktig å ha med seg fagforeninger og det etablerte næringsliv. Fagforeningene er opptatt av «sine» medlemmer og kan legge mange hindringer i veien. Det samme kan det lokale

næringsliv gjøre dersom de ser delprosessene som en trussel mot egen virksomhet. Det vises til statuttene for MS-BFA om at arbeidsvirksomhetene skal avgrenses slik at oppgavene ligger utenfor de som allerede er etablert i privat og offentlig sektor.

Selv om DFBFA er meget aktiv overfor både fylkes- og rikspolitikere, Riksdagen og departementene jobber prosessen tungt - særlig mht økonomi og de ulike regelverk som gjelder for hhv arbeidsledige, sosialklienter, langtidssykemeldte, førtidspensjonerte m.v. Dette er et problem også i Norge, jf den stadige diskusjonen omkring kasteball- og gråsoneproblematikk og ønsket om fysisk og arbeidsmessig samlokalisering av offentlige kontorer som arbeids-, sosial- og trygdekontor.

Ellers kan det pekes på at DFBFA og MS-BFA er et godt eksempel på at et tiltak både kan ha forebyggende og rehabiliterende siktemål og effekter, og at målgruppen på den ene siden er hele gruppen av arbeidsløse og på den andre siden den enkelte arbeidsløse.

8.5.5 Hva har en lært av «Det finns bruk för alla«?

Omtalen nedenfor er i hovedsak basert på et studiebesøk ved forskningsstasjonen Mösseberg og Stressforskningsrapport nr. 276/1997: Det finns bruk för alla - en metod i utveckling (Westerlund, Hugo og Bergstrøm, Anna. Statens institut för psykosocial miljömedicin) og annen litteratur.

Delaktighet, medmenneskelighet og solidaritet er hjørnestener i DFBFA og MS - BFA. Begge prosessene bidrar til så vel en individuell positiv utvikling som en positiv samfunnsutvikling. Å gi folk tilbake makt over eget liv er sentralt. De viktigste lærdommene til nå er:

Lærdom 1:

Ensom er ikke sterk. DFBFA har som oppgave å skape allianser, styrke samarbeid og samvirke samt å skape grobunn for fleksibilitet i regelverk og finansiering.

Lærdom 2:

Hver enkelt vet ikke best. Opplæring av prosessledere var meget viktig i starten av prosessene. Opplæringen skjedde på deltakernes egne premisser og bygget på deres egenerfaringer med ulike former for arbeidsløshet og bidrag.

Lærdom 3:

Det er viktig å samle inn kunnskap for å kunne dokumentere og utforske hva som skjer i slike nye tiltak. Det ble derfor etablert et forskningsinstitutt til å følge DFBFA.

Lærdom 4:

Formidling av erfaringer inspirerer andre. En har derfor etablert et nasjonalt nettverk for denne type prosjekter og tiltak rundt om i Sverige. Dette drives fra Knutpunkten i Falköping.

Lærdom 5:

Å ville gjøre det umulige mulig, skaper motstand fra mange og ofte uventet hold. Men det går an å arbeide videre forutsatt at visjonen og kursen er klar. Å se muligheter også i hindringer og barrierer, er det umuliges kunst.

Forskningsstation Mösseberg

Forskningsstasjonen ble etablert som en delprosess i 1995 for å følge DFBFA. Stasjonen ble oppstartet av Statens institutt for psykososial miljømedisin i Stockholm, men ble sommeren 1996 overtatt av kommunene og regionale organer i Skaraborgs Län. Flere av de som er knyttet til forskningsstasjonen er deltakere (arbeidsløse) i DFBFA.

Hensikten med den forskningen stasjonen driver er å vurdere og evaluere pågående virksomheter i prosessen, studere de helsemessige, sosiale og sam-

funnsøkonomiske effektene av arbeidsløsheten samt de forandringer som aktivitet i prosessen skaper.

Forskningsstasjonen har listet opp følgende:

- Kan man bryte de onde sirklene som følger av arbeidsløshet, og hvordan kan dette skje?
- Hvordan ser de gode sirklene ut i forhold til at man kommer med i aktive prosesser?
- Hvilke helsemessige, sosiale og samfunnsøkonomiske effekter har disse forandringene?
- Hvordan utvikles DFBFA over tid? Tar den opp i seg nye og mer utviklende former?
- Hvordan påvirkes menneskers husholdningsøkonomi av arbeidsløshet, og hva hender når man etter lang tids arbeidsløshet eller sykemelding kommer med i prosessen?
- Hvilke likheter og ulikheter finnes mellom prosessen i Södra Skaraborg og andre prosesser/prosjekter i Sverige når det gjelder å løse arbeidsledighet?

Forskerteamet består av filolog, psykolog, økonom, lege, pedagog, miljøpsykolog og kulturgeograf.

Evalueringen av DFBFA skal sluttføres i løpet av 1998. Det er til nå gitt ut en rekke kvantitative og kvalitative studier.

Det nasjonale nettverket omkring DFBFA

Tankene og idéene rundt DFBFA er blitt velkjent for mange i Sverige etter en rekke seminarer og besøk til Falköping. På bakgrunn av dette har Folkhälsoinstitutet tatt initiativ til et nasjonalt nettverk for tiltak av typen DFBFA og lignende virksomheter. I 1997 var det 29 kommuner som deltok i nettverket i tillegg til de 4 DFBFA-kommunene og forskningsstasjonen. Også i arbeidet med nettverket brukes folk som står utenfor arbeidsmarkedet. Prosesslederopplæringen har spredd seg til andre kommuner i Sverige. Nye virksomheter som i stor grad bygger på DFBFAs idéologi har dukket opp i flere kommuner.

Empowerment - muligheter til å ta tilbake makten over og ansvaret for eget liv

I DFBFA tar en helt bevisst avstand fra tradisjonelle arbeidsmetoder og unngår å presentere ferdige løsninger. En unngår også ferdigstilte handlingsplaner for ikke å avskjære alternative framgangsmåter og løsninger. Frihetsgraden for deltakerne er derfor svært stor - i hvert fall teoretisk. DFBFA blir dermed en slags fri sone der individets egne ønsker, kunnskaper og initiativ står i sentrum og ikke spilleregler som ellers gjelder. Ved at prosesslederne selv har vært i samme situasjon som de andre deltakerne, skapes også en avstand til «makten», og deltakerne føler at prosessen er deres og styrt av dem selv.

Arbeidsmetoden inviterer og til en viss grad tvinger den enkelte til å ta ansvar. Som regel finnes det ingen oppdragsgivere. Aktivitet blir derfor avhengig av at deltakeren selv tar initiativ sammen med prosesslederen og de andre i delprosessen. Til tross for at dette er en uvanlig måte å jobbe på, og at mange har problemer med denne type ansvar og frihet, er det åpenbart at DFBFA har ført til personlig vekst og utvikling for mange samt større evne til å ta ansvar for eget liv og situasjon. Folk oppdager at de kan mange ting, at de duger til tross for funksjonshemming av ulik art. Konkrete eksempler er det mange av.

Arbeidsmåtene i DFBFA gir tid og rom for menneskelig utvikling på en helt annen måte enn vanlige arbeidsmarkedspolitiske tiltak som har vært prøvd ut. Effektivitets- og gjennomstrømningskravene i slike tiltak rammer først og fremst de svakeste individene som risikerer å bli utsatt for nok et nederlag. Prosesslederne i DFBFA har atskillig bedre tid og kunnskap om den enkelte enn en ansatt på

arbeidskontoret. Delprosessene i MS-BFA er i tillegg støttende og stimulerende miljøer hvor den enkelte er fordi vedkommende har lyst til å være der og jobbe med det vedkommende liker å jobbe med. Man er ikke tvunget sammen. Det sosiale samværet er en viktig ressurs og av sentral betydning for den enkeltes utvikling. Læring skjer gjennom en prosessinnrettet arbeidsmåte. Ettersom man ikke arbeider etter en fastlagt plan hvor alt er bestemt på forhånd, må deltakerne hyppig forholde seg til nye situasjoner og nye løsninger. Å lære og mestre det uforutsette blir viktig i nåsituasjonen og er like nyttig for framtidig situasjon.

De fleste arbeidsmarkedspolitiske tiltak sikter mot å forberede den arbeidsløse til å kunne gå tilbake til det ordinære arbeidsmarkedet. Disse tiltakene skaper i seg selv ingen nye arbeidsplasser. DFBFA arbeider derimot aktivt for å finne nye nisjer på framtidens arbeidsmarked framfor alt innen områder som det er vanskelig å finne økonomisk lønnsomme i et kortere tidsperspektiv. I hovedsak dreier det seg om arbeid innenfor service, miljø og kultur: Service- oppgaver som det offentlige ikke har økonomiske eller personellmessige ressurser til. Miljø- oppgaver knyttet til gjenbruk og andre enklere miljøtiltak som er meningsfulle men ikke lønnsomme. Kultur- oppgaver som er meningsfulle men ikke lønnsomme.

DFBFAs innretning

I publikasjonen «Det finns bruk för alla en metod i utveckling» (Westerlund, Hugo og Bergstrøm, Anna; Stresforskningsrapporter nr. 276 1997, Statens institut för psykosocail miljömedicin, 1997) drøftes fordeler og ulemper ved at DFBFA ble lansert mer som et helseprosjekt enn som et arbeidsmarkedsprosjekt. Det hevdes at den sterke betoningen av helse kombinert med åpenhet om at DFBFA ikke skal lede til arbeid i ordets tradisjonelle betydning, har gjort at DFBFA har hatt store vansker med å ta del i arbeidsmarkedspolitiske midler. Det kan også legges til at det har skapt problemer at man en tid presenterte prosessen som at en gjennom den skulle øke helsen i befolkningen med 50 prosent. Dette var en urealistisk målsetting som ga falske forhåpninger. Problemet med å knytte virksomheten så tett opp mot helse har også sammenheng med metodeutviklingen. Forfatterne skriver at mekanismene som knytter arbeid/arbeidsledighet med helse/uhelse er komplekse og bare fragmentarisk kjente. Hvorfor det helsemessig skulle være positivt å komme inn i et arbeidsfellesskap, er ikke selvsagt.

Å betone helseaspektet så sterkt kan lede til at utenforstående ser bort fra det gjensidige samspillet mellom helse og arbeid. Motivasjonen for å bruke et sysselsettingsprosjekt til å bedre helsen, er jo nettopp at arbeidsledighet synes å føre til uhelse, men også at uhelse synes å lede til mindre evne til å få eller beholde et arbeid. Det omvendte at arbeid leder til helse, og helse i sin omgang leder til arbeid, er ofte men ikke nødvendigvis sant. Det er også viktig å huske på at arbeid ikke er den eneste faktoren som påvirker helsen. Hva DFBFA kan tilby er således ikke bedre helse for den enkelte i seg selv uten i beste fall en meningsfylt aktivitet som inngår i en god sosial sammenheng som i neste omgang kan føre til en bedret helse på gruppenivå.

Forfatterne mener DFBFA ville tjent på å tydeliggjøre dette, og å presentere seg som et kombinert arbeidsmarkeds- og helseprosjekt.

Individuelle tiltaksplaner/handlingsplaner på godt og ondt

Innen DFBFA er det utbredt motvilje mot individuelle tiltaks- eller handlingsplaner som oppfattes som maktutøvelse styrt ovenfra og ned. Som alternativ framhever en prosesstenking og en lyttende, aksepterende holdning. Bakgrunnen er at mange kjenner seg krenket over de planer som de ansatte på arbeidskontor, trygdekontor, sosialkontor utarbeider for dem. Klienten føler seg ofte krenket og overkjørt og uten en følelse av å ha deltatt i arbeidet med å tilrettelegge egen framtid.

Et annet argument mot handlingsplaner er at de slik situasjonen er i Sverige, ikke fører fram til noen jobb, og derfor oppleves som mislykkete. Hvert mislykket tiltak, undergraver ytterligere en ofte allerede lav selvtillit. Maktesløshet, klientifisering og passivitet blir forsterket i stedet for det motsatte som var hensikten.

Westerlund og Bergström skriver at DFBFA i utgangspunktet har et bedre grunnlag fordi tiltaket ikke har en myndighetsfunksjon. Prosesslederne står på deltakernes side og deler i stor utstrekning deres erfaringer. Økte krav til målstyring og kontroll fra myndighetene (medfinansiører og regelfortolkere) kan imidlertid komme til å tvinge prosesslederne til en delegert myndighetsfunksjon som kan ødelegge de fordelene de har hatt. Det sies derfor at det er viktig at DFBFA beholder sin uavhengige stilling i forhold til myndighetene.

Hindringer for utvikling av DFBFA

DFBFA har møtt en rekke hindre siden oppstarten.

Økonomisk usikkerhet og utrygghet

I samfunnsøkonomisk forstand er DFBFA ikke et dyrt prosjekt. Prosessledernes lønn koster ubetydelig mer enn det disse ville fått i offentlige stønader. Selve virksomhetene er i prinsippet basert på selvfinansiering. Likevel har det vært betydelige problemer med å skaffe lønn til prosesslederne, og de har ofte måttet finne seg i kortvarige avtaler og tilfeldige nødløsninger. Dette skaper usikkerhet både mht egen økonomi og arbeidssituasjon. Flere av prosesslederne føler seg i perioder psykisk dårlig av denne usikkerheten for egen situasjon i kombinasjon med det ansvaret de føler for de andre deltakernes velferd. Noen har til og med fått større psykosomatiske symptomer. DFBFA har ved flere anledninger vært i alvorlig fare for å bli nedlagt pga mangel på penger. Tiltaket har allerede fått avslag på søknad om statlige midler for 1999, men har sendt inn en fornyet søknad med utfyllende opplysninger.

For en fortsatt utvikling av DFBFA kreves det ikke bare at økonomien kan løses på etterskudd, men at man kan få garantier for en viss langsiktighet i ansettelser og andre ytre forutsetninger.

Tidsbegrenset deltakelse

De fleste i DFBFA og MS-BFA er ALU-mottakere og henvist av Arbeidsformidlingen. Dette innebærer en tidsbegrensning på 5-6 måneder. I særskilte tilfelle kan dette forlenges, men det er relativt uvanlig at så skjer. For trygdemottakere er tidsavgrensingene ikke så strenge, men også her er det begrensninger. Dette betyr at den enkelte deltaker ikke kan bli i prosessen så lenge han/hun vil, men føler seg som å ha «kniven på strupen». Ikke bare blir den enkelte hindret i sin tilpasning til det å ha noe meningsfylt å gjøre sammen med andre, men de ulike delprosessene og de andre deltakerne blir hemmet i sin utvikling ved den store gjennomtrekken.

Det er flere andre hindringer for framtiden for DFBFA som ikke omtales nærmere her. Den største er de ALU-reglene (Arbetsutvecklings-reglene) som de fleste deltakerne er avhengige av. Dette gjelder for eksempel forbud mot at ALU forenes med salg av eller betaling for tjenester.

8.6 LOKALSAMFUNNSUTVIKLING

8.6.1 Innledning

Gjennom Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) har 17 land drøftet utfordringer og politikk for bedre boforhold, sosial integrasjon og bomiljø i storbyer. En prosjektgruppe la i 1994 fram anbefalinger som OECDs generalsekretær har gitt ut som organisasjonens bidrag for bedre levekår og boforhold i storby. Som det går fram av dette gjelder anbefalingene primært storby og boforhold og bomiljø, men utvalget mener at det generelle innholdet i de konklusjonene

som er nevnt nedenfor, og som er basert på OECD-anbefalingene er allmenngyldige når det gjelder mulighetene for å få til et godt folkehelsearbeid:

- Det er nødvendig å ta utgangspunkt i en områdebasert tilnærming når en skal få til en sosial og økonomisk snuoperasjon i kommunene. I en områderettet innsats er det bomiljøet/lokalsamfunnet som er best egnet som arena for å nå innbyggere med en kombinasjon av levekårstiltak. Dette er ingen erstatning for den generelle velferdspolitikken (utdanning, trygder, helsevesen mv), men må gå hånd i hånd med denne og utfylle den i utsatte lokalsamfunn. Bare gjennom områderettet innsats kan en treffe de gruppene som opplever den sterkeste belastningen av levekårsulemper i dagens samfunn.
- Tiltak for å skape bedre boforhold er ofte helt sentralt, men boligforbedringer kan bli kortsiktige dersom ikke lokalsamfunnet samtidig opplever forbedringer på flere områder.
- En vellykket strategi for bedre levekår er avhengig av et samarbeid mellom mange parter. Partnerskapet må omfatte både ulike nivåer i det offentlige og berørte private interesser, som sammen når sine mål ved å samordne innsatsen. I boligområdet kan en trekke beboerne med i konkret samarbeid og innsats for eget miljø. Dette er viktig både fordi deltakelse gjør lokalsamfunnet sterkere, og fordi de offentlige ressursene som blir satset, kan nå lenger gjennom slikt samarbeid.
- I slike opplegg for samarbeid eller partnerskap er det viktig at alle deltakere er med på en helhetstenkning om utviklingen av lokalsamfunnet. En visjon for endring som blir delt av mange, er et bidrag både til effektiv innsats og løsning av konflikter.

(Kilde: fra St.meld. nr. 14 (1994-95) Levekår og boforhold i storby.)

Utvalget vil peke på at den norske kommunale strukturen og organiseringen er et svært godt utgangspunkt for både områderettet innsats og lokale partnerskap som strategisk grunnlag for å bidra til å jevne ut ulikheter i helse og levekår og styrke folkehelsen.

I dette underkapitlet drøfter derfor utvalget betydningen for folkehelsen av vel fungerende og støttende lokalsamfunn, og gjensidigheten mellom empowerment som strategi og lokalsamfunnet.

8.6.2 Lokalsamfunn - hva er det, og hvem er det for?

Lokalsamfunnet er en meget viktig størrelse i folkehelsearbeidet. Skal vi skape gode liv for folk flest, må dette på en eller annen måte innbefatte lokalsamfunn og nærmiljø. Samtidig er det viktig å skape et skille mellom «kommune» og «lokalsamfunn». Kommunen må oppfattes som en politisk/administrativ overbygning for ett eller flere lokalsamfunn, de fleste kommuner har flere lokalsamfunn og enda flere nærmiljøer.

Utvalget vil peke på at begrepet «lokalsamfunn» er vanskelig å definere. Det er behov for å revidere teoriene om lokalsamfunn. Mye offentlig nærmiljøpolitikk synes å bygge på en «romantisk» forestilling - å gjenreise noe som har vært - gjenskape hvordan det var før i tiden. Det er bare å slå fast at det tradisjonelle lokalsamfunn knapt finnes lenger. Diskusjonen om lokalsamfunnsutvikling må derfor skje på et nivå som er tilpasset dagens samfunnsutvikling. Det betyr at en må forholde seg til dagens virkelighet hvor de fleste yrkesaktive - de som ses på som de mest vellykte i samfunnet - tilbringer mesteparten av sin tid andre steder enn i eget lokalsamfunn eller nærmiljø. Det er de som vurderes som sårbare og som er mest utsatte for helse- og andre levekårsproblemer, som blir værende i lokalsamfunnet og

nærmiljøet. Dette er i særlig grad barn og delvis ungdom, funksjonshemmede og eldre og grupper blant innvandrere og arbeidsfrie. Folks flyttevaner viser også en sterkere og sterkere sentraliseringstendens og til stadig større kommuner hvor alt blir mindre oversiktlig og nært. Den geografiske og sosiale avstanden mellom der folk bor og der de arbeider, får sin skolegang og utdanning, blir større. Dette tapper lokalsamfunnet for ressurser og muligheter til å være noe for alle de som bor. Utvalget vil peke på behovet for mer forskning om lokalsamfunnets betydning for både helsefremmende og forebyggende arbeid. Videre synes det å være et behov for å problematisere begrepet lokalsamfunn ut fra hvem det i realiteten i dag er for, og hvem en ønsker det skal være for.

Utvalget vil nedenfor omtale noen tilnærmingsmåter.

8.6.3 Kommunedelsutvalg, kommune og lokalsamfunn. Om områdeutvalg som formidlende organ mellom kommune og lokalsamfunn

Et av prosjektene i forskningsprogrammet «Kommuneloven» dreier seg nettopp om dette (Kommunedelsutvalg, kommune og lokalsamfunn. Om områdeutvalg som formidlende organ mellom kommune og lokalsamfunn. Nordlandsforskning. Forsker II Asbjørn Røiseland). Prosjektet er et samarbeid mellom Nordlandsforskning og Universitetet i Tromsø. Diskusjonen nedenfor er basert på et foredrag Røiseland har holdt for utvalget og arbeidsnotater fra forskningsprosjektet.

Den tradisjonelle teorien oppfatter lokalsamfunn som et moralsk fellesskap. Et lokalsamfunn er et sted hvor folk deler grunnleggende normer, opptrer relativt likt og tenker og handler på samme måte. Men det spørs om det er mulig. Røiseland og Aarsæther har reformulert lokalsamfunnsteorien med utgangspunkt i den franske filosofen Alexis Tocqueville. I forrige århundre reiste han rundt i USA og beskrev det han mente var en tett sammenheng mellom det sosiale livet i lokalsamfunn og det amerikanske - på den tiden - velfungerende demokratiet. Poenget for Tocqueville var at det velfungerende demokratiet og samfunnslivet for øvrig i USA ikke skyldtes konstitusjonelle eller andre makropolitiske forhold. Det var mikroprosesser knyttet til lokalsamfunn som la grunnlaget for USAs demokrati. Dette kan formuleres som tre teser:

1. Folk samarbeider gjennom å danne frivillige organisasjoner. Disse er i seg selv basert på demokratiske prinsipper, med lik innflytelse, lave terskler for å slutte seg til og formelle prosedyrer for saksbehandling og ledelse.
2. Folk er tilbøyelige til å være medlem i mer enn en organisasjon på en gang. Det er typisk for moderne samfunn, og folks fritid tillater dette.
3. På en paradoksal måte bidrar organisasjonsmedlemsskap til å øke kapasiteten for problemløsning, både på individ- og samfunnsnivå.

(Kilde: Røiseland, Asbjørn, Nils Aarsæther (1998): Mellom kommune og lokalsamfunn. Teorier om kommune og lokalsamfunn og hypoteser om institusjonelle koplinger, NF-arbeidsnotat nr. 1004/98. Bodø: Nordlandsforskning).

Koplingen mellom organisasjonsmedlemskap og problemløsningsevne skyldes overlapp i organisasjonsmedlemskap. Ved at folk omgås hverandre i ulike sammenhenger, skapes et nettverk av kryssende konflikts- og lojalitetslinjer som igjen virker konfliktdempende. Denne evnen vil øke jo mer allsidig og oppstykket organisasjonslivet er. Noen kaller dette for sosial kapital. Denne kapitalen er stedbundet fordi organisasjonslivet ofte er stedbundet. Det er i nærmiljøet eller i lokalsamfunnet at disse prosessene utspiller seg, og steder hvor det skapes sosial kapital kan betegnes som lokalsamfunn. Det er med andre ord ikke felles identitet og felles kul-

tur som er det genuine ved moderne lokalsamfunn, men snarere de sosiale prosesser som legger til rette for kollektiv problemløsning.

Kommunen spiller en viktig rolle i disse prosessene. Skal en få gjort noe i forhold til lokalsamfunn, er det nettopp kommunen som må være utgangspunkt for en offentlig politikk. Røiseland omtaler dette i Arbeidsnotat nr. 1003/98 Kommune og lokalsamfunn - mer enn kommunedelsutvalg. Omtalen nedenfor er hentet derfra.

De fleste norske kommuner består av avgrensbare lokalsamfunn. Det innebærer at det finnes et nivå under kommunen som i prinsippet kan være utgangspunkt for territorielt definerte institusjoner. Derfor kan en kommune være organisert etter territorielle prinsipp der sektorutvalg og sektorfunksjoner erstattes av områdeutvalg og områdefunksjoner. I kommuneloven kalles dette kommunedelsutvalg som få av landets kommuner har valgt. Oslo er et slikt eksempel med sine 25 bydeler. Dette er altså en bestemt type politisk utvalg på kommunedelsnivå. En kan tenke seg mange andre ulike typer utvalg som er relevante for kommunal virksomhet, som er organisert med utgangspunkt i en kommunedel, men som ikke har samme formelle stilling som kommunedelsutvalg. Dette er for eksempel mer uformelle organ som nærmiljøutvalg, lokalutvalg og grendeutvalg. Slike utvalg kan være resultat av et kommunalt initiativ, men kan også være initiert lokalt av organ/organisasjoner som kommunen samarbeider med. Så selv om få norske kommuner har etablert formelle kommunedelsutvalg, er det i en stor andel av landets kommuner et samarbeid mellom kommune og lokalsamfunn gjennom det Røiseland kaller «områdeutvalg». I dette begrepet ligger alle utvalg som formelt er knyttet til et avgrenset territorium i kommunen, og som enten er opprettet av kommunen eller som kommunen har et formelt samarbeid med. Områdeutvalg kan derfor omfatte velforeninger, grunneierlag og borettslag, men bare dersom disse inngår i et formelt samarbeid med kommunen. Områdeutvalg oppfattes som et formidlende organ mellom lokalsamfunnet og kommunen. Røiselands kartleggingsundersøkelse knyttet til prosjektet som er nevnt innledningsvis, viser at

- 24 prosent av kommunene har opprettet områdeutvalg (de fleste etter kommuneloven § 12)
- 27 prosent har et formelt samarbeid med lokalt initierte områdeutvalg
- 7 prosent kombinerer kommunalt initierte og lokalt initierte områdeutvalg

Dette betyr at 44 prosent av landets kommuner har områdeutvalg i en eller annen form. Dette er helt andre tall enn det som oppgis når en snakker om andelen kommuner med kommunedelsutvalg. I 1996 var dette 15 av landets kommuner (SSBs organisasjonsdatabase). I tillegg til dette kommer en stor mengde områdeutvalg som har mange likheter med de som har formelt samarbeid med kommunen, men som er mindre formaliserte. Her kommer for eksempel frivillige organisasjoner inn.

Undersøkelsen fra Nordlandsforskning og Universitetet i Tromsø viser at arbeidet med å engasjere lokalsamfunn ikke trenger å starte fra null-punkt. Det finnes et betydelig reservoar av lokale organ som allerede i dag er samarbeidspartnere for kommunene, og hvor dette samarbeidet etter all sannsynlighet kan utvides og utvikles videre.

8.6.4 Levende lokalsamfunn. Prinsipper og strategier for områdeforvaltning

I forordet til boken «Levende lokalsamfunn. Prinsipper og strategier for områdeforvaltning» (Gidske Holck, Kommuneforlaget 1995) skriver lederen av Kommunenes Sentralforbund Halvdan Skard:

> «Levende lokalsamfunn må skapes i nær dialog og samhandling mellom det offentlige og innbyggerne. Det er en bærende idé i folkehelsearbeidet og betyr at offentlig sektor i framtida bør spille en mer aktiv og annerledes rolle overfor innbyggerne. Vi må da i større grad ha fokus på folks ressurser, kunne lytte, være motiverende og utløse engasjement - til innbyggernes eget beste. For engasjement og mestring bidrar til økt livskvalitet, helse og trivsel.
>
> Norske kommuner er i dag på offensiven, og stadig flere setter forholdet til innbyggerne på dagsordenen. Det skjer både som ledd i en kvalitetsutvikling av kommunale tjenester og ut fra erkjennelsen om at flere forhold som har med livskvalitet å gjøre, har utspring i samspillet mellom forvaltningen og innbyggerne. I praksis handler det om det enkle og det nære - der noe av kunsten er å komme tettere på innbyggerne og utvikle en god dialog. I denne prosessen er det ikke nødvendigvis alt ved dagens kommuneorganisering som duger. Områdeforvaltning prøves nå ut i stadig flere kommuner/bydeler. Det kan synes som en god vei å gå for å bringe forvaltningen tettere innpå innbyggerne, få til samhandling og samtidig effektivisere offentlig virksomhet på lokalsamfunnsnivå.
>
> Levende lokalsamfunn med sine ulike aktører er som grunnmuren i vårt velferdssamfunn. Utfordringen ligger i å foreta de enkle, men ofte tunge grepene det er å sette individenes ressurser i sentrum, ansvarliggjøre, se muligheter og løsninger på tvers av etater og sektorer. Vi må bli flinkere til å løse oppgaver sammen, og det må skje i hverdagen, og ikke bare når akutte situasjoner krever et krafttak. For det er de konkrete løsningene og tiltakene som teller - og de bør gjerne løse flere problemer samtidig.»

Boken bruker eksempler fra Flora kommune og et mellomstort (Krokane) og et lite lokalsamfunn (Rognaldsvåg, Reksta og Kinn) i kommunen samt eksempler fra Hellerud bydel (Hellerud, Haugerud og Tveita) i Oslo. Krokaneeksemplet er det mest kjente.

Eksemplet Krokane. Et mellomstort lokalsamfunn.

Krokane er et lokalsamfunn i Flora kommune i Sogn og Fjordane. Flora har ca 10 000 mennesker og består av mange lokalsamfunn. Kommunen startet tidlig og har i mange år drevet systematisk utviklingsarbeid under samlebetegnelsen «Levende lokalsamfunn» (Floraprosjektet). Flora kommune er fortsatt en foregangskommune når det gjelder folkehelsearbeid og lokalsamfunnsutvikling. Det vises ellers til omtalen i *"Mangfold i folkehelseabeidet i kommuner og fylkeskommuner"* i kapittel 5.

Krokane skolekrets i Flora kommune ligger ca 2 km fra Florø sentrum. Flere institusjoner er lagt til skolekretsen. I 1987 var i alt 1 928 personer bosatt i kretsen. Av disse var 394 personer brukere av offentlige tjenester som barnehage, skole, avlastningshjem, sykehjem, åpen eldreomsorg, ungdomshjem m.v. Det var 145 ansatte i disse tjenestene, og bare lønnsutgiftene beløp seg til ca 30 mill kroner årlig. Holck sier at denne oversikten viser hvordan sektorvis ressursplanlegging skjulte den samlede ressursinnsatsen i lokalsamfunnet, og dermed også forholdet mellom ressursinnsats og direkte berørte brukere. Hun mener at oversiktens viktigste formål var å tydeliggjøre for alle involverte at en samlet tverretatlig vurdering av ressursinnsatsen kunne åpne nye muligheter for problem- og oppgaveløsning i lokalsamfunnet. Poenget her er bl.a. at ikke nødvendigvis trenger å be om «friske penger» for å få noe til, men å bruke de pengene en har på en annen måte. Dette er det samme som det svenske tiltaket Det finns bruk för alla bygger på.

Et resultat av Floraprosjektet var at en i Krokane etablerte samarbeidsorgan bestående av flere forvaltningsorgan og selskaper:

– Krokane Grendautval A.L.

– Krokane Nærtenester A.S.
– Institusjonsledergruppe.

Den frivillige innsatsen i Grendautvalets andelslag og en arbeidssamvirkebedrift i offentlig virksomhet (ASVO) ble kalt Krokane Nærtenester A.S. Holck kaller dette en områdebase. Andelslaget og arbeidssamvirkebedriften hadde felles ledelse, men atskilte regnskaper. Det som karakteriserte de to aktivitetene, var at de framsto som en integrert helhet. Et felles forum for institusjonsledere (fra barnehage, skole, avlastningshjem, sykehjem, åpen eldreomsorg m.v.) samordnet den lokale offentlige virksomheten på Krokane.

Grendautvalet A.L. hadde da Holck deltok i prosjektet følgende aktiviteter:
– Skolefritidsordningen på Krokane for ca 60 barn og 6-årstilbud.
– Faste, ukentlige kulturkvelder for alle.
– Motorklubb og trailklubb fra 13 år og oppover.
– Kontakttelefon og tilbud til eldre.
– Arrangement av dugnader i skolesammenheng.

Nærtenestene og Grendautvalet fungerte som en generell base for sysselsetting i lokalsamfunnet. Holck skriver at en slik organisasjon i lokalsamfunnet kan virke som en «buffer» mot konjunktursvingninger som påvirker arbeidsmarkedet, samtidig som den kan legge til rette for levende lokalsamfunn når befolkningen kanskje trenger det mest - for eksempel når arbeidsledigheten er stor. Det var den i Flora og spesielt i Krokane i 1983 da prosjektet ble planlagt.

Organiseringen av Krokane som levende lokalsamfunn besto i å tilstrebe:
– Felles plattform for faglig samarbeid.
– Samarbeid med hjelpeapparatet, basisteam, opplæring og konkrete arbeidsoppgaver.
– Felles lokaler om mulig.
– Kommunal medvirkning i områdebasen.
– Samarbeid og samordning via institusjonslederne.

I bokens oppsummering framhever forfatteren nødvendigheten av helhetlig planlegging. Hun skriver bl.a. at flere store samfunnsoppgaver må finne sine løsninger i lokalsamfunnet (for eksempel eldreomsorgen, barns og unges oppvekstvilkår, kriminalitetsforebyggende arbeid, tiltak for personer med psykisk utviklingshemmede og personer med psykiske lidelser), og at dette krever en helhetlig planlegging. Om vi skal makte å få til at enhver kan finne sin plass og ha sin funksjon i nærmiljø og lokalsamfunn, er det nødvendig å planlegge og etablere likeartede tilbud for flere grupper under ett, og i en helhet. Dette gir nye utfordringer til for eksempel faggrupper som tradisjonelt har arbeidet med ulike kategorier mennesker ut fra alder, funksjonsnivå og etnisk tilhørighet. I stedet for å knytte sektoroppgavene til kategorier av mennesker, kan sektorene samarbeide om å etablere rammebetingelsene for å skape «levende lokalsamfunn» - som favner alle grupper. Arbeidsmåten tar i stedet for eget sektoransvar utgangspunkt i de som bor i lokalsamfunnet sine livsarenaer. Hun peker på at lokalsamfunnet er bindeleddet mellom samfunnsplanleggingen og individuelle tiltak.

8.6.5 Nærmiljøprosjektet i Nordreisa - en evaluering

Som det går fram av *"Mangfold i folkehelseabeidet i kommuner og fylkeskommuner"* i kapittel 5 er det et mangfold av eksempler på lokalsamfunns- og nærmiljøutvikling i en god del av landets kommuner. Det vises spesielt til nærmiljøprosjektet i Nordreisa som er evaluert av Asbjørn Røiseland (Forebyggende helsearbeid uten

«forebyggende helsearbeid«? Evaluering av et lokalt nærmiljøprosjekt med statlig støtte. Nordlandsforskning, NF-rapport nr. 7/98).

Litt om Nordreisaprosjektet

Nordreisa er en landkommune i Nord-Troms med ca 4 900 innbyggere. Kommunen strekker seg fra kysten og til grensen mot Finland og Kautokeino kommune i Finnmark. Befolkningen er forholdsvis ung, og innbyggertalet stabilt. Kommunen fikk på 1800-tallet en sterk innvandring fra Finland. Finsk språk står fortsatt sterkt i kommunen, og det undervises i både finsk og samisk i grunnskole og videregående skole.

Fylkeskommunen har pekt ut administrasjonssenteret Storslett som regionsenter for flere kommuner i fylket, og kommunen har flere regionale tilbud (videregående skole, desentraliserte høgskoletilbud, psykiatrisk poliklinikk, sykestue, fødeavdeling m.v.).

Kommunen er vidstrakt og består av avgrensbare bygdesamfunn. I flere av disse har det eksistert grendeutvalg i mange år. Grendeutvalgene er frittstående organ, d.v.s. organ som opererer helt uavhengige av kommunen. Noen er opprettet på lokalt initiativ, mens andre er resultat av et kommunalt initiativ på 1980-tallet. Nordreisa kommune har hatt gode erfaringer med grendeutvalgene, blant annet fordi utvalgene har gitt nyttige innspill til kommunen og fungert som lokale problemløsere overfor typiske «hverdagsproblemer» som kommunen ikke selv har ressurser til å løse. Derfor ønsket kommunen - gjennom nærmiljøprosjektet - å utvide og videreutvikle ordningen med grendeutvalg.

Nordreisaprosjektet ble utformet i en dialog mellom Sosial- og helsedepartementet og kommunen. Sosial- og helsedepartementets innfallsvinkel var Health Promotion and Community involvement og oppfølging av Ottawa-charterets fem målsettinger for å styrke menneskers kontroll over egen helse:

– Utvikling av en helsevennlig offentlig politikk i alle sektorer
– Utvikling av gode «fysiske» omgivelser/miljø
– Styrke det sosiale nærmiljøet
– Øke den enkeltes mulighet til å ta vare på helsen
– Reorientere helsetjenesten fra kurativ til forebyggende virksomhet

Prosjektet i Nordreisa fikk støtte fordi Sosial- og helsedepartementet «finner det spesielt interessant at en her vil prøve ut mulighetene for å etablere samarbeidsordninger mellom offentlig sektor og de lokale grendeutvalg, i tillegg til eventuelle andre lokale ressurser.» (Tilsagnsbrev fra Sosial- og helsedepartementet, september 1994). Departementet viste også til en mulig sammenheng mellom områderettet organisering og forebygging av psykososiale problemer i befolkningen. Det ble videre pekt på de mulighetene som nå ligger i den nye kommuneloven når det gjelder områdeorganisering i kommunene.

Den bærende idé i prosjektet var bygdeutvikling, definert som en prosess hvor bygdene selv, gjennom grendeutvalgene, blir i stand til å definere sine egne behov. Prosjektet gikk under tittelen «trygghet, trivsel og aktive nærmiljø i Nordreisa» hvor kommunen definerte hovedmålet som å «få flere til å ta ansvar for samfunnsutviklingen i Nordreisa slik at vi får felles innsats som fremmer trygghet og trivsel og bedre levekår.» Dette hovedmålet ble operasjonalisert i fem delmål:

– Etablere arenaer for kommunikasjon mellom grendeutvalg og kommunens politikere og administrasjon.
– Grendenes behov, ressurser og muligheter skal kartlegges ved hjelp av lokale undersøkelser.
– Styrke grendeutvalgenes muligheter for utvikling av aktive nærmiljø.
– Tilrettelegge for at grendeutvalgene kan få en konstruktiv rolle i tilknytning til

ny politisk nemndstruktur.
– Tilrettelegge for at skolen kan få en konstruktiv rolle med utvikling av aktive nærmiljø.

Kostnadene ved prosjektet var ca 2 mill kroner hvorav Sosial- og helsedepartementet dekket 80 prosent, kommunen resten. 38 prosent av midlene gikk til å lønne prosjektleder. En svært viktig del av prosjektet var å skape aktivitet i grendeutvalgene, og grendeutvalgene fikk 30 prosent av budsjettet (kr 620 000) til lokale tiltak som:
– Sosiale tiltak, arrangementer.
– Lekeplass, utearealer, turstier og forskjønning.
– Grendehus, grendelokaler.
– Informasjonstiltak, avis, kurs.
– Administrative driftsutgifter.

Mest ble brukt til lekeplasser m.v., men en del gikk også med til sosiale tiltak og administrasjon.

Hva forteller evalueringen?

Evalueringen av Nordreisaprosjektet er etter utvalgets mening svært interessant. Resultatene bygger opp under utvalgets synspunkter på hvor folkehelsearbeidet bør forankres og folkehelsearbeidets generelle og ikke sektorvise natur.

Evalueringsrapporten som omtalen her er tatt fra, formidler de viktigste resultatene fra Nordlandsforsknings evaluering av dette prosjektet som ble gjennomført i perioden 1995-97 med økonomisk støtte fra Sosial- og helsedepartementet. Det var også Sosial- og helsedepartementet som tok initiativ til evalueringen. I forordet til rapporten som bærer tittelen Forebyggende helsearbeid uten «forebyggende helsearbeid«? skriver Røiseland:

> «Tittelen på rapporten kunne like gjerne vært formulert gjennom andre ord og uttrykk enn «forebyggende helsearbeid». Det er nettopp det som er vårt hovedpoeng. I Nordreisa, hvor evalueringen tar sitt utgangspunkt, brukes begrepet «forebyggende helsearbeid» relativt sjeldent. Blant vanlige folk i Nordreisa vil sikkert mange til og med bestride at det prosjektet de deltar i har noe med helse å gjøre. De fleste vil bruke ord som «bygdeliv», «trivsel» og «nærmiljø» for å beskrive målsetningen ved prosjektet.»

Videre sier han at forskjellige betegnelser som «trivsel» og «forebyggende helsearbeid» representerer to ideologier og to systemer som møttes gjennom prosjektet i Nordreisa. På den ene siden et statlig sektorisert «ovenfra og ned«-system, på den andre siden et lokalt områdeforankret «nedenfra og opp«-system. Evalueringen handler om dette møtet mellom sentralt og lokalt, mellom det profesjonelle og det folkelige, og hvilken effekt det har for et nærmiljøprosjekt.

Prosjektet er evaluert i forhold til to behov. For det første har forskerne foretatt en intern evaluering der de har undersøkt om kommunen har nådd sine egne målsetninger. For det andre har de foretatt en ekstern evaluering der det ble spurt om den strategien som ligger til grunn for prosjektet i Nordreisa er en vellykket modell for gjennomføringen av forebyggende helsetiltak. Sosial- og helsedepartementet støttet dette prosjektet økonomisk nettopp fordi departementet ville prøve ut denne modellen for forebyggende og helsefremmende arbeid.

Den interne evalueringen konkluderer med at prosjektet har vært vellykket. De fleste målsetningene som kommunen formulerte forut for prosjektet, ble innfridd. De som deltok i prosjektet opplevde forholdet mellom kommunen og innbyggerne som bedre utbygd enn før.

Under den eksterne evalueringen drøftet forskerne ulike problemer som oppstår når «grendeutvalgsmodellen» skal koples til politiske strukturer og et kommunalt tjenesteapparat. De har satt denne modellen opp mot andre modeller som har vært brukt i det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet - med vekt på sektormodellen som lå til grunn for Samlet Plan prosjektene. Diskusjonen problematiserer forholdet mellom effektivitet og folkelig mobilisering, og argumenterer for at folkelig mobilisering kan være en forutsetning for å etablere effektive forebyggende og helsefremmende tiltak. Forskerne mener at dersom dette er riktig, er modellen i Nordreisa i det lange løp mer effektiv enn en sterkere sektorisert modell.

Nærmere om synspunkter fra den eksterne evalueringen

Røiseland peker på at en fra statlig hold har utviklet en politikk for forebyggende helsearbeid hvor lokal mobilisering, nærmiljø og desentralisering står sterkt. Han viser til at begrepet «forebyggende helsearbeid» ikke har vært noen presserende problemstilling for deltakerne i kommunen. For dem har «forebyggende helsearbeid» verken vært et formelt eller uformelt mål med prosjektet. Målet har vært å mobilisere folk, og dermed skape trygghet og trivsel. For departementet derimot er «forebyggende helsearbeid» et viktig begrep. Han mener at samtidig som staten har klare målsetninger knyttet til såvel innhold som form på det lokale forebyggende helsearbeidet, så har staten liten direkte innflytelse over kommunale prioriteringer og iverksettingsprosesser. Skal staten kunne påvirke et lokalt prosjekt, må det skje i en dialog med de som planlegger og driver prosjektet eller utviklingsarbeidet. Røiseland skriver bl.a. dette om statens tilnærming til denne type prosjekter:

> «De siste 5-6 årene er det gjennomført en rekke forsøk innen forebyggende helsearbeid. De fleste av disse inngår i forsøkspakken Samlet Plan, som ble administrert av Statens helsetilsyn, og som er evaluert av ulike forskningsmiljøer. Forsøkene i Samlet Plan rettet seg i første rekke mot kommunene, og mange av forsøkene kan minne om forsøket i Nordreisa. Men det er også viktige forskjeller mellom Samlet Plan og forsøket i Nordreisa. Den viktigste forskjellen er at forsøkene under Samlet Plan hadde en klar forankring i sentralt definerte begrep og problemstillinger, i motsetning til forsøket i Nordreisa, som tok utgangspunkt i lokalt definerte problemstillinger. Dette kommer til uttrykk i organiseringen av prosjektene. I prosjektene under Samlet Plan utgjorde den kommunale helsetjenesten det viktigste iverksettingsorganet i kommunene, og fylkeslegene hadde tilsyns- og veiledningsansvar overfor prosjektdeltakerne. Med andre ord var Samlet Plan uttrykk for en iverksettingsmodell som tok utgangspunkt i helsesektoren. Prosjektet i Nordreisa følger en modell som er langt svakere forankret i helsetjenesten. Riktignok deltar helsetjenesten i prosjektets styringsgruppe, men helsetjenesten er ikke iverksettingsorgan for prosjektet, og fylkeslegen har ikke på noe tidspunkt vært involvert i prosjektet.»

(side 52)

Han skriver videre:

> «Evalueringen av tilsvarende nærmiljøprosjekter innen Samlet Plan viser at den sterke sektorforankringen hadde negative følger for integrasjonsprosesser internt i kommunen. I mange tilfeller ble prosjektene oppfattet som helsetjenestens forsøk på å utvide sitt ansvarsområde, f.eks. ved å omdefinere en fiskerikrise til et helseproblem, og virket dermed som en barriere for å etablere tverrsektorielt samarbeide, mobilisere folk og for å skape en varig forankring i kommunene.
>
> Resultatene fra evalueringen av Samlet Plan støtter derfor opp under antakelsen om at det er en konflikt mellom kortsiktig effektivitet og mobil-

isering. Den iverksettingsmodellen som ligger til grunn for Samlet Plan, maksimerer kortsiktig effektivitet på bekostning av mobilisering. Den modellen som ligger til grunn for prosjektet i Nordreisa gjør muligens det motsatte - den maksimerer mobilisering, samtidig som man kan sette spørsmålstegn ved effektiviteten i de tiltak som faktisk er gjennomført..»

(side 53)

Røiseland argumenterer for at denne konflikten først og fremst gjelder på kort sikt. På lengre sikt er det mer sannsynlig at det finnes en indre sammenheng mellom folkelig mobilisering og effektivitet. Store samfunnsproblemer som f.eks. miljøkrisen, kan sannsynligvis bare løses gjennom en bred folkelig oppslutning om tiltakene. Det kan også være tilfelle innenfor forebyggende helsearbeid, noe som indikerer at en lokalt forankret iverksettingsmodell som Nordreisa-prosjektet er et eksempel på, kan være mer effektiv enn en sektorforankret modell.

8.6.6 Lokalsamfunnsutvikling i de nordiske land - en strategi for utvikling av den nordiske velferdsmodell?

Et fellesnordisk prosjekt om den tredje desentralisering og lokalsamfunnsutvikling i de nordiske land ble avsluttet i 1997 med rapporten Den tredje decentralisering og lokalsamfundsudvikling i de nordiske lande - en strategi til udvickling af den nordiske velfærdsmodell (TemaNord 1997:511; Prahl, Arne. Social/sundhed, Nordisk Ministerråd).

Prosjektet belyser betydningen av lokal desentralisering for lokalsamfunnsutvikling. Mer konkret formulert belyser prosjektet betydningen av lokalt offentlig og privat samarbeid i forhold til å styrke problemløsningsevnen i lokalsamfunnet når det gjelder sosiale problemer.

I løpet av prosjekttiden er det startet og beskrevet 109 forsøks- og utviklingsprosjekter i de nordiske land. Prosjektene er beskrevet i nasjonale prosjektkataloger som har dannet grunnlaget for en nordisk felleskatalog. Det er også utarbeidet analyser av trender i de nasjonale forsøkene. Norges Byggforskningsinstitutt har deltatt i forskningen knyttet til prosjektet.

I prosjektet snakkes det om:

Den første desentralisering som innebar å flytte oppgaver, ansvar og ressurser fra staten til fylkeskommunene og kommunene. Den andre desentralisering innebar å flytte oppgaver fra den sentrale kommunale forvaltning til lokalforvaltninger eller områdeinstitusjoner. I det nye begrepet «den tredje desentralisering» ligger samspillet mellom lokale private og offentlige aktører. Samspillet mellom foreninger, organisasjoner og borgergrupper i lokalsamfunnet på den ene siden og det offentlige systemet og ekspertene/de profesjonelle på den andre siden.

Den samlede oppsummering av disse lokalsamfunnsforsøkene viser at:

Forsøkene tok opp en bred vifte av problemer - ofte flere problemer samtidig. Forsøkene dreide seg i hovedsak om hverdagsproblemer - som bedring av trivsel, innflytelse og miljø, og i liten grad om alvorlige behandlings- og omsorgsmessige problemer.

Forsøkene viste et bredt spekter av formål. Sett i et lokalsamfunnsperspektiv spenner målsettingene fra målet om et integrert lokalsamfunn til målet om integrerte servicetilbud til enkelte målgrupper - altså fra det vide til det snevre.

De utviklingsstrategiene som ble fulgt i forsøkene var mange og mangfoldige: nærdemokratistrategien, servicesamordningsstrategien, lokalsamfunnsrettede forsøk, samordningsstrategien, strategi for deltakelse i planlegging, kulturstrategien, strategi for sosialt miljøarbeid. De fleste hadde som element borgernes følelse

av maktesløshet og manglende lydhørhet fra myndighetenes side, og ønsket om å gjøre noe med dette.

En av de mest sentrale problemstillingene gikk ut på å se om det var mulig å øke den lokale kompetansen til å løse egne problemer (lokal problemløsningskompetanse). Har det gjennom forsøkene vært mulig å stimulere lokale utviklingsprosesser slik at deltakerne i fellesskap er blitt flinkere til å løse lokale problemer ved hjelp av lokale ressurser? Det sies om dette i publikasjonen:

> «Selv om der mobiliseres mange ressourcer, og selvom der findes parathed til selvorganisering synes de former for lokal problemløsning, der kan udvikles i de nordiske samfund at være begrænset, fordi lokalsamfundet ikke synes at kunne udvikle en selvhjulpenhed m.h.t. materiel forsørgelse og fordi det er vanskeligt at bibringe de forskjellige aktører en fælles forståelse af problemer, mål og midler.» (side 13)

En annen av de sentrale målsettingene i såvel den nordiske velferdsdiskusjon som i forsøksprogrammet, var å øke borgernes deltakelse i beslutningsprosessene. Oppsummeringen i rapporten sier at studien av forsøkene viser at deltakelsen i perioder har vært meget omfattende og har resultert i endringer i nærmiljø og utforming av ulike typer service. Men oppsummeringen forteller også at det ofte er en mindre gruppe som synes å få økt deltakelse - ikke alle i lokalsamfunnet. Det sies at det lokale nærdemokrati er et spørsmål som gjelder foreningers og lokale organisasjoners involvering i utforming av lokalområdet og ikke så mye den enkelte borger. Forsøkene viser også at deltakelse i stor grad har å gjøre med deltakelse i spørsmål som angår det sivile liv, i atskillig mindre grad om spørsmål som angår arbeidsliv og det politisk-administrative systemet.

Dette prosjektet gir etter utvalgets mening mange interessante opplysninger. Det er i seg selv interessant med prosjekter som pågår i de nordiske land samtidig. Studien av forsøkene viser at mange av de strategier som velges i lokalsamfunnsarbeid gir ulike resultater og ikke alltid passer til hva en ønsker å oppnå. Uten å gå nærmere inn på dette fellesnordiske prosjektet vil utvalget understreke betydningen av at lokalsamfunnsprosjekter må planlegges, utvikles og leve der folk er sammen med dem. De er typiske «bottom up» prosesser.

8.7 DET ER BRUK FOR OG PLASS TIL ALLE - EN OPPSUMMERING

Gjensidig avhengighet mellom empowerment og lokalsamfunn

Iflg Ottawa-charteret skapes helse der hvor folk bor, arbeider, leker og elsker. Dette betyr slik utvalget ser det at vi må ta med bo- og nærmiljø og lokalsamfunn når vi skal arbeide for god folkehelse. I forhold til empowermentstrategien (en myndiggjøringsstrategi) som er viktig for å skape god folkehelse, er det derfor avgjørende at vi forholder oss til lokalsamfunnene fordi det nettopp er samspillet mellom individ, gruppe og lokalsamfunn som utgjør den arena hvor empowerment har størst virkning

Utvalget vil peke på viktige momenter når en velger denne tilnærmingsmåten:

Empowerment/myndiggjøring - en viktig strategi for å styrke folkehelsearbeidet

Empowerment/myndiggjøring er ikke noe folk blir tilført ovenfra eller utenfra eller som profesjonelle gjør med folk. Empowerment betyr at folk blir i stand til å definere sine egne problemer ut fra sin egen situasjon og finne sine egne løsninger i fellesskap med andre. Altfor ofte har fagfolk invitert til deltakelse hvor lekmenn er med på å utføre arbeidet eller blir spurt om sin mening uten at det er blitt noe mere ut av det. Deltakelse krever innflytelse over hele prosessen - fra idéskaping til planlegging til gjennomføring og evaluering. Empowerment er en typisk «bottom up»

strategi og vil som sådan egne seg svært godt for den helsefremmende dimensjonen av folkehelsearbeidet.

Makt over eget liv er ikke en gave som eksperter kan gi til andre, men makt skal erobres av den enkelte selv for å kunne vedvare og brukes.

Hvilken måte en etablerer kontakt på i et lokalsamfunns- og empowermentprosjekt, er svært viktig. Det å skaffe seg innpass og tillit krever tid, tålmodighet og langvarig engasjement.

Det er ofte en styrke om en kan bygge på allerede etablerte tillitsforhold mellom borgerne og institusjoner/organisasjoner i lokalsamfunnet.

Empowermentprosjekter er tidkrevende. Det er derfor viktig før en setter i gang med dette å vurdere om en har tid nok. Tiden skal også sikre den lokale forankringen og varige resultater. Dersom en ønsker raske løsninger og strakstiltak, er empowerment neppe veien å gå.

I stedet for å forsøke og overbevise folk om hvilke problemer de har, må en invitere til samarbeid med de det gjelder. Underveis kan det skapes situasjoner hvor problemene blir tydelige, og motivasjon for endring øker.

Det vil lett oppstå konflikter i empowermentprosjekter som involverer et lokalsamfunn. En god løsning på slike konflikter er en «gi og ta«-filosofi, å sørge for at også de som står utenfor prosjektet kan profitere på det som skjer i prosjektet, jf f.eks. «Baldia Soakpit Pilot Project».

Helsefremmende arbeid er i seg selv ikke en tilstrekkelig faktor for å skape endring. Det vil derfor lønne seg å skape tiltalende kombinasjoner av aktiviteter/ målsettinger, jf f.eks. «The Primary Health Care Programme in Karachi» og ved Primærmedisinsk verksted.

I evalueringen av tiltak/prosjekter er det viktig å trekke de som er i tiltaket/ prosjektet med i alle ledd av evalueringen: fokus for evalueringen, metodevalg, definisjon av målsettingen(e) med evalueringen. Ekspertens rolle blir i evalueringen å legge til rette for reaksjoner på spørsmål som skal besvares, gi anerkjennelse til det som er oppnådd, lytte til målgruppen m.v. Målgruppen må kjenne seg igjen i evalueringen og føle at resultatet er riktig. Alt for mange evalueringer ender med at de som er i prosjektet ikke kjenner seg igjen, men føler seg beskuet utenfra og overkjørt.

Empowermentstrategier, PLA-metoden, brukerstyring og brukermedvirkning er beslektede tilnærmingsmåter som alle har til felles å styrke den enkeltes egne ressurser, den enkeltes mestringsevne, rett til å definere egne problemer og bidra til å finne passende løsninger. Et nøkkelbegrep er deltakelse. Hva en kaller denne type metoder er ikke så viktig. Det viktige er at borgerne er de sentrale aktørene. Ekspertene og fagfolkene er og skal være hjelpere og innta en ikke-dominerende rolle.

At «de moralske betingelser for dialog» er til stede er viktig for å lykkes. Dette betyr at alle involverte har en opplevelse av at de blir lyttet til, at den nødvendige tilliten til at folk virkelig mener det de sier er til stede, at en kan akseptere hverandres meninger.

Viktige aktører er «naturlige hjelpere», dvs ikke-faglærte personer, som kan ha naturlige kvalifikasjoner og interesse for å samarbeide med fagfolk om helsefremmende arbeid i et lokalsamfunn. Dette har vist seg svært vellykket bl.a. i virksomheten til Primærmedisinsk verksted i Oslo. Her har evalueringen vist at «naturlige hjelpere» i rollen som gruppeledere har ført til at gruppeaktiviteten har vært både helsefremmende og frigjørende.

Likemenn eller prosessledere er andre ord for «naturlige hjelpere». Disse har i tillegg den fordelen at de ofte er eller har vært «i samme båt» som øvrige deltakere.

Erfaringene fra Primærmedisinsk verksted har vist at det er viktig ikke å behandle folk som homogene grupper ut fra forutinntatte holdninger, det er viktig ikke å blande seg inn i hvordan folk lever sine liv, det er viktig ikke å gjøre forsøk på å «forandre» de en jobber med. Fokus må settes på folks egen styrke, evne til å ta beslutninger, og hva de er flinke til.

Det er viktig å arbeide på flere nivåer samtidig. Folks liv leves på flere nivåer, og en må ta utgangspunkt i det.

Den kraftigste motstanden mot å prøve noe nytt av typen empowerment kommer fra de profesjonelle. Byråkratiet kan nok ofte være besværlig, men det er hos de profesjonelle blokkeringene er størst og mest standhaftige. Å jobbe med empowerment betyr å redusere ens egen faglige betydning og gi fra seg makt. Dette virker truende på den profesjonelle. Men erfaringer forteller også at det veies opp ved at arbeidsmetoden gir glede i arbeidet, god kontakt med deltakerne, ny kunnskap og innsikt, nye utfordringer, nye samarbeidsrelasjoner m.v.

En modell for godt empowermentarbeid innehar elementer som reduserer sosiale og psykiske risikofaktorer og styrker folks selvtillit, ressurser, lokal aktivitet og deltakelse. Som motsats har en en utvikling som er preget av en følelse av maktesløshet, og som ikke reduserer fysiske og sosiale risikofaktorer, men tvert i mot leder til større risiko for sykdom. Maktesløshet og mangel på kontroll over eget liv påvirker hverandre gjensidig.

Mange av de som deltar i empowermentprosjekter a la Primærmedisinsk verksted, «Tid til Mere» og «Det finns bruk för alla» har dårlige erfaringer med offentlige systemer og byråkrati og har også ofte opplevd nye nederlag i kontakten med disse. Dersom vi derfor mener at borgerne skal ta et større ansvar for egne liv, skal dette følges opp av makt og kompetanse til å ta dette ansvaret. Dette krever tid og kontinuitet og ikke luftige strakstiltak.

Deltakelse i empowermentprosesser skal være basert på frivillighet, ikke på tvang. Deltakerne skal ikke tilvises eller beordres til tiltaket, men få et tilbud om å delta i noe de har lyst til og kan noe om eller har lyst til å lære noe om. Dette er viktig ikke bare når det gjelder arbeidsmarkedstiltak som i «Det finns bruk för alla», men alle typer empowermentprosjekter. Spørsmål som «Hva har du lyst til?», «Hva kan du?» og «Hva kan du tenke deg å lære noe om?» er de riktige spørsmålene å stille.

En prosess er noe annet enn et prosjekt. I begrepet «prosess» ligger det som skjer underveis i et tiltak. En prosess har en begynnelse, men ikke nødvendigvis en tidsavgrenset levetid som et prosjekt har. Det pågår selvfølgelig også prosesser i et tidsavgrenset prosjekt, og det er de som er viktige. Det er underveis i prosessen det skjer noe med deltakerne.

De fleste arbeidsmarkedspolitiske tiltak sikter mot å forberede den arbeidsløse til å kunne gå tilbake til det ordinære arbeidsmarkedet. Disse tiltakene skaper i seg selv ingen nye arbeidsplasser. Å kople empowermentstrategien til virksomhet som tar sikte på å finne nye nisjer på framtidens arbeidsmarked etter modell fra «Det finns bruk för alla» er interessant også i Norge.

Evalueringen og forskningen knyttet til «Det finns bruk för alla» forteller at det har vært uheldig å betone helseaspektet så sterkt som man gjorde her. Bl.a. har prosessen hatt store problemer med å ta del i arbeidsmarkedspolitiske midler. Det at tiltaket ikke i utgangspunktet skal lede til arbeid i ordets tradisjonelle betydning, har gjort at arbeidsmarkedsmyndighetene har vært lunkne til å støtte det. Det pekes også på at en satte seg for høye mål når en slo fast at en gjennom tiltaket skulle øke helsen til befolkningen i området med 50 prosent. Det er viktig å finne en balansegang mellom ulike målsettinger og sette seg realistiske mål som en har sjanse for å innfri.

Viktige og nødvendige medspillere er ofte «motstandere» av målsettingen med tiltaket. «Det finns bruk för alla» har vist hvor nødvendig det er å komme fram til

en dialog og forståelse i forhold til myndigheter, arbeids- og næringsliv og fagbevegelsen. Det er viktig at myndighetene ikke overtar denne type tiltak, og at arbeids- og næringsliv ikke oppfatter dem som en trussel. Det er borgerne som skal eie empowermentprosesser.

Lokalsamfunnet som arena for folkehelsearbeidet

Lokalsamfunnet er en meget viktig størrelse i folkehelsearbeidet. Skal vi skape gode liv for folk flest, må dette skje sammen nærmiljø og lokalsamfunn.

Det er nødvendig å ta utgangspunkt i en områdebasert tilnærming når en skal styrke folkehelsearbeidet i kommunene. I en områdebasert innsats er det lokalsamfunnet som er best egnet som arena for å nå innbyggerne og få dem til bli aktive deltakere.

En vellykket strategi for å bedre levekår og utjevne ulikheter i helse i en befolkning er avhengig av samarbeid mellom mange parter. I lokalsamfunnet kan en trekke borgerne med i konkret samarbeid og innsats for eget lokalmiljø. Dette er viktig fordi deltakelse gjør lokalsamfunnet sterkere, og fordi offentlige ressurser som satses kan brukes på en annen måte.

Den norske kommunale strukturen og organiseringen er et godt utgangspunkt for områderettet innsats og lokalsamfunnsutvikling.

Det er viktig å se nøkternt på hva et lokalsamfunn er. Det har lite for seg å bygge på en romantisk forestilling og ønske om å gjenreise noe som har vært - gjenskape hvordan det var før i tiden. Det er bl.a. derfor behov for å problematisere begrepet «lokalsamfunn», samt å styrke forskningsinnsatsen når det gjelder lokalsamfunnets betydning for folkehelsearbeidet.

Organisasjonsdeltakelse er et viktig element i lokalsamfunnet fordi organisasjonslivet ofte er stedbundet. Folk samarbeider ofte lokalt gjennom å danne frivillige organisasjoner. Folk er tilbøyelige til å være medlem av flere enn en organisasjon samtidig. Organisasjonsmedlemsskap bidrar til å øke kapasiteten for problemløsning - både på individ- og samfunnsnivå.

Ved at folk omgås hverandre i ulike sammenhenger (deltakelse i flere organisasjoner), skapes et nettverk av kryssende konflikts- og lojalitetslinjer som igjen virker konfliktdempende. Denne evnen vil øke jo mer oppstykket organisasjonslivet er. Dette kan kalles sosial kapital.

De fleste norske kommuner består av flere avgrensbare lokalsamfunn. Dette innebærer at det finnes et nivå under kommunen som kan være utgangspunkt for terriotorielt definerte institusjoner. Sektorutvalg og sektorfunksjoner kan erstattes av områdeutvalg og områdefunksjoner.

Områdeutvalg kan defineres som utvalg som formelt er knyttet til et avgrenset territorium i kommunen, og som enten er opprettet av kommunen eller som kommunen har et formelt samarbeid med. Områdeutvalg oppfattes som formidlende organ mellom lokalsamfunn og kommunen.

Selv om få norske kommuner har brukt kommunelovens anledning til å opprette kommunedelsutvalg, har en stor andel kommuner områdeutvalg i en eller annen form. Arbeidet med å engasjere lokalsamfunn trenger derfor ikke starte fra et nullpunkt. Det finnes et betydelig reservoar av lokale organ som allerede i dag er samarbeidspartnere for kommunene. Dette samarbeidet kan utvides og utvikles videre.

Mange norske kommuner er i dag på offensiven når det gjelder å skape gode lokalsamfunn, bl.a. ut fra erkjennelsen om at mange forhold som har med livskvalitet å gjøre, har utspring i samspillet mellom forvaltningen og borgerne. I praksis handler det om det enkle og nære - der noe av kunsten for forvaltningen er å komme tettere inn på borgerne og utvikle en god dialog.

Vi må bli mye flinkere til å løse oppgaver sammen, og det er viktig at dette skjer i hverdagen - ikke bare når en akutt situasjon krever et krafttak.

Det er ikke så mye «friske» penger som er mangelvare, men mangel på fleksibilitet til å bruke ressurser - penger, personell og andre aktiva - på andre måter enn det tradisjonelle og sektorbestemte.

Behovet for et levende lokalsamfunn er størst når lokalsamfunnet opplever en krise som f.eks. stor arbeidsledighet. Ofte er mulighetene for å utvikle et godt lokalsamfunn da minst. Dette betyr at en i gode tider må bygge ut lokalsamfunnene slik at en har noe å falle tilbake på når de dårlige tidene dukker opp.

Lokalsamfunnsutvikling krever helhetlig planlegging. I stedet for å knytte sektoroppgaver til kategorier av mennesker, kan sektorene samarbeide om å etablere rammebetingelser for å skape gode lokalsamfunn som favner alle grupper av borgere.

Hvem skal definere begrep og problemstillinger i nærmiljø- og lokalsamfunnsprosjekter? Når staten gjør det vil tiltaket bære preg av «ovenfra og ned», bli sektororganisert og ofte ikke fulgt opp når prosjektperioden er over. Kommunen er på en helt annen måte i stand til å finne sine egne problemstillinger ut fra hva som er viktig for folk i kommunen. Dette illustreres godt i Nordlandsforsknings evaluering av Nordreisaprosjektet. Folk i Nordreisa kjente seg ikke igjen i at prosjektet var «et forebyggende helsearbeid»-prosjekt. Folk opplevde innholdet i prosjektet til å dreie seg om «bygdeliv», «trivsel» og «nærmiljø». Den bærende idé i prosjektet fra kommunens side var bygdeutvikling, definert som en prosess hvor bygdene selv gjennom grendeutvalgene, ble i stand til å definere sine egne behov. Evalueringen forteller at to ideologier og to systemer møttes i Nordreisaprosjektet. På den ene siden et statlig sektorisert «ovenfra og ned»-system, på den andre siden et lokalt områdeforankret «nedenfra og opp»-system.

Store samfunnsproblemer kan trolig bare løses gjennom en bred folkelig mobilisering og oppslutning om tiltakene. En lokalt forankret iverksettingsmodell kan derfor være en bedre og mer effektiv modell enn en sektorforankret modell.

Både Krokaneprosjektet og Nordreisaprosjektet har klare empowermentaspekter ved seg selv om dette ikke har vært brukt som begrep i disse to prosjketene. Ser vi på de mer uttalte empowermentprosessene som er beskrevet i underkapitlene 8.4 og 8.5, ser vi mange likhetstegn. Deltakelse, finne sine egne problemer og løsninger og styrking av folks ressurser er fellesnevnere i såvel empowerment- som lokalsamfunnstilnærmingen.

I et nordisk prosjekt om «den tredje decentralisering» som betyr samspillet mellom foreninger, organisasjoner og borgergrupper på den ene siden og det offentlige systemet og fagfolkene på den andre, har evalueringen gitt enkelte viktige lærdommer som en bør ta med seg i lokalsamfunnsutvikling. For det første synes det ikke som om lokalsamfunnet kan utvikle selvhjulpenhet når det gjelder viktige saker som materiell forsørgelse. For det andre at det ofte er et fåtall som synes å få økt deltakelse og innflytelse. Dette er ofte lokale foreninger og organisasjoner og ikke den enkelte borger som står alene. For det tredje at økt deltakelse i stor grad skjer på områder som angår folks privatsfære - det sivile liv, i mye mindre grad om spørsmål som angår arbeidsliv og det politisk-administrative systemet.

Empowerment som strategi for å virkeliggjøre tanken om at det er bruk for alle

Utvalget foreslår at liknende tiltak som «Det finns bruk för alla» lanseres i Norge. Dersom det er behov for dispensasjon fra lov- og regelverk, kan dette til en viss grad skje ved å bruke lov om forsøk i offentlig forvaltning. Det er viktig å merke seg at denne loven begrenser adgangen til å gi dispensasjon fra lov- og regelverk som angår folks rettigheter - gjelder for eksempel offentlige stønader. Arbeids- og administrasjonsdepartementet arbeider med dette i oppfølgingen av forsøk med offentlige service-kontorer, jf at Stortingets flertall etterlyste dette da de

debatterte redegjørelsen om lokaldemokratiet og under behandlingen av Kommuneøkonomiproposisjonen for 1999.

Tiltaket bør følges forskningsmessig slik det gjøres i Södra Skaraborg. Dette bør skje via en uavhengig forskningsinstitusjon, evt flere i samarbeid. Et prosjekt a la «Tid til Mere» er antakelig lettere å få til, og på mange måter like interessant. Det samme er å spre kunnskap og erfaringer fra norske prosesser og prosjekter som f.eks. Primærmedisinsk verksted, Angstringen, Nasjonalt Egenkraft Senter m.v. Det kan være en god idé å etablere et nasjonalt eller regionale knutepunkter a la opplegget til «Det finns bruk för alla» eller etter mønster fra arbeidet med LA 21.

Lokalsamfunnsutvikling

Et godt lokalsamfunn og gode bo- og nærmiljøer er spesielt viktig for sårbare grupper, jf de som er omtalt i *"Tendenser - dilemmaer - utfordringer"* i kapittel 7, og som er de som oftest oppholder seg her. Lokalsamfunnsutvikling vil derfor være et godt virkemiddel for å forebygge en rekke helse- og sosiale problemer og bidra til utjevning av levekår. Men hva er et lokalsamfunn i dag? Hvilke ressurser ligger i det? Hvilke negative utviklingstrekk ser en? Hvordan kan staten ved sin politikk og kommunene ved sin, bidra til å styrke ressursene? Staten må gi rammer som gjør det mulig å utvikle gode lokalsamfunn, men det er kommunene som har ansvaret for hvordan dette skjer. Utvalget mener at dette kan være viktige virkemidler:

- Områdebasert helhetspolitikk- og administrasjon.
- Frivillige organisasjoner og både formelle og uformelle «områdeutvalg» har en viktig rolle.
- Helhets- og ikke sektorforvaltning må til.
- Det er behov for mer forskning om lokalsamfunnets betydning for beboerne (spesielt sårbare grupper), fordeling av levekår og helse m.v.

For begge strategiene vil innsamling og spredning av kunnskap og erfaringer fra både empowerment- og lokalsamfunnsprosesser i Norge og andre land kunne sette fart i borgernes, lokalsamfunnenes og kommunenes interesse i lokalt folkehelsearbeid. Dette vil kunne bli en viktig oppgave for en instans for erfaringsinnhenting- og formidling - en idébank - som utvalget foreslår i kapittel 10.

KAPITTEL 9

Frivillig sektor

9.1 INNLEDNING

Dette kapitlet må ses i nær sammenheng med og som en delvis forlengelse av *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8.

Frivillighet har dype røtter i det norske samfunnet. I mer enn 150 år har frivillige, sivile sammenslutninger vært bærere av kultur-, musikk- og idrettstradisjoner, av samvirke og dugnadsånd i hele landet. De frivillige sammenslutningene har vært sentrale pådrivere i utviklingen av det norske velferdssamfunnet, de har bidratt i forvaltningen av naturressurser og i folkeopplysningsarbeidet. Mange organisasjoner har vært de første til å påta seg ansvar for omsorgstilbud til ulike utsatte grupper, og noen har gått inn i nært samarbeid med myndighetene om å løse problemer på sine felt i samfunnet. De siste tiårene har formidlingen av gruppeinteresser og brukererfaringer også blitt en viktig oppgave for frivillige organisasjoner.

9.2 FRIVILLIG INNSATS I SAMFUNNET

Flere utredninger har definert organisasjonsliv og frivillighet som en «tredje sektor». Den tredje sektor domineres av private, frivillige organisasjoner drevet på en felles, ikke-offentlig basis. I prinsippet omfatter den tredje sektor virksomheter som er privat initiert uten å ha profitt og egennytte som mål. Den står i alminnelighet for kollektive goder, humanitære verdier og løsning av fellesoppgaver i frivillig regi og uten offentlig styring.

De eldste landsomfattende organisasjonene går tilbake til 1840-årene, men andre former for sivilt samarbeid knyttet til dugnadsordninger, kollektive hjelpetiltak og lokalt samvirke har forankring atskillig lenger tilbake i tiden. Selskapet for Norges Vel ble stiftet i 1809 som den første landsomfattende forening. Lokale avholds-, misjons- og idrettslag var bevegelser som relativt raskt fikk landsomfattende organisasjoner, og som senere spredte seg ut i andre lokalsamfunn ved initiativ fra sentralleddet i organisasjonen.

Innenfor helse- og sosialsektoren var den første landsomfattende organisasjonen Norske Kvinners Sanitetsforening (1896). Karakteristisk for denne og for andre store humanitære hjelpeorganisasjoner som Røde Kors og Nasjonalforeningen for folkehelsen var at de stadig utvidet sitt virkefelt og satte nye oppgaver på dagsordenen. De første organisasjoner for funksjonshemmede ble etablert for å gi hjelp til de enkelte gruppene (veldedighet) og Norges Blindeforbund er den eldste (1919). Denne type organisasjoner utviklet seg gjennom årene til organisasjoner drevet og styrt av brukerne selv (selvhjelps-organisasjoner) og samler i dag et mangfold av mennesker som lever med kroniske sykdommer og funksjonshemninger.

NOU 1988: 17 Frivillige organisasjoner (Korvaldutvalget) gir en bred framstilling av det frivillige organisasjonsliv i Norge. Frivillig organisasjonsliv er også omtalt i St.meld. nr 27 (1996-97) Om statens forhold til frivillige organisasjoner, og utvalget viser til disse dokumentene.

De frivillige organisasjonene har i stor grad hatt en spydspissrolle i utviklingen av det norske samfunnet. Frivillige organisasjoner har tatt initiativ og utviklet tilbud i forhold til behov som den offentlige forvaltning ikke har sett eller prioritert ressurser til. Slik er en lang rekke helsetiltak i Norge startet (sykepleierutdanning, hels-

estasjoner, spesialsykehus, spesialiserte behandlingstilbud, barnehager m.m.) Når behovet er avdekket og tiltakene utviklet og vist seg virksomme, har som oftest det offentlige overtatt.

I St.meld. nr 27 (1996-97) Om statens forhold til frivillige organisasjoner og St.meld. nr 44 (1997-98) Tilleggsmelding om statens forhold til frivillige organisasjoner understrekes betydningen av frivillighet og frivillig organisert innsats gjennom organisasjoner. Meldingene vektlegger at frivillig engasjement har betydning både for den enkeltes trivsel og helse, og at frivillig aktivitet bidrar til levende lokalsamfunn:

> «...et aktivt og levende sivilsamfunn er en grunnleggende forutsetning for ytterligere utvikling av velferdssamfunnet. Frivillige organisasjoner er en viktig del av det sivile samfunn. Gjennom sitt store mangfold av aktiviteter knytter frivillige organisasjoner mennesker sammen i meningsbærende fellesskap. Som demokratiske aktører gir organisasjonene trening i å delta i felles beslutningsprosesser. Gjennom sitt verdigrunnlag realiserer de viktige samfunnsmessige verdier, og bidrar til å vedlikeholde moralnormer og et aktivt kulturliv. Deltakelse i det lokale organisasjonslivet gir anledning til livslang læring, og muligheter for å styrke egen kunnskap og kompetanse.»
>
> (St.meld. nr 27 (1996-97) Om statens forhold til frivillige organisasjoner, side 5)

I St.meld. nr. 27 vektlegger daværende regjering at en viktig oppgave er å opprettholde et mangfold av frivillige organisasjoner:

> «...som gir tilhørighet for grupper med ulik kulturell, sosial og etnisk bakgrunn. Et slikt mangfold er et gode i seg selv, og en sikkerhet for at mennesker med ulike forutsetninger kan finne en sosial tilhørighet i sivilsamfunnet.»
>
> (St.meld. nr 27 (1996-97) side 8)

Videre sies det:

> «Det er Regjeringens syn at alminnelig deltakelse i frivillige sammenslutninger fremmer følelsen av sosial tilhørighet, fellesskap og mening. Alle typer aktiv organisasjonsdeltakelse vil derfor ha viktige samfunnsmessige virkninger.»
>
> (St.meld. nr. 27 (1996-97) side 15)

I tilleggsmeldingen fra regjeringen Bondevik siteres de særegne egenskapene og kvalitetene ved de frivillige sammenslutningene og deres virke i følgende hovedpunkter:

Frivillige organisasjoner:

- er viktige samfunnsaktører i kraft av den virksomheten de utfører,
- er viktige som demokratiske aktører, som målbærere av medlemmenes syn og interesser,
- er bærere av tilhørighet, fellesskap og mening, og utgjør på mange måter et sosialt «lim» i samfunnet.
- bidrar til å skape tillit mellom mennesker, og bidrar dermed til å bygge ned fordommer og motsetninger,
- er viktige formidlere av kunnskap og læring,
- bidrar til et samfunnsmessig mangfold som er et gode i seg selv, fordi det muliggjør ulike typer av verdi-, kultur- og interessefellesskap(St.meld. nr 44 (1997-98) side 2)

Forskeren Asbjørn Røiseland har også understreket betydningen av en mangfoldig frivillig aktivitet i lokalsamfunnet. Det vises til omtalen av dette i *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8.

9.3 OFFENTLIG STØTTE TIL FRIVILLIGE ORGANISASJONER

Flere departementer yter støtte til etablering og drift av ulike typer interesseorganisasjoner og til ulike typer virksomheter. Det kan være tilskudd til landsdekkende organisasjoner, til lokale aktiviteter, til holdningsskapende opplysningsarbeid og til forsøks- og utviklingstiltak.

Barne- og familiedepartementet har støtteordninger på det familiepolitiske området, til likestilling, til barnehageområdet og til barne- og ungdomsorganisasjoner. Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet har støtteordninger til voksenopplæringsarbeid i studieforbund og til funksjonshemmedes organisasjoner. Kommunal- og regionaldepartementet har tilskuddsordninger til innvandrerorganisasjoner, til samiske formål og til organisasjoner på arbeidsmiljø- og sikkerhetsområdet. Kulturdepartementet bevilger midler til kulturområdet og til idrettsområdet, Landbruksdepartementet administrerer tilskuddsordninger til velforeninger. Samferdselsdepartementet yter tilskudd til trafikksikkerhetsarbeidet. Miljøverndepartementet yter tilskudd til miljøvernorganisasjoner, til friluftlivsorganisasjoner og til nærmiljøorganisasjoner.

I 1995 var det rundt 160 frivillige organisasjoner som mottok tilskudd over Sosial- og helsedepartementets budsjett. En stor del av overføringene var kjøp av behandlingstilbud og forebyggende tiltak. Forebyggende tiltak i regi av frivillige organisasjoner spente over et vidt felt innen helse- og sosialsektoren; blant annet til tiltak innenfor områder som forebygging av HIV/AIDS-epidemien, forebygging av belastningslidelser og forebygging av uønskede svangerskap og abort.

St.meld. nr 27 (1996-97) gir en mer utfyllende omtale av hvilke tilskuddsordninger det enkelte departement har, og hvilke organisasjoner som mottar tilskudd. Det sies om formålet med statlige støtteordninger:

> «Statlige støtteordninger til frivillige sammenslutninger har som hovedformål å styrke de aktivitetene som organisasjonene står for. Men departementene bidrar også med midler til paraplyorganisasjoner og til opprettelse av interesseorganisasjoner.»
> (St.meld. nr 27 (1996-97) side 8)

Sosial- og helsedepartementet tildeler f.eks. midler til organisasjoner som driver prosjekter av primærforebyggende og helsefremmende karakter gjennom SOHO.

St.meld. nr. 27 sier bl.a. dette om paraplyorganisasjonene:

> «For departementene utgjør paraplyorganisasjonene bindeledd til større grupper av enkeltorganisasjoner. Paraplyorganisasjoner medvirker ofte i fordelingen av midler på sitt område, og de utgjør et felles talerør for sine medlemssammenslutninger»
> (St.meld. nr. 27 (1996-97) side 8)

Eksempler på organisasjoner som er felles talerør og fordeler midler til sine medlemsorganisasjoner er Norges Idrettsforbund, Norsk Musikkråd og Norsk Pensjonistforbund.

Både St.meld. nr 27 (1996-97) og St.meld.nr 44 (1997-98) tar utgangspunkt i tre ulike former for frivillig virke: (1) medlemsbasert virke, (2) verdibasert samvirke og (3) fortjenestefri velferdsproduksjon.

Medlemsbasert virke

Med medlemsbasert virke menes aktiviteter hvor individer går sammen for å fremme en interesse, løse et problem eller på andre måter forholde seg til et kollektivt anliggende. Det medlemsbaserte virke styrker lokalsamfunnets funksjonsevne og oppfordrer til lokalt engasjement, aktivitet og deltakelse. Deltakelse gir mening og tilhørighet i et lokalt nettverk og bygger opp under tradisjoner og demokratiske prosesser.

Verdibasert samvirke

Under verdibasert samvirke rubriseres virksomheter hvor organisasjonens egenart, ressurser og verdigrunnlag kommer til syne i måten arbeidet er utformet på. Gjennom slike kollektive tiltak kan velferdsytelser produseres på mer permanent basis. Krisesentre for kvinner, holdningskampanjer, innsats for miljøbevarelse eller produksjon av kulturelle aktiviteter er eksempler på verdibasert samvirke. Typisk er mangfoldet og utløsning av frivillig egeninnsats.

Fortjenestefri velferdsproduksjon

Fortjenestefri velferdsproduksjon er aktiviteter og tiltak hvor organisasjoner påtar seg å produsere velferdsgoder på «non-profit» basis. Høy effektivitet, lave kostnader og fleksibilitet vil ofte kjennetegne slike tiltak.

Dette skillet er gjort for å synliggjøre at statens samhandling med frivillig sektor kan ha ulike former og beskrivelsen kan være formålstjenlig som rammeverk for å legge en framtidig statlig økonomisk politikk overfor frivillig sektor.

Dette skillet som er gjort mellom frivillig virke i organisasjonene (medlemsbasert, verdibasert og fortjenestefri velferdsproduksjon) er ikke hensiktsmessig i en drøfting av organisasjonenes betydning i en folkehelsesammenheng. I en beskrivelse av betydningen av frivillig arbeid i et folkehelseperspektiv, mener utvalget det er sentralt å legge vekt på andre karakteristika.

9.4 BETYDNINGEN AV FRIVILLIGHET FOR FOLKEHELSEN

Frivillig innsats har ikke bare betydning i utviklingen av velferdssamfunnet, men er også vesentlig i et folkehelseperspektiv i forebygging av sosial isolasjon, mentale lidelser og menneskelig nød. Dugnader, vennehjelp, frivillig arbeid og innsats i lag og foreninger skaper samhold, forståelse og forpliktelse. Det er liten tvil om at styrking av verdier som gir det enkelte individ eller grupper av individer muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll også vil redusere forekomsten av livsstilsrelaterte sykdommer. Sosialt samvær, deltakelse og menneskelig kontakt har en egenverdi som går ut over organisasjonens eller frivillighetens formål. Frivillighet er med på å sikre en befolkning som tenker selv, tar initiativ og har samfunns-moral. Gjennom folks frivillige innsats får samfunnet en annen type kompetanse enn den formell utdannelse gir.

Ottawa-konferansens konklusjoner i 1986 (jf Ottawa-charteret) er etter hvert blitt førende for den ideologiske tenkning rundt helsefremmende samfunnsutvikling. Dette gjelder også for frivillig sektors innsats i folkehelsearbeidet. For nærmere omtale av Ottawa-charteret vises det til *"Folkehelsearbeidet i enkelte andre land"* i kapittel 6.

Deler av den frivillige innsatsen har forebygging som formål. Frivillige humanitære og sosiale organisasjoner utøver forebyggende virksomhet og bygger opp folkehelsen. Det kan dreie seg om tiltak for å muliggjøre at eldre mennesker kan bo hjemme og fungere sosialt, eller tiltak for å forebygge vold på lørdagskvelden. I en folkehelsesammenheng representerer organisasjoner av funksjonshemmede og kronisk syke et spesielt segment. De har som en av sine oppgaver å dyktiggjøre og hjelpe medlemmene til å mestre sin livssituasjon med en kronisk sykdom eller funksjonshemning og gjør dette gjennom veiednings- og informasjonsarbeid. Disse

organisasjonene har lang erfaring i skolering til selvhjelp og spiller både en forebyggende og helsefremmende rolle for sin medlemsgruppe.

Andre deler av frivillig organisasjonsarbeid har forebygging og helsefremming som sideeffekt. I det frivillige musikklivet dyrker man sin interesse for musikk, men samtidig gir virksomheten det enkelte menneske tilhørighet og mening, som gir styrke. Det samme kan sies om idretten, friluftslivsorganisasjonene, og en rekke andre frivillige virksomheter.

Rundt halvparten av den norske voksne befolkning bruker i dag jevnlig sin fritid til å gjøre en frivillig innsats. Omfanget er anslått til 71 000 årsverk (Lødemel I, Flaa JE 1993, FAFO-rapport 156/93).

Frivillige organisasjoners sentralledd og regionale ledd legger store ressurser i å styrke aktiviteten i de lokale lagene. De driver et omfattende informasjons- og kursarbeid, setter kvalitetsstandarder for organisasjonenes virke og kanaliserer lokale lags meninger inn i statsapparatet. Dette er en vesentlig ingrediens i organisasjonslivets infrastruktur.

9.5 MEDVIRKNING

9.5.1 Innledning

Samhandling mellom organisasjoner og myndigheter er ofte av stor betydning for å kunne realisere velferdsmål. Prinsippet om brukermedvirkning gir anledning til å utforme offentlige velferdstilbud som er i størst mulig samsvar med brukernes behov. Dette kan være en av grunnene til at interessen for borger- og brukermedvirkning har vært stigende de siste årene. Mange organisasjoner representerer grupper som er konsumenter av offentlige tjenester og private ytelser. Etter 1980 har kommunene fått større råderett over utformingen av de offentlige tilbudene innen områder som utdanning, helse og sosiale tjenester, kultur, idrett, barne- og ungdomstiltak. Dersom kommunale tilbud skal ha et innhold og være dimensjonert etter brukernes behov, er det viktig at organisasjonene fungerer på en demokratisk måte og at de tas med i en dialog med kommunale myndigheter når tilbud skal planlegges, utformes, drives og evalueres.

Mange vurderer medvirkningsprosesser til å være en måte å sikre en positiv utvikling for ulike grupper i samfunnet som funksjonshemmede, barn og unge, flyktninger og innvandrere både på sentralt og lokalt nivå. I bunnen for disse medvirkningsstrategiene ligger blant annet politiske dokumenter som Forente Nasjoners Barnekonvensjon. Når det gjelder funksjonshemmede, har Forente Nasjoners standardregler for like muligheter for mennesker med funksjonshemming en tilsvarende betydning.

I dette punktet omtales medvirkning knyttet til to grupper som en etter hvert har fått mye erfaring og kunnskap om - barn og funksjonshemmede. Det vises ellers til *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8 hvor brukermedvirkning er omtalt som en naturlig del av både empowermentstrategien og lokalsamfunnsstrategien.

9.5.2 Barn og medvirkning

I NOU 1995: 26 Om barneombudet og barndom i Norge drøftes det barnepolitiske arbeidet i vid forstand. Barneombudet har bidratt til økt fokus på barns oppvekstvilkår og på mange måter synliggjort barna i norsk politikk. Barns og ungdoms innflytelse omtales også, og utredningen beskriver at:

> «Flere kommuner er opptatt av å sikre større brukerinnflytelse på det barne- og ungdomspolitiske området. Særlig elevenes innflytelse i skolen og større

> samarbeid med foreldrene framheves. Som eksempel på større grad av brukerinnflytelse ønsker enkelte kommuner å øke andelen av foreldrerepresentanter i barnehagenes styrer. Det blir også lagt vekt på å trekke de frivillige organisasjonene sterkere med i det barne- og ungdomspolitiske arbeidet i årene som kommer. Fortsatt og ytterligere satsning på det forebyggende barne- og ungdomsarbeidet blir i mange kommuner ansett for å være en prioritert oppgave.»

Det refereres i utredningen til en undersøkelse som er gjort i samarbeid med Kommunenes Sentralforbund som viser at sentrale mål i den kommunale barne- og ungdomsplanleggingen er:

> «En helhetlig oppvekstpolitikk, kartlegging og vurdering av barn- og unges oppvekstmiljø, bedre barn og unges oppvekstmiljø, gi administrasjon og politiske organer et arbeidsredskap, ivareta barn og unges interesser i kommunal planlegging gjennom økt medvirkning fra barn og unge og stabilisere folketallet.»
> (NOU 1995: 26, kap 9)

Blant disse målene ser kartlegging av oppvekstmiljøet ut til å være det mest sentrale, mens større medvirkning fra barn og unge selv i mindre grad er satt i fokus. Det er nok fortsatt slik at mange kommuner prioriterer kartlegging av oppvekstmiljøet for å få et arbeidsredskap for administrasjon og politikere. Barn og unge blir ofte bare trukket inn i planleggingen ved at de skal krysse av for hvilke organisasjoner de er medlemmer av m.m. i et spørreskjema. Kommunene legger med andre ord i mindre grad opp til en «nedenfra og opp»-planlegging hvor barn og unge aktivt deltar i planprosessen.

De kommunale barne- og ungdomsplanene har samtidig hatt økt medvirkning lokalt som et innsatsområde, og det er gjennomført ulike prosjekter på dette området med representasjon av barn. Det vises bl.a. til omtalen av barn og unge i kapitlene 4, 5 og 7 og til publikasjonen «Fra barnetråkk til ungdomsting. Medvirkning fra barn og ungdom i kommuner - erfaringer og eksempler» fra Barne- og familiedepartementet og Kommunenes Sentralforbund.

9.5.3 Funksjonshemmede og medvirkning

Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede er en av norske myndigheters oppfølging av Forente Nasjoners standardregler. Utfordringen er at både sentrale og lokale myndigheter tar innholdet i reglene på alvor på alle arbeidsområder.

På brukermedvirkningsområdet understreker Sosial- og helsedepartementet i St.meld. nr 34 (1996-97) Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre:

> «...at selve prosessen knyttet til arbeidet med handlingsplanen har hatt en viktig betydning ved å styrke bevisstheten om hovedmålsettingene for politikken for funksjonshemmede. Dessuten har styringen i retning av økt brukermedvirkning både organisatorisk, i forhold til prosjektorganisert virksomhet og i forhold til individuell brukermedvirkning ført til utvikling av tiltak og tjenester i en annen retning enn uten brukermedvirkning.»
> (St.meld. nr 34 (1996-97) side 50)

Videre heter det i denne stortingsmeldingen at

> «Brukermedvirkning er et satsningsområde i nåværende handlingsplan og bør være et viktig område også i den neste planperioden, både som målsetting og som arbeidsform. Det er en utfordring å få i gang praktisk bruker-

medvirkning innenfor alle sektorer på både sentralt, fylkeskommunalt og kommunalt nivå.»

(St.meld. nr 34 (1996-97) side 56)

«På brukernes premisser» - betingelser for brukermedvirkning

Funksjonshemmedes organisasjoner har så lenge de har eksistert, vært opptatt av funksjonshemmedes manglende påvirkningsmuligheter på velferdspolitikken og det tjenestetilbudet som de er avhengig av. Som følge av Handlingsplanen for funksjonshemmede er brukermedvirkning for funksjonshemmede kommet mer i fokus og et gjennomgående krav har vært utforming av tjenester «på brukernes premisser». I mange sammenhenger er brukermedvirkning akseptert, men en diskuterer stadig hva det egentlig innebærer å gi tjenester «på brukernes premisser».

Tone Alm Andreassen trekker i sin artikkel Betingelser for brukermedvirkning (Fot i hose, Kommuneforlaget 1998, s 17-20) fram problemstillingen om å finne balansepunktet mellom det å skolere og oppruste brukerne til å framføre sitt syn og å legge til rette for at brukerne kan få komme med sine erfaringer på egne premisser.

Brukerorganisasjonenes opplevelse av gjennomslaget for behovet for brukermedvirkning for å ivareta funksjonshemmedes behov, nevnes også i St.meld. nr 34 (1996-97).

Nærmere om lokale Råd for funksjonshemmede

Lokale råd for funksjonshemmede er etablert og har vært i virksomhet i flere kommuner, og selv om forholdene i kommunene varierer, er rådene i hovedsak en møteplass mellom politikere, forvaltning og funksjonshemmedes organisasjoner. Flere av prosjektene i tidligere handlingsplaner for funksjonshemmede har hatt som mål å finne fram til ulike medvirkningsmodeller. Ett slikt prosjekt, som Rådet for funksjonshemmede og Kommunenes Sentralforbund samarbeidet om i tillegg til brukerorganisasjonene, hadde som hovedmål å utvikle ulike former for deltakelse- og medvirkningsmodeller mellom kommunen og innbyggerne med utgangspunkt i funksjonshemmede. Prosjektrapporten understreker behovet for både formelle og uformelle møteplasser mellom kommunen og brukerne for å få til god og reell medvirkning. Disse møteplassene vil være forskjellige fra kommune til kommune alt ut fra kommunens størrelse og organisering. (Brukermedvirkning i kommunene, mars 98, Rådet for funksjonshemmede).

I tillegg er erfaringene fra handlingsplanprosjektene at brukerne trenger en samarbeidsarena for å utveksle og diskutere sine erfaringer. Generalisering av konkrete brukererfaringer er et viktig utgangspunkt for den formelle samhandlingen mellom funksjonshemmedes organisasjoner og det offentlige. I rundt 80 kommuner er det etablert kommune-FFO, som er en sammenslutning av funksjonshemmedes organisasjoner i kommunen. Her har brukerne anledning til å utveksle og samle sine erfaringer med bl.a. kommunens tjenestetilbud og tilrettelegging for funksjonshemmede.

Slike sammenslutninger er lokal arena for å sammenfatte brukererfaringer og brukersynspunkter i tillegg til at de representerer en støtte for den enkelte funksjonshemmede som skal representere alle på de formelle møteplassene med det offentlige. Et felles brukerforum, som kommune-FFO, fungerer derfor som erfaringsbakteppe og støtteapparat for brukerrepresentanten samtidig som det gir mulighet til å generalisere brukererfaringer som danner utgangspunkt for innspill til kommunens administrasjon og til det politiske systemet.

Kommunenes Sentralforbund har i tillegg et demokratiutviklingsprosjekt og et kvalitetsutviklingsprosjekt som begge fokuserer på å utvikle kommunenes forhold til innbyggerne, og hvor medvirkning er et viktig element.

Under overskriften Planlegging og brukermedvirkning sier Sosial- og helsedepartementet at en vil

> «gjennom ulike tiltak innen området systematisk knytte brukermedvirkning opp mot planlegging og utforming av politikk på alle nivåer. Brukermedvirkning er det viktigste virkemiddelet for å ivareta verdigrunnlaget i politikken for funksjonshemmede... På kommune- og fylkesnivå ligger det betydelige muligheter for funksjonshemmedes organisasjoner til å påvirke og forbedre satsingen på tiltak for funksjonshemmede gjennom deltakelse i den kommunale planprosessen. På dette nivået vil Kommunenes Sentralforbund være en viktig medspiller. På statlig nivå vil det bli fokusert på tiltak for å ivareta kontakten mellom departementene og organisasjonene...».
> (St.meld. nr 34 (1996-97) side 61)

Ideen om brukerdemokratiet understreker også betydningen av et aktivt, medlemsbasert foreningsliv. Det er en viktig oppgave å støtte organisasjonene på en måte som styrker det lokale, medlemsbaserte lags- og foreningslivet, som i størst mulig grad tar hensyn til de frivillige aktivitetenes egenart, og som utformer statlige støtteordninger slik at organisasjonens egenart får utvikle seg på deres egne premisser.

Utvalget mener dialog med brukerorganisasjonene også vil øke kvaliteten på kommunale tjenester og kan bidra til å utvikle et godt nærmiljø og levende lokalsamfunn. En god folkehelse må i stor grad være tuftet på medvirkning fra befolkningen, og det faktum at frivillige organisasjoner har en viktig rolle i brukerdemokratiet.

9.6 FRIVILLIG INNSATS I LOKALSAMFUNNET

9.6.1 Innledning

Utvalget vektlegger betydningen av nærmiljøet og utviklingen av levende lokalsamfunn i forhold til å styrke folkehelsearbeidet. Et mangfoldig landskap av frivillige organisasjoner er en forutsetning for et levende sivilsamfunn. Selvstyrte sammenslutninger har tradisjonelt vært folks verktøy for å påvirke samfunnet. Organisasjonene er arenaer for kollektiv handling, sosial tilhørighet og utvikling av verdier og har evne til å samle mennesker i meningsbærende fellesskap (Lorentzen, 1996).

Lokalt engasjement er en nødvendig del av samfunnsutviklingen og et korrektiv og supplement til administrativ og politisk planlegging. Organisasjoner og lag har store ressurser og fagkunnskaper om viktige saksområder som gjør dem til eksponenter for en helhetstenkning både lokalt og sentralt.

Frivillige organisasjoner bidrar

- med en betydelig velferdsproduksjon og et mangfold av måter å løse problemer på og er et uvurderlig idéreservoar for hele samfunnet,
- på mange måter til å være limet i de fleste lokalsamfunn i dette landet,
- som en stabiliserende grunnmur i lokalsamfunnet, en kulturbærer som vedlikeholder tradisjoner for kommunikasjon og tilhørighet mellom styrende og styrte,
- som en viktig pilar i vårt demokrati,
- som en møteplass der den enkelte verdsettes ut fra egne forutsetninger, et sted der erfaring og engasjement verdsettes høyest,
- som en viktig kilde til positiv samfunnskritikk, en kilde til korrektiver for makt og myndighet.

De frivillige organisasjonene har vært viktige for å finne og sette i verk gode, omforente løsninger på svært utfordrende problemstillinger. Dette har vært mulig fordi engasjementet i de frivillige organisasjonene har gitt eierskap til løsningene.

9.6.2 Frivillighetssentraler

Frivillighetssentralene er viktige tilskudd til floraen av frivillig innsats i lokalsamfunnet og har fått en rolle i forhold til mange grupper i samfunnet. Formålet med sentralene er å mobilisere og organisere frivillig innsats for å møte lokale behov. Sentralene rekrutterer frivillige fra andre grupper enn de tradisjonelle organisasjonene, og supplerer dermed resten av organisasjons-Norge. Frivillighetssentralene har fokus på ressurser og gjensidighet og kan ut fra sin struktur være dynamiske og aktivt tilbuds- og behovsorienterte. Arbeidet på frivillighetssentralene kan kategoriseres under ulike arbeidsmetoder som: lokalt utviklingsarbeid, samfunnsarbeid, nærmiljøarbeid, kulturarbeid eller folkehelsearbeid.

Frivillighetssentralene er møteplasser som formidler kontakt mellom mennesker i lokalmiljøet og er et knutepunkt for lokal frivillig virksomhet. Det lokale frivillige liv styrkes av at frivillighetssentralen og lokale lag og foreninger utnytter hverandres ressurser og spiller på lag.

Noen frivillighetssentraler samarbeider med Kulturrådets «Kultur gir helse» prosjekter og med NAKUHEL prosjektene. Disse tiltakene er nærmere omtalt i *"Mangfold i folkehelseabeidet i kommuner og fylkeskommuner"* i kapittel 5. Etter hvert er mange sentraler opptatt av arbeidet med Lokal agenda 21 i kommunene i tillegg til at mange frivillighetssentraler har satt igang selvhjelpsgrupper på ulike områder.

Hovedmålet med etableringen av frivillighetssentralene var å utløse flere frivillige ressurser lokalt i en situasjon der det er behov for mer omsorg enn det familien og det offentlige tjenestetilbudet kunne yte. For å styrke og videreutvikle velferdssamfunnet har denne satsningen vært en viktig strategi lokalt. På den annen side er det hevdet at det statlige initiativet til å etablere frivillighetssentraler er en måte å offentliggjøre frivilligheten på. I etableringen og driften av frivillighetssentralene spiller det offentlige, ved kommunen, ofte en sentral rolle. Mange steder har kommunen tatt initiativ til og står for driften f.eks. ved at leder for sentralen er ansatt i eller av kommunen. Offentlige innsatser for å utløse flere frivillige ressurser i samfunnet vil da være i konflikt med målet om at statlige støtteordninger til frivillige sammenslutninger skal bygge på at organisasjonens egenart får utvikle seg på egne premisser. Et sentralt premiss for frivillige organisasjoners virke er det ideologiske grunnlaget organisasjonene bygger på, et grunnlag som en kommunal administrasjon ikke har. Det er viktig at det offentlige ikke tar over frivillige organisasjoners oppgaver. Dette forsterker også behovet for at utformingen av statlige støtteordninger utformes slik at både organisasjonenes egenart får utvikle seg, at de aktivitetene som organisasjonene står for styrkes i tillegg til at ordningene bidrar til å utløse flere frivillige ressurser.

9.6.3 Samhandlingsorganer mellom offentlig og frivillig innsats

Både på statlig, fylkeskommunalt og kommunalt nivå eksisterer formelle og uformelle samarbeidsorganer mellom offentlig og frivillig virksomhet. Organene kan være sektorspesifikke eller tverrsektorielle. En del kommuner og fylkeskommuner har formaliserte organer, hvor organisasjonene oppfattes som representanter for brukerne og befolkningen. Kontaktarbeidet er imidlertid ofte dårlig forankret og tildels avhengig av entusiastiske ildsjeler både innen frivilligheten og i offentlige

organer. Møteplassene mangler organisatorisk tyngde og gjennomslag og besitter bare i liten grad økonomiske utviklingsmidler.

Viktige samhandlingsorganene mellom offentlige myndigheter og frivillig sektor, er omtalt i *"Lovgrunnlag og definisjoner"* i kapittel 3. Dette er bl.a. SOHO, FRISAM, Rådet for funksjonshemmede og Rådet for eldreomsorgen.

Også innenfor andre statlige sektorer eksisterer lignende samhandlingsverktøy. Sektorområder som ernæring (Statens ernæringsråd), tobakk (Statens tobakksskaderåd) og rus (Rusmiddeldirektoratet) har organer som i sin form og oppbygning har likhetstrekk med SOHO og FRISAMs kontaktforum. Det vises til *"Lovgrunnlag og definisjoner"* i kapittel 3 hvor også disse er nærmere omtalt.

9.6.4 Ulike typer interesse- og brukerorganisasjoner

Tidligere stortingsmeldinger har beskrevet ulike typer interesse- og brukerorganisasjoner med utgangspunkt i medlemsbasert virke, verdibasert samvirke og fortjenestefri velferdsproduksjon (St.meld. nr 27 (1996-97), St.meld. nr 44 (1997-98)). Som nevnt er dette en inndeling som fungerer når økonomiske forhold drøftes f.eks. utformingen av ulike tilskuddsordninger overfor frivillig sektor. Differensieringen mellom medlemsbasert virke, verdibasert samvirke og fortjenstefri velferdsproduksjon reflekterer imidlertid ikke sentrale forskjeller mellom frivillige organisasjoner som ulikheter i organisasjonenes opprinnelse og ideologisk fundament. Organisasjonenes ideologiske grunnlag er ulikt og avspeiles blant annet ved at ulike organisasjoner har forskjellig utgangspunkt og motiv for like typer aktiviteter. Nedenfor nevnes noen slike organisasjonstyper.

«Åpne organisasjoner»

Det er mange organisasjoner som er etablert for at folk skal kunne drive med noe de er spesielt interessert i. Idrettsorganisasjonene står for et stort spekter av idretts- og fritidsaktiviteter. Barne- og ungdomsorganisasjonene har ansvar for et stort og variert innslag av sang- og musikktilbud, kultur og fritidsaktiviteter. Bygdelag, beboer- og velforeninger, grendeutvalg m.v. knytter sammen mennesker med felles kultur og interesser. Turist- og friluftsforeninger og miljøorganisasjoner samler dem med interesse for natur og miljø. I disse organisasjonene er det en felles interesse for håndball, svømming, korsang, frimerker o.a. man samles om og driver med utfra en egen særlig interesse.

For mange er det også viktig å tilhøre en politisk organisasjon, menneskerettighetsorganisasjoner, organisasjoner mot rasisme m.v.

«Gjøre-noe-for-andre-organisasjoner»

Mange frivillige aktiviteter er startet opp utfra motivet om å gjøre noe for andre. Utgangspunktet har vært et verdigrunnlag, et idealistisk utgangspunkt og virksomhetene har primært rettet seg mot andre menneskers livssituasjon og et behov for og ønske om å gjøre noe for andre. Tidligere omtalte en disse organisasjonenes aktiviteter som veldedighetsarbeid. Mange av dagens store organisasjoner har et slikt idealistisk utgangspunkt, f.eks. Norske Kvinners Sanitetsforening som ble stiftet allerede i 1896. I humanitære organisasjoners virksomhet har det sosiale aspektet vært uttalt i etableringen av tiltak, om det nå har vært krisesentre, nødtelefoner, behandlingsinstitusjoner, barnehager, utdanningstilbud, redningstjeneste osv.

Norsk folkehjelp og Norges Røde Kors er eksempler på organisasjoner som bidrar til forebygging av ulykker gjennom å spre informasjon om fjell- og sjøvett. Organisasjoner som bidrar til økt kunnskap om førstehjelp i befolkningen, kombinerer det gjerne med å spre informasjon om hvordan ulykker kan forebygges. De samme organisasjonene driver også et aktivt internasjonalt hjelpearbeid overfor

nødstedt befolkning i andre land og verdensdeler. Det samme gjør f.eks. Kirkens Nødhjelp.

«I-samme-båt-organisasjoner»

Organisasjoner av denne typen er primært dannet som nettverk mellom mennesker med en felles livserfaring på det å for eksempel leve med en kronisk sykdom eller funksjonshemning. De aller fleste av de som hvert år oppsøker funksjonshemmedes organisasjoner, gjør det fordi de selv, eller en i deres nærmeste familie, har fått en kronisk sykdom eller funksjonshemning. I møtet med en livssituasjon man mangler forhåndskunnskap om, kan det oppstå et sterkt behov for kontakt med noen som har samme erfaring, et ønske om å møte noen som kan gi troverdig og pålitelig informasjon om hva den nye situasjonen vil innebære. Mange orienterer seg i retning av de som er «i samme båt».

«I samme-båt- organisasjoner» gjelder ikke bare funksjonshemmede. Det kan like gjerne gjelde enkeltmennesker som har mistet en nær slektning eller venn, og som trenger et fellesskap for å bearbeide sorgen og venne seg til en ny livssituasjon. Det kan gjelde en gruppe enslige forsørgere som gjennom denne type organisasjon kan hjelpe hverandre etc.

Selvhjelpsgrupper og selvhjelpsorganisasjoner

Begrepet «selvhjelp» brukes på ulike måter, både om et prinsipp, «hjelp til selvhjelp» og om en prosess som foregår i selvhjelpsgrupper. Ordene «selvhjelpsorganisasjoner» og «interesseorganisasjoner» brukes ofte om hverandre.

Selvhjelp representerer en ideologi både på individnivå (selvhjelpsgrupper som redskap for en individuell prosess i møtet mellom mennesker med felles problem) og på organisasjonsnivå (selvhjelpsfeltet som bevegelse).

Et viktig prinsipp for selvhjelpsgruppene er at deltakelsen er selvvalgt. Deltakerne tar selv kontakt fordi de aktivt ønsker å gjøre noe med sitt eget liv. Selvhjelp er noe annet enn terapi, og en del benytter seg både av terapi og selvhjelpsgrupper. De fleste selvhjelpsgrupper har ikke fagfolk tilstede på møtene. Noen grupper har igangsettere som deltar de første gangene, andre har gruppeledere som deltar hele tiden.

Antall selvhjelpsgrupper har økt sterkt de siste årene. Sammen med frivillighetssentralene betegnes de ofte som «den nye frivilligheten». Denne karakteristikken av selvhjelpsgrupper som «den nye frivilligheten» kan framstå som misvisende i forhold til f.eks. funksjonshemmedes organisasjoner. Fundamentet i funksjonshemmedes organisasjoner er nettverket mellom enkeltmedlemmene, og virksomheten domineres av innsatser slik at det enkelte medlem får hjelp til å meste sitt liv og klare seg selv. Funksjonshemmedes organisasjoner har derfor flere tiårs tradisjon og erfaring på å drive selvhjelpsarbeid og ulike former for selvhjelpsgrupper.

9.6.5 Funksjonshemmede

Funksjonshemmede og funksjonshemmedes organisasjoner er omtalt særskilt i dette kapitlet. Funksjonshemmedes organisasjoner - særlig Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og Norges Handikapforbund som paraply for mange av disse organisasjonene - har på mange områder vært foregangsorganisasjoner når det gjelder brukermedvirkning, reell deltaking og de typene aktiviteter som er nevnt i punktet ovenfor. Det vises ellers til underkapittel 7.7 hvor funksjonshemmede er nærmere omtalt og til *"Innledning og bakgrunn"* i kapittel 2 hvor flere stortingsmeldinger og handlingsplanene for funksjonshemmede er beskrevet.

I St.meld. nr. 8 (1998-99) Om handlingsplan for funksjonshemma 1998-2001 sies det innledningsvis:

> «Til grunn for denne meldinga ligg ei forståing av funksjonshemming som eit mishøve mellom individet sine føresetnader og krav frå miljøet og samfunnet si side til funksjon på område som er vesentlege for å etablere og halde ved lag eit sjølvstendig og sosialt tilvere.» (side 8)

Denne definisjonen av funksjonshemning er blant annet et godt utgangspunkt for å forstå hvilke utfordringer funksjonshemning stiller samfunnet overfor, og hvilke utfordringer samfunnet stiller mennesker med funksjonshemning overfor. Beskrivelsen av antall funksjonshemmede i Norge er hentet fra Helseundersøkelsen 1985 som anslo at 479 000 mennesker under 67 år var funksjonshemmet, hvorav 41 000 var under 16 år, og 292 000 mennesker over 67 år. Anslaget tilsvarer 18,8 prosent av Norges befolkning og i yrkesaktiv alder (16-66 år) er anslagsvis 16,2 prosent funksjonshemmet. De fire siste levekårsundersøkelsene (Statistisk sentralbyrå) har anslått andelen personer med funksjonshemninger 16 år og eldre til å være 17-20 prosent.

Omfanget av kroniske sykdommer og derav følgende funksjonshemning øker. Medisinske nyvinninger fører også til at flere lever opp med arvelige sykdommer, at flere overlever sykdommer og skader og at flere lever lenger med kroniske sykdommer. Den moderne livsstilen fører i tillegg til at belastningslidelser og psykiske lidelser får en stadig mer framtredende rolle i trygdestatistikken.

Framveksten av organisasjoner på dette området skjøt fart på 1980-tallet. I 1998 var det 98 organisasjoner som mottok støtte fra tilskuddsordningen til Sosial- og helsedepartementet. 56 av organisasjonene og landsforeningene av ulike grupper av funksjonshemmede står tilsluttet Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO).

Helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak for funksjonshemmede

Det sier seg nesten selv at forebyggende og helsefremmende innsats overfor grupper som allerede lever med kroniske tilstander, må omfatte andre innsatser enn kampanjer og allmenne tiltak. Selv om funksjonshemmede og kronisk syke også har ansvar for å ivareta egen helse gjennom sunne levevaner, vil forebyggende og helsefremmende tiltak for mange omfatte aktive behandlingsstrategier. Det vil også til tider være vanskelig å trekke et skarpt skille mellom hva som er forebyggende, helsefremmende og rehabiliterende aktiviteter for funksjonshemmede og kronisk syke. Generelt vil det være viktig for de som allerede har opplevd helsesvikt, at aktivitetene som utøves er planlagte, og at de ses i en større og helhetlig sammenheng med den enkeltes totale livssituasjon.

Som det pekes på i *"Tendenser - dilemmaer - utfordringer"* i kapittel 7, har offentlige myndigheter i liten grad lykkes i helsefremmende og forebyggende arbeid overfor ulike grupper funksjonshemmede. I frykten for å bidra til en særomsorg, har myndighetene hatt som strategi at de generelle forebyggingssatsingene og tiltakene også skulle dekke funksjonshemmedes behov. Dette har altså slått feil, og funksjonshemmede har i svært liten grad dratt nytte av den forebyggingsinnsatsen som staten har gjort til nå.

Det vises til forslag til tiltak på dette området i punkt 9.6.3.

Funksjonshemmedes deltakelse i frivillige organisasjoner

Bl. a. avdekker undersøkelsen Funksjonshemmede i Nordland, Levekår og livskvalitet (Norlandsforskning NF-rapport nr 17/97) at funksjonshemmede, til tross for at de har mer fritid gjennom at de deltar mindre i arbeidslivet, i noe mindre grad enn andre deltar i fritidsaktiviteter. Noe av årsaken skyldes andelen av eldre i undersøkelsen, men mye skyldes utvilsomt at tilgjengeligheten til ulike fritidsaktiviteter er for dårlig slik at mange har problemer eller er avskåret fra å delta. Undersøkelsen viser også at funksjonshemmede er gjennomgående sjeldnere medlemmer

i organisasjoner, bortsett fra når det gjelder medlemskap og deltakelse i religiøse foreninger.

Likemannsarbeid

Siden begynnelsen av 1990-årene har likemannsarbeid blitt definert som

> «organisert samhandling ... mellom mennesker som er i samme båt, og .... som har som mål at erfaringer skal utveksles på en måte som partene kan nyttiggjøre seg i sin hverdag»
>
> (Olsen, B C R og Rossholt, N: Å være i samme båt ... likemannsarbeid i funksjonshemmedes organisasjoner», en veileder utgitt av Sosial- og helsedepartementet.)

På mange måter kan likemannsarbeid beskrives som hovedporten til brukerorganisasjonene. Begrepet «likemann» ble introdusert av regjeringen da det ble opprettet en ny tilskuddspost til arbeidet i funksjonshemmedes organisasjoner i 1989. Ordet «likemannsarbeid» beskriver aktiviteten som er selve bærebjelken i funksjonshemmedes organisasjoner. Likemannstradisjonene går tilbake til organisasjonenes opprinnelse, og grunnleggende er kontakten med andre som har samme sykdom, diagnose og felles erfaringer med behandlingsapparatet. Sentralt står det å treffe andre som er «i samme båt».

Likemannsaktiviteter lar seg ikke enkelt kategorisere. Spennvidden i aktivitetene gjenspeiler tilpasning til konkrete behov skapt av et meget stort antall spesifikke og forskjelligartede funksjonshemninger. Akkurat som funksjonshemmedes organisasjoner er et konglomerat av ulike organisasjonstyper, er likemannsaktiviteten et uensartet mangfold. Kursene er oftest sentralt initiert, men for de største organisasjonene foregår mye aktivitet også lokalt.

Likemannsarbeidet i funksjonshemmedes organisasjoner kan inndeles i fem aktivitetskategorier:

- Telefonkontakttjeneste
- Besøkstjeneste
- Råd- og veiledningstjeneste
- Selvhjelps- og samtalegrupper
- Erfaringsutvekslingssamlinger

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjons gjennomgang av organisasjonenes søknader om likemannsmidler for 1997 bekreftet langt på vei at denne inndelingen er dekkende

(Kilde: Brukerorganisasjonenes erfaringer med rehabiliteringstjenestene, del III Brukerorganisasjonenes rehabiliteringsvirksomhet, FFOs Skriftsserie 05/98). Likevel syntes det som om én viktig kategori er utelatt, nemlig de likemannsbaserte treningsoppleggene, som dekker alt fra trimgrupper til røykestoppgrupper og kostholdsgrupper. Likemannsbasert livsstilsendring synes å bre om seg i slutten av 1990-årene, så klassifiseringen bør derfor suppleres med en sjette kategori:

- Likemannstrening og livsstilsendring.

Funksjonshemmedes organisasjoners forebyggende og helsefremmende virksomhet

Drivkraften for mange til å søke til funksjonshemmedes organisasjoner er sannsynligvis å finne i det uforberedte møtet med en vanskelig livssituasjon. Opplæringsvirksomhet i brukerorganisasjonene er et tilbud til den enkelte om hjelp til å mestre livssituasjonen, og et tiltak for å bygge og videreutvikle organisasjonen slik at man kan nå ut til flere. Organisasjonsutviklingens sentrale plass i opplæringsarbeidet gjenspeiles i organisasjonenes aktivitetsønsker som omfatter kurs i

- Organisasjonsarbeid

- Organisasjonsutvikling
- Grunnkurs
- Videregående kurs
- Diverse «skoler» (LHL-skolen, NHF-skolen, Astma-skoler, Eksem-skoler osv)
- Studielederkurs
- Opplæringskonferanser
- Nettverksprosjekter
- Samlinger for ledere på ulike nivåer
- Kurs for tillitsvalgte

Av de voksenopplæringssøknadene som funksjonshemmedes organisasjoner sendte Kirke,- utdannings- og forskningsdepartementet for 1997 hadde flere en rehabiliteringsrelevant innretning, f eks:

- Oppsøkende virksomhet (inkludert besøkstjeneste)
- Sykdomsforløp og mestring
- Kommunikasjon (for hørselshemmede)
- Samtalegrupper
- Brukerkurs (inkludert barn og unge)
- Kurs for familie og pårørende
- Veiledningekurs
- Aktiviseringskurs
- Attføring
- Temakurs (etikkseminar, trygderettigheter, osv)

9.7 FORSLAG TIL TILTAK

Å arbeide for god folkehelse er et ansvar for det offentlige såvel som det enkelte individ. Generelt kan det hevdes at det offentlige har en oppgave i å tilrettelegge for at den enkelte tar ansvar for egen helse. NOU 1988: 17 Frivillige organisasjoner synliggjorde de frivillige organisasjonenes mangfoldige innsats i det norske samfunn, og deres innveving i offentlig politikk og økonomi. Utredningen viste at organisasjonene er viktige bærebjelker på så å si alle samfunnsområder. I St.meld. nr 27 Om statens forhold til frivillige organisasjoner heter det:

> «Offentlige bevilgninger til organisasjonene og deres tiltak er på mange områder en grunnleggende forutsetning for deres virke. Uten offentlig støtte ville virksomheten hatt et vesentlig mindre omfang enn den har i dag.»
> (St.meld. nr 27 (1996-97) side 6)

9.7.1 Rammevilkår for frivillig sektor i folkehelsearbeidet

Utvalget vurderer frivillig arbeid og engasjement til å ha bred betydning for folkehelsen og for den enkeltes opplevelse av egen helse. Engasjerte frivillige som har et «eierforhold» til de lokale utfordringene, har gode muligheter for å lykkes blant annet i det forebyggende arbeidet. Frivillig innsats har også en egenverdi gjennom å skape identitet og tilhørighet i et sosialt nettverk. Deltakelsen i frivillig arbeid representerer for mange sammenhenger der de får delta og blir tatt på alvor, der de kan realisere ulike sider ved seg selv og være til nytte for andre. Dette er faktorer som utvalget mener må tillegges betydning i en folkehelsestrategi.

Det finnes ikke noen fasit på hvordan frivillige organisasjoner skal gjennomføre folkehelsearbeidet eller organisere helsefremmende arbeid for å lykkes. Det er imidlertid særlig fem faktorer som utvalget vil framheve som viktige for å lykkes i

folkehelsearbeidet generelt for frivillige organisasjoner og for samarbeid i dette arbeidet.

1. Det må være et ideologisk utgangspunkt for arbeidet
2. Innsatsene må forankres i ordinær virksomhet
3. Kontinuitet og langsiktighet i arbeidet må ivaretas
4. Det må være rom for fleksibilitet i organisering
5. Det må være reell medvirkning fra frivillig sektor

Synliggjøring av et ideologisk utgangspunkt for arbeidet har betydning for å få tilslutning til en generell holdning blant ansatte og samarbeidspartnere til å ivareta folkehelseperspektivet. Dette gjelder for alt arbeid med betydning for folkehelsen i regi av kommuner, fylkeskommuner og staten. For at ikke innsatsene på folkehelseområdet skal bli en satelittaktivitet som ikke får innflytelse for planleggingen og det løpende arbeidet i kommuner og i fylkeskommuner, må arbeidet forankres i den ordinære virksomheten. For at folkehelseperspektivet skal kunne ivaretas i planleggingsarbeidet på alle nivåer, må ideologien om viktigheten av å ivareta dette aspektet være forankret både politisk og administrativt i kommuner, fylker og på sentralt plan. Nødvendigheten av å synliggjøre ideologien og å forankre folkehelsearbeidet i de etablerte strukturer, er en erfaring som er gjort både i Sverige og Danmark, og som framheves i flere av prosjektene som omtales i denne utredningen.

For å få til et godt samarbeid mellom offentlige myndigheter og frivillig sektor er dette erkjennelser som også er i samsvar med tidligere evalueringsfunn, blant annet fra statlige satsinger som Folk i form til OL og arbeidet med Samlet plan for helsefremmende og forebyggende tiltak med hovedvekt på utviklingsprosjekter i kommunene.

Utvalget mener at samhandlingen mellom det offentlige apparat og frivilligheten bør styrkes. I samhandlingen er det viktig å ta vare på organisasjonenes verdigrunnlag og egenart. Både ut fra den samfunnsinnsats som ytes gjennom frivillig organisasjonsliv, og ut fra frivillighetens evne til mobilisering, medvirkning og bygging av aktive sosiale nettverk. Utvalget mener også det er behov for å finne gode modeller for samarbeid mellom offentlig instanser og frivillige organisasjoner.

Utvalget mener at det på brukermedvirkningsområdet ligger store utfordringer til alle som jobber innenfor tjenesteapparatet fordi det handler om grunnleggende holdninger til å lytte til brukeren og ta hensyn til brukerens opplevelse i måten arbeidet gjøres på og i forhold til organisering og utforming av tjenestetilbudet.

Utvalget mener god dialog med brukerorganisasjonene vil øke kvaliteten på kommunale tjenester og kan bidra til å utvikle et godt nærmiljø og levende lokalsamfunn. En god folkehelse må i stor grad være tuftet på medvirkning fra befolkningen og det faktum at frivillige organisasjoner spiller en viktig rolle i mobiliseringsarbeidet lokalt.

Utvalget har merket seg at det også i forhold til å utvikle gode medvirkningsmodeller er avgjørende å forankre ansvaret i etablerte strukturer i det offentlige i kommunen, i fylket og for så vidt også på sentralt plan; samtidig som det er vesentlig å bygge på de etablerte organisasjonsstrukturer som finnes på frivillig sektor.

Utvalget mener at for å få til et godt samarbeid er en avhengig av reell medvirkning fra frivillige organisasjoner. Dette fordrer en deltakelse som er likeverdig med offentlige instanser, og en reell innflytelse i arbeidet og de prioriteringer som blir gjort. Dette setter krav til de rammebetingelser og ressurser som gis for samarbeidet.

Utvalget mener viktige målsettinger i arbeidet framover er:

- Å øke brukermedvirkning innenfor alle sektorer både sentralt, i fylket og i kommunene.
- Å jobbe for en holdningsendring og forståelsesforandring slik at brukernes problemforståelse legges til grunn for utforming av tjenester og tiltak.
- Å styrke brukerorganisasjoner slik at de kan ivareta sine roller som påvirkere.
- Å øke opplæringsinnsatsen i brukerorganisasjonene slik at flere medlemmer kan påta seg det å være brukerrepresentant for flere.

Utvalget understreker at det er det offentliges ansvar å legge til rette for samarbeidsstrukturer og å prioritere ressurser til dette arbeidet. For å få samarbeidet til å fungere mellom det offentlige og frivillige organisasjoner, må også organisasjonene prioritere dette arbeidet i sin virksomhet, og ha ressurser til det.

9.7.2 Tilskudd til frivillige organisasjoner

Store deler av den frivillige virksomheten finansieres av inntekter organisasjonene skaffer seg selv. Frivillige organisasjoner betinger frie midler. Det er viktig å ikke svekke organisasjonenes mulighet til å skaffe midler de selv kan bestemme bruken av. I første rekke er det offentlige myndigheter som avgjør dette. Offentlig regulering av spillemarked, innsamlingsaksjoner, sponsorinntekter osv. er ofte nødvendig, men kan samtidig føre til at tilgangen på frie midler blir mindre. Et levende samfunn er avhengig av at staten tilstår de frivillige organisasjonene muligheten til å hente tilstrekkelige frie midler fra ukontroversielle finansieringskilder. For å ivareta organisasjonens muligheter vil utvalget peke på viktigheten av å følge den utviklingen som beskrives i St.meld. nr 27 (1996-97) nøye.

> «I mange organisasjoner og foreninger tar pengeinnsamlingen en uforholdsmessig stor del av den tiden som ellers skulle ha vært brukt til hovedaktivitetene. Mange av de små organisasjonene kommer også i skyggen av de store, og har vanskelig for å få mobilisert den oppmerksomheten som gjerne gir uttelling i form av gaver og bidrag. Det kan virke som om samfunnsutviklingen svekker egeninnsats og dugnadsånd, og øker organisasjonenes avhengighet av økonomiske bidrag.»
> (St.meld. nr 27 (1996-97), side 15)

Offentlige tilskudd kan enten gis som frie tilskudd eller som prosjekttilskudd. Offentlige tilskudd utgjør en relativt liten andel av de frivillige organisasjonenes finansieringsgrunnlag. De er likevel viktige, fordi de ofte finansierer den organisatoriske ryggraden i organisasjonene. Driftstilskudd fra det offentlige spiller større rolle i mindre organisasjoner enn i store som driver eget omfattende inntektsskapende arbeid.

Forsker Asbjørn Røiseland har sagt følgende i et foredrag for utvalget:

> «Ser man på utviklingen i det frivillige organisasjonslivet, hevdes det at mange ting går feil vei. På den ene siden beskrives stadig flere organisasjoner å etablere en stadig mer profesjonell og omfangsrik administrasjon og ledelse. På den annen side beskrives samtidig at stadig flere har organisasjoner problemer med å få tillitsvalgte og at de som engasjerer seg «spises med hud og hår» (skolekorps, idrettslaget, funksjonshemmedes organisasjoner osv.).
>
> Det er, fra mitt perspektiv, en viktig oppgave, også for helsemyndighetene, å motvirke disse prosessene. Prosessene kan vel ikke styres direkte, men det er mange muligheter for å drive indirekte påvirkning, f. eks. gjennom tilskuddsordninger, stille lokaliteter til disposisjon, etc. Her er det også

> viktig å minne om mangelen på kunnskap om det frivillige organisasjonslivet. Vi vet dessverre altfor lite om hvordan organisasjonslivet endres, spesielt på lokalt nivå.»

De siste årenes utvikling har gått i retning av økt bruk av prosjektfinansiering og mindre vilje til å øke driftsmidlene til organisasjonene. Forskning viser at prosjektstøtte lett fører til byråkratisering i organisasjonene (Statskonsult 1995). For å kunne gjennomføre prosjekter kreves et minimum av administrativ apparat i organisasjonen. Vridningen fra driftsstøtte til prosjektstøtte rammer små og mindre organisasjoner i større grad enn de større. Både får de redusert driftsstøtte, og de mangler dessuten en administrativ styrke til å gjennomføre prosjekter, slik at de ikke får prosjektmidler i et omfang som kan erstatte en manglende driftsstøtte.

Bondevikregjeringens Tilleggsmelding (St.meld. nr 44 1997-98) fremmer forslag til tiltak som vil bedre rammebetingelsene for frivillige organisasjoners medlemsbaserte virke, med andre ord den delen som utvalget vektlegger i forhold til folkehelsearbeidet.

Meldingen foreslår å etablere en statlig støtteordning som et håndslag til frivillig mobilisering i nær- og lokalmiljøet. Denne støtteordningen vil få sitt økonomiske grunnlag gjennom en samordning av statlige spill, Det norske Pengelotteri og Norsk Tipping AS, som gjennom en sammenslåing og dermed en synergieffekt, vil gi større overskudd og enklere administrasjon. Overskuddet tenkes fordelt med en tredjedel på hvert av formålene idrett, kultur og forskning. Innenfor hvert av formålene idrett og kultur avsettes minst 10 prosent til tiltak rettet mot barn og unge.

I St.meld. 27 (1996-97) fremheves det at

> «Ikke alle sammenslutninger har lokalsamfunnet som referanseramme. En grunn kan være at medlemmene lokalt er for få til å danne en egen forening. Dette gjelder f.eks. en rekke mindre interessegrupper for syke og funksjonshemmede. Slike organisasjoner vil gjerne ha det meste av sin virksomhet organisert som nasjonalt virke.»
> (St.meld. nr 27 (1996-97) side 29)

For funksjonshemmedes organisasjoner vil en kanalisering av tilskudd ensidig til det lokale nivået få uheldige konsekvenser. Dette skyldes nettopp det faktum som nevnes i St.meld. nr. 27 (1996-97) at mange organisasjoner har for få medlemmer til å kunne danne et levedyktig lokallag. For å kunne drive et informasjons- og støttearbeid til enkeltmedlemmer lokalt gjennom f.eks. kurs- og voksenopplæringsvirksomhet, vil funksjonshemmede i stor grad være avhengig av organisasjonenes sentrale ledd.

Både i St.meld. nr 27 (1996-97) og Bondevikregjeringens Tilleggsmelding (St.meld. nr 44 (1997-98)) er det satt søkelys på viktigheten av å satse på tiltak i lokalsamfunnet. Samtidig framheves det at paraplyorganisasjoner er en sentral samarbeidspartner for det offentlige, de opptrer som felles talerør for sine medlemsorganisasjoner og kanaliserer brukererfaringer og brukersynspunkter gjennom de enkelte medlemsorganisasjonene opp til sentralt nivå.

9.7.3 Organisasjonenes arbeid - et supplement til det offentlige

Organisasjonenes aktiviteter fungerer som et supplement til det offentlige. Flere større organisasjoner produserer tjenester for det offentlige (det offentliges kjøp av tjenester) samtidig som andre organisasjoner driver aktiviteter som det offentlige ikke gjør, f.eks. besøkstjenestene på sykehus og kontaktvirksomheten med nydiagnostiserte pasienter.

Et viktig punkt når det gjelder rammebetingelser er hvilket regelverk og rapporteringsarbeid organisasjonene pålegges. Særlig er dette av betydning for de tillitsvalgte i organisasjonene på lokalt plan. Mange opplever detaljerte rapporteringskrav for bruk av offentlige midler som et problem. Det er åpenbart at de frivillige organisasjonene skal dokumentere forsvarlig bruk av offentlige midler, men det gir liten mening i å legge omfattende rapporteringskrav på små summer.

Et gjennomgående trekk ved den sentrale oppfølgingen av Samlet plan for helsefremmende og forebyggende tiltak med hovedvekt på utviklingsprosjekter i kommunene var fravær av en klar strategi i forhold til modellutvikling. Det var i liten grad modellutvikling som var i fokusert i de prosjektene som ble gjennomført, selv om dette var et av hovedformålene. Det er gjort lite for å fremme strategitenkning og modellutvikling på feltet.

Det har vært en målsetting at behovene til kronisk syke og mennesker som lever med funksjonshemning skal ivaretas i de generelle folkehelsestrategier. Dette har ikke skjedd jf beskrivelsen i St.meld. nr. 34 (1996-97) og underkapittel 7.9. Utvalget mener at det i forhold til disse gruppene og andre grupper med spesielle behov, er nødvendig å ta i bruk ulike virkemidler i folkehelsestrategiene. Utvalget mener at f.eks. ulike opplæringstiltak i i regi av funksjonshemmedes organisasjoner er aktuelle tiltak i denne sammenheng.

Utvalget mener frivillige organisasjoners rammevilkår er avgjørende for å få til folkehelsearbeidet lokalt. Dersom målet er å stimulere frivillige organisasjoner, må de sikres offentlige driftstilskudd i rimelig grad både lokalt og sentralt. Videre mener utvalget at det offentlige må ta ansvar for å tilrettelegge for frivillig organisasjonsliv gjennom f.eks. praktiske rammebetingelser (f.eks. kontor osv), fysisk tilrettelegging (for funksjonshemmede), tilpassing av skatte- og avgiftsreglementet og at det praktiseres rimelige rapporteringskrav.

Utvalget foreslår at det prioriteres stimuleringsmidler til særskilte folkehelseinnsatser i et samarbeid mellom frivillige organisasjoner og det offentlige. Det kan for eksempel være utarbeiding av informasjonsmateriell, veiledninger og retningslinjer, forsøks- og utviklingsarbeid, gjennomføring av kurs for ulike grupper i befolkningen og kurs for kommunalt ansatte. Det vises til utvalgets forslag under punktet Stimuleringstilskudd til folkehelsearbeid kanalisert via fylkeskommuner i punkt 10.4.3.

KAPITTEL 10

Muligheter - strategier - tiltak

10.1 INNLEDNING

I dette kapitlet vil utvalget med utgangspunkt i definisjonen av folkehelsebegrepet (kapittel 3) og folkehelseplattformen (kapitlene 2 til 6), drøfte mulighetene for godt folkehelsearbeid i kommunene. I henhold til mandatet skal utvalget også komme med forslag til organisering av folkehelsearbeidet og bruk av virkemidler i kommunene. Med andre ord, her vil utvalget for det første prøve å identifisere mulige hindringer for godt folkehelsearbeid i kommunene, og for det andre, identifisere økonomiske, juridiske og organisatoriske virkemidler som kan brukes for å styrke dette arbeidet.

Eventuelle hindringer og muligheter for å styrke arbeidet må søkes innenfor en rekke områder. Utvalget har valgt å fokusere på følgende:

- Det økonomiske grunnlaget og finansieringsformer, herunder bl.a. forholdet mellom stat og kommune og bruk av økonomiske virkemidler for å styrke folkehelsearbeidet i kommunene (underkapittel 10.2)
- Andre rammebetingelser, herunder lovverket og bruk av planleggingsinstituttet som virkemiddel i folkehelsearbeidet (underkapittel 10.3)
- Organisering av folkehelsearbeid (underkapitlene 10.4 og 10.5)

Utvalget vil også ta opp:

- Fastlegen og folkehelsearbeidet (underkapittel 10.6)
- Svangerskaps- og fødselsomsorgen (underkapittel 10.7)
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten (underkapittel 10.8)
- Andre områder, herunder bl.a. personell, kunnskapsspredning og forskning, forsøk og utviklingsarbeid (underkapitlene 10.9 og 10.10)

Drøftingen av hvert tema munner ut i forslag til tiltak. I underkapittel 10.11 oppsummeres forslag til tiltak i kapitlene 8, 9 og 10.

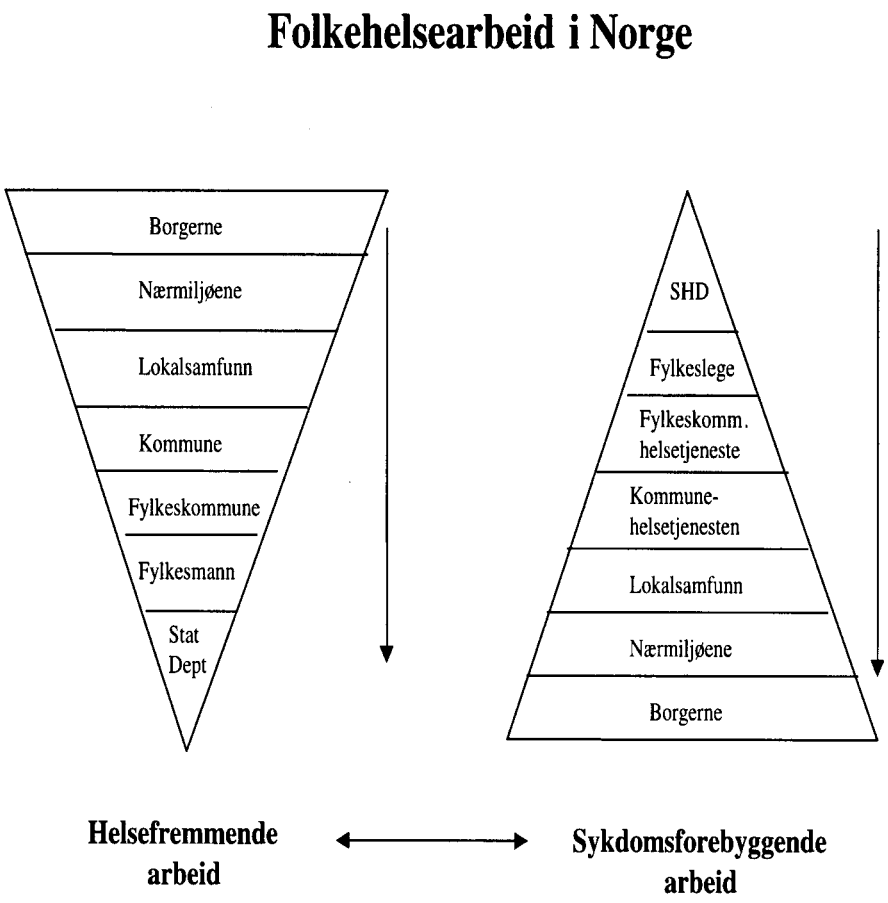
I *"Tendenser - dilemmaer - utfordringer"* i kapittel 7 Tendenser - dilemmaer - utfordringer, er det pekt på at gårsdagens modell for helsefremmende og forebyggende arbeid var det man kan kalle helsesektormodellen som var en profesjonsbasert modell med sentralisert ansvar og klare kommandolinjer fra helsedirektør via fylkesleger til de statsansatte distriktslegene. Men det pekes også på at det er umulig å skille ut effekter av helsetiltak som drikkevannskontroll, rotteutrydding m.v. fra de effekter velstandsutviklingen hadde på folkehelsen.

I samme kapittel er det pekt på at i forhold til dagens helseproblemer er det beslutningstakere innenfor sektorer som den økonomiske politikken, utdanning, arbeidslivspolitikk, oppvekstvilkår for barn og unge, innvandringspolitikk, samferdsel osv. som har viktige roller i utviklingen av folkehelsen, og at dagens helsetilstand - og helseproblemene - først og fremst er påvirket av hva som skjer på disse sektorene.

Et annet viktig forhold er også nevnt i *"Tendenser - dilemmaer - utfordringer"* i kapittel 7, nemlig at arbeid for å øke «helsemessige ressurser», konkretisert eksempelvis som evne til utfoldelse, mestring og takling av livets påkjenninger, å øke livskvaliteten er noe annet enn arbeid med sikte på å unngå f.eks. livsstilsykdommer. Men samtidig kan det ikke være tvil om at dersom vi makter å styrke de helsemessige ressursene og bedre levekårene i en befolkning, vil dette gi et viktig

bidrag til å minske sykdomsbelastningen, også når det gjelder f.eks. infeksjonssykdommer.

Utvalget betrakter arbeidet for å øke helsemessige og sosiale ressurser og arbeid for å minske sykdomsbelastningen som to forskjellige dimensjoner i folkehelsearbeidet og mener at det verken er mulig eller hensiktsmessig å skille disse to dimensjonene fra hverandre. Det er viktig for utvalget å markere at det er mest ugjort i arbeidet for å øke helsemessige og sosiale ressurser i befolkningen, og innsats og nytenking i tiden framover må derfor først og fremst rettes mot denne dimensjonen. Utvalget viser i denne sammenhengen til underkapittel 7.4. Er det viktigere å vedlikeholde gode helsevaner enn å reformere dårlige? Her er det pekt på at hittil har folkehelsearbeid i stor grad vært orientert mot å fjerne risikofaktorer heller enn å satse på den positive siden, nemlig å bygge opp ressursene i befolkningen. Utvalget vil understreke at de positive sidene må vektlegges i langt større grad enn til nå. Utvalget viser ellers til *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8 Livskvalitet - deltakelse - mestring hvor empowerment- og lokaksamfunnstrategiene er omtalt. Disse strategiene vil slik utvalget ser det, være av størst betydning når det gjelder den helsefremmende dimensjonen i folkehelsearbeidet, men vil nok også ha stor virkning i den sykdomsforebyggende dimensjonen. Utvalget har valgt å illustrere disse to dimensjonene i figur 10.1.



Figur 10.1 Folkehelsearbeidet i Norge

Som vi ser av figuren er den helsefremmende dimensjonen illustrert ved en «nedenfra og opp»trekant - fra borgerne til staten. Linjene går fra borgerne via nærmiljø og lokalsamfunn til kommunen. Det er disse tre nivåene som er hovedaktørene i det helsefremmende arbeidet. Linjen går videre fra kommunen til fylkeskommunen. Fylkeskommunen har en todelt rolle. For det første kan fylkeskommunen ses på som en felles ressurs for kommunene i fylket. For det andre driver mange fylkeskommuner selv et aktivt folkehelsearbeid hvor begge dimensjonene ivaretas. Staten må også ses på som en støttespiller bl.a. med å stimulere til forsøks- og utviklingsarbeid i kommunesektoren. Dersom staten har behov for å bruke regional statsforvaltning, må det i det helsefremmende arbeidet skje ved fylkesmannen. I tillegg har staten en viktig rolle i å legge til rette for gunstige rammebetingelser for kommunene - rammebetingelser som ikke hindrer men styrker folkehelsearbeidet. Med «staten» og «departementene» menes her at hvert sektordepartement må ansvarliggjøres for sin del av folkehelsearbeidet. Kommunal- og regionaldepartementet for kommune- og lokalsamfunnsutvikling og kommuneøkonomien, Miljøverndepartementet for miljøspørsmål og samfunnsplanlegging etter plan- og bygningsloven, Arbeids- og administrasjonsdepartementet for arbeidsmarked og arbeidsmarkedstiltak, Kulturdepartementet for frivillige organisasjoner og kultur, Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet for opplæring, utdanning, forskning og kirkespørsmål, Barne- og familiedepartementet for barne-, familie- og forbrukerpolitiske spørsmål, Sosial- og helsedepartementet for helsemessige, sosiale og trygdepolitiske spørsmål m.v. I denne modellen har Kommunal- og regionaldepartementet en særlig rolle i utvikling av et sterkt lokaldemokrati og gode lokalsamfunn. Dette kan kalles en «kommunemodell», jf omtalen i underkapittel 10.5.

Den sykdomsforebyggende dimensjonen illustreres omvendt - med en «ovenfra og ned«-trekant - fra Sosial- og helsedepartementet til borgerne. Linjene går fra Sosial- og helsedepartementet via fylkeslegen til helsetjenesten på fylkeskommunalt og kommunalt nivå. Det er lett å skjønne hvorfor dette er en riktig strategi når vi f.eks. tenker på smittevernet. På dette området er det innlysende at det må være statlige normer og direktiver for f.eks. vaksinasjonsarbeidet, behandlingen av allmennfarlige smittsomme sykdommer, utryddelse av skadedyr m.v. Lokalsamfunn, nærmiljø og borgerne er også her viktige aktørene - det er de en skal nå med det sykdomsforebyggende arbeidet. Borgerne er således målgruppene i begge dimensjonene. Dette kan kalles en «sektormodell», jf omtalen i underkapittel 10.5.

Det er tegnet en gjensidig pil mellom begge trekantene. Pilen gjenspeiler at de to dimensjonene ikke kan ses uavhengig av hverandre, og et hvert tiltak i folkehelsearbeidet har begge dimensjoner innebygget. Noen vil være overveiende helsefremmende, andre overveiende sykdomsforebyggende.

Vurderingene i *"Tendenser - dilemmaer - utfordringer"* i kapittel 7 viser at det er et meget stort behov for nye idéer og nye strategier i folkehelsearbeidet som helhet, og også i det forebyggende og helsefremmende arbeid som helsetjenesten har ansvaret for. Finnes det nye ideer og strategier? Utvalget har i kapitlene 4, 5 og 6 beskrevet problemer, utfordringer, og hva som faktisk gjøres både i eget og andre land. Beskrivelsene viser at det er et vell av oppfinnsomhet og både gode og dårlige erfaringer med prosjekter eller mer permanente ordninger.

Ikke minst er den videre oppfølgingen av de statlige handlingsplanene for hovedinnsatsområdene for det helsefremmende og forebyggende arbeidet viktig. Erfaringene med disse har vist at nasjonale handlingsplaner m.v. har sin force i en oppstartfase, og at kommunesektoren har fulgt villig opp. Det man til nå har oppnådd viser at forebyggingsarbeidet på disse områdene må forankres lokalt, og at det må skje gjennom permanente ordninger.

På bakgrunn av dette vil utvalget i dette kapitlet først drøfte flere mulige tiltak. Drøftingene avsluttes med at utvalget fremmer konkrete forslag til effektivisering av eksisterende virkemiddelbruk i folkehelsearbeidet. Utvalget vil også fremme forslag om nye tiltak Utvalget er videre pålagt å vurdere om det er behov for lovendringer for å styrke folkehelsearbeidet i kommunene. Forslag til tiltak som berører alle disse sidene ved folkehelsearbeidet vil bli drøftet i dette kapitlet.

I utvalgets mandat står det at utvalget «skal videre legge fram en vurdering av hva statens og fylkeskommunenes rolle bør være i forholdet til folkehelsearbeidet i kommunene, herunder eventuelle forslag til organisering.» Utvalget viser til hvordan det har oppfattet dette punktet i mandatet jf omtalen i *"Innledning og bakgrunn"* i kapittel 2 og vil gjenta at utvalget legger i dette at kommunesektoren har og skal fortsatt ha frihet til å organisere seg som den ønsker ut fra lokale behov og prioriteringer, jf det kommuneloven og harmoniseringen av særlovgivningen legger opp til. Når utvalget derfor drøfter tiltak som gjelder organisering av folkehelsearbeidet både innen og mellom forvaltningsnivåene, er det snakk om modeller for samarbeid og samordning samt fylkeskommunens og statens rolle som støttespillere i folkehelsearbeidet.

Utvalget er i mandatet bedt om å vurdere de administrative og økonomiske konsekvensene av forslagene for kommunene, for legetjenesten og andre berørte helsetjenester i kommunene og for staten. Dette blir tatt opp i kapittel 11.

10.2 ØKONOMI SOM VIRKEMIDDEL I FOLKEHELSEARBEIDET

10.2.1 Det økonomiske grunnlaget

Dersom en legger til grunn definisjonen av folkehelsearbeid i *"Status for forebyggende arbeid i Norge"* i kapittel 4, er det klart at det i dag benyttes betydelige ressurser på dette området i Norge. Som det framgår av *"Status for forebyggende arbeid i Norge"* i kapittel 4 er imidlertid statistikkgrunnlaget på dette området til dels mangelfullt og av varierende kvalitet. Dette gjelder spesielt for kommunesektoren. Folkehelsearbeid er et område som er knyttet opp mot mange ulike samfunnsområder og kommunale, fylkeskommunale og statlige etater. Dette fører til at statistikken blir fragmentert og gjør det svært vanskelig å anslå den totale ressursinnsatsen.

I tillegg til å se nærmere på hva som brukes av ressurser vil utvalget i dette underkapitlet vurdere aktuelle økonomiske virkemidler for å styrke folkehelsearbeidet i Norge.

Dagens finansiering av folkehelsearbeidet

Finansiering av kommunene/fylkeskommunene

Kommunesektoren mottar i dag sine inntekter gjennom såkalte frie inntekter (skatter og statlige overføringer gjennom inntektssystemet), samt øremerkede tilskudd, gebyrer og andre inntekter.

Gjennom inntektssystemet tas det sikte på å gi alle kommuner og fylkeskommuner muligheter for et likeverdig tilbud. Systemet er todelt:

- De utgiftsutjevnende tilskudd (ett til hvert av forvaltningsnivåene) kompenserer for forskjeller i produksjonskostnader knyttet til å gi et likeverdig geografisk tilbud og for forskjeller i behov bl.a. uttrykt ved demografiske variable.
- Det inntektsutjevnende tilskudd utlikner delvis forskjeller i inntekter pga. ulike skattegrunnlag.

Innføringen av inntektssystemet i 1986 avløste et overføringssystem med omlag 50 større og mindre tilskuddsordninger. Viktige innvendinger mot det tidligere over-

føringssystemet var at tilskuddsordningene samlet var uoversiktlige og kompliserte og førte til store ulikheter bl.a. i forbindelse med volumet av tjenesteproduksjonen.

Ved innføring av nytt inntektssystem ble det bl.a. tatt sikte på å fremme bedre ressursutnyttelse gjennom at kommunene skulle stå friere til å prioritere sin ressursbruk ut fra lokale kostnadsforhold og preferanser.

Videre ble det pekt på følgende målsettinger for et nytt inntektssystem:

– Å gi kommunene bedre oversikt over egne inntektsforhold og dermed bedre anledning til effektiv planlegging og styring av egen virksomhet.
– Å oppnå rasjonaliseringsgevinst i kommunesektoren og på statlig plan.
– En mer rettferdig fordeling av tilskudd mellom kommuner og fylkeskommuner.

Kommuneforvaltningens inntekter

Kommuneforvaltningens inntekter er i stor grad bestemt av forhold kommunene ikke selv kan påvirke. Skatteinntekter og statlige overføringer utgjør hoveddelen av inntektene. Gitt det nasjonale regelverket vil inntektene mellom kommuner og fylkeskommuner først og fremst variere pga. forskjeller i lokalt skattegrunnlag, utslag på kriteriene i inntektssystemet, skjønnsmessige tildelinger, øremerkede tilskudd og lokal avgiftspolitikk.

Tabell 10.1 nedenfor viser anslag for kommunesektorens inntekter i 1998 fordelt på inntektsart. Som det framgår av tabellen utgjør de frie inntektene vel 70 prosent av kommunesektorens samlede inntekter. Overføringer gjennom inntektssystemet beløper seg til vel 46 mrd kroner, svarende til ca. 35 prosent av samlede frie inntekter.

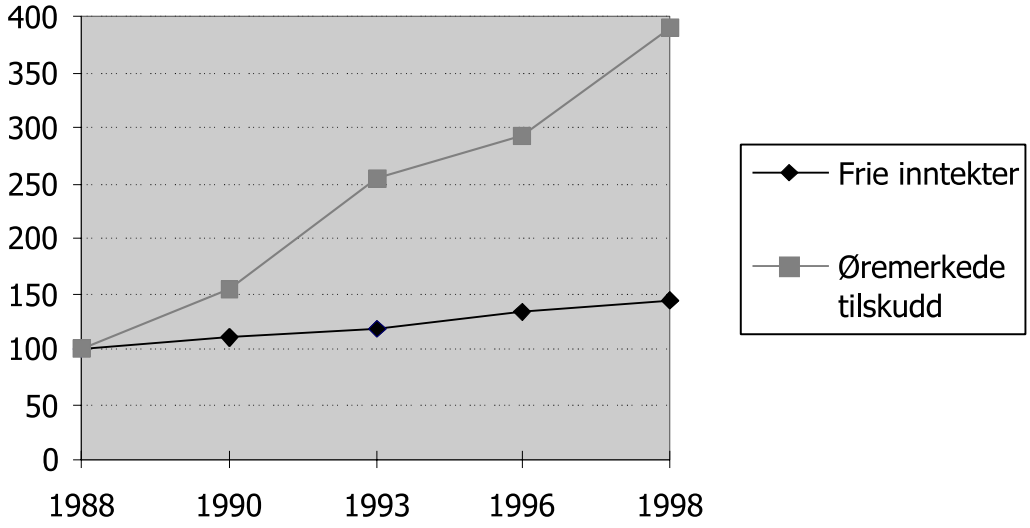
Tabell 10.1: Anslag for kommunesektorens inntekter i 1998. Mill kroner og prosentandel

	Mill. kroner	Pst. andel
Frie inntekter, hvorav	132.750	70,7
- Skatter	86.066	
- Overføringer gjennom inntektssystemet	46.684	
Øremerkede tilskudd *)	26.927	14,3
Gebyrer og andre inntekter	28.117	15,0
Sum inntekter	187.794	

*) Ekskl. tilskudd til arbeidsmarkedstiltak, flyktninger, flom/hjemfall, kirkelov m.v.

Kilde: Rapport fra Det tekniske beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi (februar 1998)

Figur 10.2 nedenfor viser utviklingen i kommuneforvaltningens frie inntekter og øremerkede tilskudd målt i løpende priser. Det framgår av figuren at det har vært en betydelig vekst i de øremerkede statlige tilskuddene sett i forhold til de frie inntektene etter 1988. I perioden 1988 til 1997 har den gjennomsnittlige årlige veksten i øremerkede tilskudd vært på vel 22 prosent, mens veksten i rammetilskudd i samme periode har vært på vel 3 prosent Fra 1990 til 1998 har andelen øremerkede tilskudd av de totale statlige overføringene til kommunesektoren økt fra omlag 17 prosent til omlag 36 prosent, dvs. mer enn fordobling på åtte år.



Figur 10.2 Kommunesektorens inntekter i form av øremerkede tilskudd og frie inntekter (skatteinntekter og rammeoverføringer). Løpende priser. Inntekter i 1988=100. 1998- tall er anslag

Kilde: tall fra rapport fra Det tekniske beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi (februar 1998).

Kommuneforvaltningens tjenesteproduksjon

Standarden på tjenestetilbudet og prioriteringen av oppgaver vil variere mellom kommuner og mellom fylkeskommuner. Årsakene til variasjon vil være sammensatte, de viktigste er:

– Kommunens inntekter
– Etterspørsel etter tjenester
– Kostnadsforhold
– Politiske prioriteringer
– Effektivitet

I NOU 1996:1 Et enklere inntektssystem for kommuner og fylkeskommuner ble det bl.a. redegjort for betydelige inntektsforskjeller mellom kommuner og fylkeskommuner, og at disse forskjellene resulterer i ulik standard på tjenestetilbudet. Kommuner og fylkeskommuner med høye frie inntekter per innbygger synes gjennomgående å gi et bedre tjenestetilbud enn andre. Kommuner med høye frie inntekter (skatt pluss rammetilskudd) per innbygger har høye dekningsgrader og høy kvalitet på de fleste tjenester. Dette kommer klarest fram i pleie- og omsorgssektoren, barnehagesektoren og primærlegetjenesten. Fylkeskommuner med høye frie inntekter per innbygger har et høyt utgiftsnivå i helsesektoren og i samferdselssektoren.

Kommunesektorens ressursbruk knyttet til folkehelsearbeid

Ut fra utvalgets definisjon av folkehelsearbeid er det ikke mulig ut fra regnskapet til kommunene/fylkeskommunene å anslå hva den totale ressursinnsatsen til folkehelsearbeid er. Når det gjelder kommunenes forebyggende helsearbeid er det imidlertid en egen post i kommuneregnskapet, og en oversikt fra kommunenes regnskap for 1996 viste at det totalt ble brukt i underkant av 1.314,8 mill kroner, hvorav 1.278,9 mill kroner til drift

(Kilde: Statistisk sentralbyrå).

Som nevnt ovenfor er det på bakgrunn av datagrunnlaget vanskelig å angi hvor stor ressursinnsatsen er i kommunene til denne type arbeid. Det er rimelig å anta at det er variasjoner mellom kommuner ut fra forskjellige ressursgrunnlag og behov. I *"Mangfold i folkehelseabeidet i kommuner og fylkeskommuner"* i kapittel 5 er det en oversikt over eksempler/modeller fra ulik virksomhet i kommuner og fylkeskommuner.

I en artikkel i Tidsskrift for Den Norske Lægeforening analyserer Asbjørn Røiseland (1995) årsaker til variasjon i kommunal innsats til forebygging målt ved tall i kommuneregnskapet. Røiseland ser på fire mulige hovedårsaker til variasjon:

– Ressurser. Kommunale inntekter.
– Behov. Alderssammensetning i befolkningen m.m.
– Organisasjon. Hva finnes av helseplaner og prosjekter i kommunen?
– Insentiver. Er det slik at kommunene er lite villige til å bruke egne økonomiske midler til tiltak, men vil satse på slike tiltak når det foreligger et økonomisk insentiv - f.eks. i form av øremerkede overføringer fra staten - utenfra?

Analysen indikerer en klar sammenheng mellom øremerkede statlige tilskudd og forebyggingsinnsatsen. Dette gir en viss støtte til den såkalte insentivhypotesen (se 10.2.2). De øremerkede tilskuddene medførte at kommunen økte bruken av egne midler til folkehelsearbeid. For hver krone kommunene mottok i øremerkede tilskudd, økte den samlede kommunale innsatsen til forebygging med kr. 2,09. Dette resultatet kan kanskje delvis skyldes at for å få visse øremerkede tilskudd, må kommunen forplikte seg til å bidra med egne midler. Bruk av øremerkede tilskudd blir nærmere drøftet nedenfor.

Analysen viser videre at noe av den kommunale variasjonen i forebygging kan forklares ved å se på kommunenes inntektsgrunnlag. Dette er for øvrig i samsvar med den omtalen vedrørende kommuneforvaltningens generelle tjenesteproduksjon ovenfor. Organisasjonsforhold og befolkningsprofil ser imidlertid ut til å spille liten rolle for variasjonen i innsatsen. Røiselands analyse sier bare noe om hvordan regnskapsførte tall til forebyggingsarbeid angitt ved summen av ulike forebyggingsposter, varierer. Forebyggingsseffekten studeres ikke, ei heller hvordan innsatsen på de enkelte forebyggingsområdene varierer.

Staten

I tillegg til kommunesektorens ressursbruk avsettes det betydelige ressurser til områder som faller inn under utvalgets definisjon av folkehelsearbeid over statsbudsjettet. Dette er områder som arbeidsmarked og arbeidsmiljø, bolig og bomiljø, distriktsutbyggingstiltak, trafikksikkerhet og trafikkmiljø, forbrukerveiledning, subsidier, miljø og forurensingstiltak, kulturtiltak, tilskudd til frivillige organisasjoner, ytelser over trygdebudsjettet, samt ressurser til rusmiddelforebygging, og helsefremmende og forebyggende arbeid over Sosial og helsedepartementets budsjett m.v. Med en slik bred definisjon av folkehelsearbeid er det vanskelig å avgrense hva som er folkehelsearbeid, og av den grunn er det vanskelig å fastsette den eksakte ressursinnsatsen også på statlig nivå (i størrelsesorden flere milliarder kroner).

Finansieringsformer - statlig styring eller kommunalt selvstyre?

Bruk av øremerkede tilskudd i forhold til kommunesektoren

I St.meld. nr 23 Om forholdet mellom staten og kommunane, står det:

> «Regjeringa meiner at bruk av prioriteringsvridande tilskot har ein plass innafor det samla settet (side 53) av verkemiddel. Det vil vere urealistisk, og heller ikkje ønskeleg å tenkje seg at ein skulle ha eit overføringssystem utan slike tilskot. Det avgjerande er derfor at bruken skjer på ein måte som gjev den effekten ein ønsker.»

Det ble framsatt følgende grunner til bruk av øremerkede tilskudd:

1. Når det er ønskelig med lokal utbygging av tjenestetilbud som står svakt, og der det ikke er satt opp sentrale krav til utbyggingstakt.
2. Finansiering av spesielle tjenester utført i enkelte kommuner eller fylkeskommuner.
3. Ved utprøving og forsøksvirksomhet.
4. Når et tiltak har klare positive ringvirkninger for andre kommuner eller andre instanser (positive eksterne virkninger).
5. Når kommuner og private utfører de samme tjenestene, og staten subsidierer den private virksomheten.

Vi kan grovt dele slike øremerkede tilskudd inn i to grupper: prisvridende og ikke prisvridende.

– Prisvridende tilskudd (refusjonsordninger) er knyttet til aktivitet innen en bestemt sektor, på en slik måte at kommunene mottar tilskudd fra staten i forhold til det de selv yter. Effekten blir at den reelle enhetsprisen kommunene står overfor blir lavere enn ellers. Et slikt tilskudd blir dermed prioriteringsvridende, siden de grunnleggende kostnadsforholdene mellom sektorene blir endret. En skiller gjerne mellom to typer av prisvridende tilskudd; enhetstilskudd hvor kommunen mottar et bestemt beløp per enhet som produseres av tjenesten, og prosenttilskudd hvor staten helt eller delvis dekker kommunens utgifter til et bestemt formål.
– Ikke prisvridende tilskudd er derimot ikke knyttet til kommunenes aktivitet, dvs. at tilskuddene fordeles etter objektive kriterier. I utgangspunktet skulle en forvente at slike tilskudd ikke virker prioriteringsvridende, siden de ikke endrer på noen grunnleggende forhold rundt enhetskostnader. Rammeoverføringene gjennom inntektssystemet er utformet som et ikke prisvridende tilskudd, siden det for den enkelte kommune og fylkeskommune beregnes ut fra forhold som de selv ikke har herredømme over (demografiske og geografiske forhold m.v.).

Både teori og empiri gir holdepunkter for å forvente positive effekter av prisvridende tilskudd dersom staten ønsker at kommunene skal bygge ut nye eller foreta en vesentlig utvidelse av eksisterende tilbud. Når det derimot gjelder tjenester der tjenesteomfanget i utgangspunktet har et relativt høyt nivå, synes effektene av øremerkede tilskudd ikke like klare. Det er usikkert hvorvidt ikke prisvridende øremerkede tilskudd vil lede til en annen ressursallokering enn det en tilsvarende styrking av de frie inntektene ville gitt. Effekten vil trolig være situasjonsbetinget. Slike tilskudd kan antakelig bare begrunnes ut fra den politiske markeringseffekt de måtte ha. Fra en fagstatsråds side kan denne effekten ikke undervurderes. Den politiske gevinsten vil imidlertid sannsynligvis være uttømt forholdsvis kort tid etter innføring av et nytt tilskudd, eventuelt etter opptrapping av eksisterende tilskudd.

Øremerkede tilskudd vil ha ulik effekt i kommunene, og det er ikke gitt at det er de kommunene med størst behov sett fra statens side som vil være de som agerer sterkest. Innslag av egenandel synes å lede til at det er de mest velstående kommunene som nyttiggjør seg disse. Øremerkede tilskudd kan derfor ha utilsiktede fordelingsvirkninger samtidig som de kan lede til ineffektiv ressursbruk. Dessuten bidrar omfattende bruk av øremerkede tilskudd til mindre forutsigbar økonomistyring for både staten og kommuner samt en svekkelse av lokaldemokratiet. Utvalget viser til NOU 1996:1 Et enklere og mer rettferdig inntektssystem for kommuner og fylkeskommuner for en mer utfyllende drøfting av øremerkede tilskudd.

Det vises for øvrig til punkt 2.1.4 hvor det er redegjort for en rekke handlingsplaner hvor det følger øremerkede tilskudd til kommunene.

Økonomiske tiltak for å styrke lokaldemokratiet

For å styrke lokaldemokratiet foreslo Regjeringen i kommuneøkonomiproposisjonen for 1999 to forsøksordninger; forsøk med lokal beskatningsfrihet og forsøk med tildeling av øremerkede tilskudd som rammetilskudd. Ved behandlingen av nevnte proposisjon ga Stortinget sin tilslutning til forsøket med å tildele øremerkede tilskudd som rammetilskudd, mens forsøket med lokal beskatningsfrihet ikke fikk tilslutning.

Forsøk med å tildele øremerkede tilskudd som rammetilskudd:

Formålet med dette forsøket er å finne ut om kommunene og fylkeskommunene kan løse sine oppgaver minst like effektivt dersom de får inntektene som rammetilskudd, om forsøkskommunene prioriterer annerledes enn andre kommuner og om forøket kan være med på å vitalisere lokaldemokratiet. Som det er vist ovenfor har øremerkede tilskudd økt sin andel av de samlede inntektene på bekostning av rammetilskudd. En høyere andel rammetilskudd vil kunne gi lokalpolitikerne bedre armslag til å utforme en god velferdspolitikk tilpasset lokalbefolkningens behov og prioriteringer.

Det legges opp til at forsøket skal omfatte 20 kommuner og 2 fylkeskommuner med variert deltakelse hvor alle landsdeler er representert. Det tas sikte på at forsøket starter opp i år 2000, og at forsøket skal kunne vare i 4 år. Utgangspunktet er at alle øremerkede tilskudd som en kommune mottar skal inngå i forsøket. Dette innebærer at det må gjøres eksplisitt unntak for tilskudd som ikke skal være med (for eksempel rene refusjons- og betalingsordninger fra staten til kommunene). Noe av hensikten med forsøket er at det skal gis rom for utøvelse av det lokale skjønn. Det legges opp til at kommunene og fylkeskommunene i løpet av 1998 vil bli invitert til å søke om å få delta i forsøksordningen.

Forsøk med lokal beskatningsfrihet:

Formålet med forslaget om et forsøk med lokal beskatningsfrihet var å finne ut om beskatningsfrihet kan bidra til bedre oppslutning om lokaldemokratiet gjennom å øke valgfrihetene og den økonomiske friheten i kommunene. Begrenset lokal beskatningsfrihet vil kunne gi større fleksibilitet bl.a. i forhold til å finansiere frivillige oppgaver, og på den måten bidra til å vitalisere lokaldemokratiet.

Konklusjon:

Utvalget har sans for forsøket med å tildele øremerkede tilskudd som rammetilskudd. I tillegg til at det legges opp til at forsøket skal evalueres med utgangspunkt i om en har oppnådd mer effektiv oppgaveløsning, om prioriteringene i forsøkskommunene avviker fra andre kommuner, foreslår utvalget at forsøket også evalueres med hensyn på folkehelseeffekt. Utvalget finner også en forsøksordning med lokal beskatningsfrihet interessant. En slik ordning vil kunne gi kommunene større handlefrihet dersom det er behov for å få gjennomført spesielle tiltak. En slik ordning vil også ha en bedre sosial profil enn økte inntekter gjennom økt brukerbetaling f.eks. i form av avgift.

Økonomisk utjevning - hovedlinjer i fordelingspolitikken

Som det er redegjort for i *"Tendenser - dilemmaer - utfordringer"* i kapittel 7.5 er det etter hvert solid dokumentert at det eksisterer sosial ulikhet i helse både i Norge og andre land. Nivået på utdanning, inntekt og materiell standard har betydning for den enkeltes helse. Det er videre dokumentert at det ikke er det samlede inntektsnivået i et land, men hvordan ressurser og byrder er fordelt blant landets befolkning som har betydning for helse, sykdom og død. Dette kommer bl.a. klart fram i utredningene om helse og ulikhet i Oslo og Akershus - «Oslohelsa» og «Helseprofil i Akershus«- hvor det er framvist betydelige geografiske forskjeller i bl.a. sykelighet

og dødelighet. Det vises også til omtalen av Japan i *"Folkehelsearbeidet i enkelte andre land"* i kapittel 6 hvor det pekes på at Japan regnes for å være et gjennomgående homogent samfunn hvor 90 prosent av befolkningen tilhører middelklassen, og at Japan har en av verdens høyeste middellevealder.

Det har vært et uttalt mål for myndighetenes fordelingspolitikk at de økonomiske ressursene skal fordeles rettferdig, og den sosiale sikkerheten skal gjelde hele befolkningen. Til grunn for den generelle økonomiske politikken, men også bestemmende for utviklingen i og fordelingen av inntekt, er det lagt vekt på stabile rammevilkår for bedrifter og husholdninger og en forsvarlig budsjettpolitikk. Det sentrale virkemidlet i myndighetenes fordelingspolitikk har vært å skaffe arbeid til alle. Andre sentrale virkemidler er tilgang til utdanning, utforming av skattesystemet, av boligpolitikken, av overføringsordninger/velferdsordninger og andre offentlige tjenester.

Generelt kan en si at det har vært en kontinuerlig vekst i velstand og bedring av levekår i Norge i etterkrigstiden og at de økonomiske forskjellene i Norge er relativt små i forhold til andre land. Norge har i de siste fem-årene vært inne i en perioden med økonomisk høykonjunktur. Dette har bl.a. gitt seg utslag i reduksjon i den generelle arbeidsledigheten, også antall langtidsledige, færre mottar sosialhjelp, og den disponible inntekten øker sterkt. Selv om flertallet i befolkningen har kunnet ta del i velstandsøkningen er det en tendens i retning av at den økonomiske framgangen ledsages av økende forskjeller mellom folk (Samfunnsspeilet nr. 4, 1997). Den rikeste tidelen av befolkningen mottar stadig mer av inntektene, mens den fattigste får sin andel redusert. I 1995 gikk nesten 22 prosent av inntektene til den mest velstående tidelen, mens den samme tidelen måtte «nøye» seg med rundt 19 prosent ti år før. Den minst velstående tidelen fikk nesten 4 prosent av inntektskaka for ti år siden, men må nå klare seg med litt under 3 prosent . Ulikhetene i formuesfordelingen viser samme tendens, i takt med at inntektene akkumulerer formue.

Tabell 10.2: Utviklingen i inntekt etter skatt per forbruksenhet for husholdninger, etter hovedinntektstakerens alder. 1986-1995. 1986=100

År	Alle	Under 25 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-66 år	67-79 år
1986	100	100	100	100	100	100	100
1989	101	93	99	100	102	103	103
1992	103	92	101	98	107	107	108
1995	104	82	97	101	110	107	116

Kilde: Statistisk sentralbyrå, inntekts og formueundersøkelsene.

Tabell 10.2 viser at husholdningene i gjennomsnitt har fått økt sin inntekt i faste kroner med 4 prosent fra 1986 til 1995.For husholdningene under 25 år har utviklingen gått i motsatt retning, her har inntektene sunket med 18 prosent. Størst inntektsøkning har de middelaldrende (45-54 år) og de yngste pensjonistene (67-79 år) hatt. Studielån blir ikke registrert som inntekt i undersøkelsen, men selv om studenthusholdningene holdes utenfor tallgrunnlaget er det en betydelig inntektsreduksjon for aldersgruppen under 25 år. Det er ikke bare inntektsstatistikken som tyder på at ungdom har en dårligere økonomisk situasjon enn andre grupper, og at de har sakket akterut de senere årene. Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelser viser bl.a. at andelen lavtlønte, dvs. sysselsatte som har en timelønn som er under 85 prosent av gjennomsnittlig timefortjeneste i industrien, har økt blant unge i alderen 16-24 år, mens andelen er redusert blant andre sysselsatte. I levekårsundersøkelsen

1995 falt 81 prosent av de sysselsatte kvinnene i alderen 16-24 år inn under gruppen lavtlønte, mens andelen i samme aldersgruppe for menn var 55 prosent. I levekårsundersøkelsen 1980 var tilsvarende andel hhv 79 og 38 prosent. Økningen i andelen som mottar sosialhjelp, har også vært betydelig større blant unge enn i resten av befolkningen. I underkant av 10 prosent av befolkningen mellom 20 og 24 år mottok sosialhjelp i løpet av 1996. Ingen annen aldersgruppe har en høyere andel sosialhjelpsmottakere. Andelen med sosialhjelp har for øvrig gått ned for alle grupper under 30 år siden 1993.

Et annet markant skille blant «vinnere/tapere» knyttet til velstands- og levekårsutviklingen er om du er innenfor eller utenfor/marginalt tilknyttet arbeidsmarkedet. Levekårsundersøkelsene gir grunnlag for å hevde at yrkesdeltakelse i stor grad har vært avgjørende for om du har tatt del i velstandsveksten de senere år eller ikke. Offentlige overføringer (trygd og sosialhjelp) reduserer risikoen for fattigdom (hushold som har inntekt mindre enn halvparten av gjennomsnittlig inntekt, eventuelt medianinntekt), men en analyse foretatt av Asbjørn Johannesen (Samfunnsspeilet nr. 4, 1997) indikerer at størrelsen på stønadene, eventuelt manglende adgang på stønader, bidrar til at noen får alvorlige økonomiske problemer. Videre at de som mottar offentlige ytelser er økonomisk sårbare. I Levekårsundersøkelsen 1991 ble det foretatt en egen spesialundersøkelse for et utvalg grupper som viste at 37 prosent av sosialhjelpsmottakere, 21 prosent av unge uføre, 20 prosent av enslige forsørgere og 18 prosent av de langtidsledige opplever alvorlige betalingsproblemer (både «ofte problemer med løpende utgifter» og «greier ikke en uforutsett utgift på 2 000 kroner»), sammenliknet med 4 prosent for utvalget av normalbefolkningen. Videre finner Johannesen i sin analyse en større sannsynlighet for at de som har psykiske problemer er fattigere enn de som ikke har slike problemer. Johannesens hovedinntrykk er at arbeidsmarkedet og husholdet er helt sentrale arenaer for fordeling av materielle levekår. Er man utenfor, eller har en marginal tilknytning til arbeidsmarkedet, samt ikke bor i flerhushold, øker risikoen for å være fattig.

Høsten 1998 har Norge opplevd en betydelig økning i rentenivået. På oppdrag av Barne- og familiedepartementet har Statens institutt for forbruksforskning (SIFO) beregnet hvilken betydning renteoppgangen på om lag 4 prosentpoeng vil ha for folks økonomi. SIFO anslår at så mange som 70 000 husholdninger kan få betalingsvansker som følge av renteøkningen. I hovedsak rammer dette familier i etableringsfasen og barnefamilier. Det hersker stor usikkerhet knyttet til den videre utviklingen i den norske økonomien og rentenivået. Barne- og familiedepartementet har imidlertid på bakgrunn av SIFOs beregninger, i et brev til landets kommuner og namsmenn anbefalt en skjerping av beredskapen, slik at det blir mulig å ta hånd om økt pågang fra personer som har fått betalingsproblemer

Konklusjon:

Utvalget er kjent med at Sosial- og helsedepartementet for tiden arbeider med en stortingsmelding om utjevning av levekår. Det vises til 2.1.4 for nærmere omtale. Utvalget slår fast at det viktigste virkemidlet for å redusere helseulikheter i den norske befolkning er å utjevne levekår.

10.2.2 Økonomiske virkemidler som kan bidra til å styrke folkehelsearbeidet i kommunene

Det er mange aktører som driver med folkehelsearbeid i en eller annen forstand. Og alle aktørene opplever nytte og kostnader ved denne type virksomhet. Et problem er imidlertid at det ikke alltid er den aktøren som bærer kostnaden ved et tiltak, som også får hele nytten av tiltaket. Et eksempel: Kommunene kan sette igang ulike tiltak i nærmiljøet f eks. strøing av fortau, utbedring av lekeplasser, opplysning mm.

Tiltakene kan gi mindre skader ved ulykker og sykdom. Dette medfører bedre helse hos individene, lavere sykefraværskostnader for arbeidsliv og stat (sykepenger fra Rikstrygdeverket) samt frigjøring av behandlingskapasitet på fylkeskommunale sykehus. Den kommunale nytten av tiltaket kan være liten i forhold til den samfunnsøkonomiske, og den kan være liten i forhold til de kommunale kostnadene. Slike forhold kan føre til at det blir mindre folkehelsearbeid enn det ville vært dersom både hele nytten og kostnadene ved folkehelsearbeid i større grad falt på samme aktør.

En kan si at med dagens ansvarsdeling mellom ulike etater og forvaltningsnivåer, vil kommunalt folkehelsearbeid medføre positive eksterne effekter for andre etater og forvaltningsnivåer (trygdeetat, sykehus osv.). Fra økonomisk teori og praktisk virkelighet vet en at i tilfeller med positive eksterne effekter blir produksjonen av visse goder (i dette tilfellet folkehelsearbeid) for liten i samfunnsøkonomisk forstand. Kommunene har ikke insentiver til å ta de fulle samfunnsøkonomiske gevinstene ved folkehelsearbeid inn i sin vurdering av hvor stor innsats de skal yte. Det blir ikke en samfunnsøkonomisk riktig avveining mellom nytten og kostnadene ved kommunalt folkehelsearbeid. F.eks. vil en kommunalisering av trygdeytelser i større grad gi en riktig avveining, fordi kommunene da vil få de samfunnsøkonomiske gevinstene på sine budsjetter og dermed i sine avveininger og valg.

Før man går videre på de økonomiske faktorene ved kommunalt folkehelsearbeid, vil utvalget peke på følgende: I hvilken grad endringene i økonomiske variable vil ha en gunstig effekt på kommunens satsing på folkehelsearbeid vil i stor grad avhenge av at kommunen har tro på at folkehelsearbeidet gir effekter, at tiltakene virker. På mange områder innen folkehelsearbeid er årsakssammenhengene diffuse og lite dokumenterte. Her vil det derfor kunne være mindre rasjonelt for kommunen å sette inn tiltak - i og med at effekten av dem er så uviss. Informasjon om årsakssammenhenger og effekt av tiltak kan ses på som et kollektivt gode i følgende forstand: Om den enkelte kommune gjennom forsøk og erfaringer framskaffer og systematiserer slik informasjon, vil det være andre kommuner som også vil ha fordel av dette. Vi har i dag ikke et godt nok system for å samle inn og spre ut informasjon på dette området. Det er behov for en sentralt koordinert innsats på feltet, f. eks. gjennom å opprette en idèbank for eksempler/modeller for gode folkehelsetiltak. Dette vil bli nærmere omtalt i underkapittel 10.10 .

I dette underkapitlet er det spesielt fokusert på kommunenes inntekter og insentiver knyttet til styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. Som redegjort for over i 10.2.1 er det også andre faktorer som har betydning for standarden på tjenestetilbudet og prioriteringen av oppgaver; etterspørsel, kostnadsforhold, effektivitet og politiske prioriteringer.

Styrking av kommunenes frie inntekter

Som nevnt i 10.2.1 over er det dokumentert at kommuner og fylkeskommuner med høye frie inntekter per innbygger synes gjennomgående å gi et bedre tjenestetilbud enn andre.

En styrking av kommunenes frie inntekter vil kunne bidra til at kommunene får tilstrekkelig handlingsrom til å prioritere folkehelsearbeid. Folkehelsearbeid er i en viss grad en slik oppgave som prioriteres lavt dersom kommunen har relativt lave frie inntekter per innbygger.

Hvis ønsket fra sentrale myndigheters side er å stimulere til mer kommunalt folkehelsearbeid, er det imidlertid ikke sikkert at økningen i de frie inntektene vil gi

høyere lokal prioritering av folkehelsearbeid (Røiseland, 1995). Grunner til dette, som kan kalles manglende styringseffektivitet ved virkemidlet, kan være flere:

– Kommunenes preferanser kan være annerledes enn sentrale myndigheters.
– Folkehelsearbeid gir ofte resultater først på lang sikt. For politikere valgt på 4 årsbasis kan dette være for lang tid til at det når opp i deres prioriteringer. Dette forsterkes dersom det er stor usikkerhet knyttet til hvorvidt folkehelsearbeidet nytter og lønner seg. Usikkerheten knyttet til lønnsomhet av satsingen kan reduseres gjennom statlige støttede forsøk og informasjonstiltak. Forsøk og informasjon har klare positive eksterne virkninger og bør derfor subsidieres av staten.

Konklusjon:

Utvalget viser i denne forbindelse til omtalen under økonomiske tiltak for å styrke lokaldemokratiet i 10.2.1 og forsøkene med å tildele øremerkede tilskudd som rammetilskudd og en ordning med lokal beskatningsfrihet.

Øremerket tilskudd til folkehelsearbeid i kommunene

Som det er redegjort for under 9.2.1 er det både fordeler og ulemper ved bruk av øremerkede tilskuddsordninger overfor kommunesektoren.

Når det gjelder et generelt tilskudd til styrking av det kommunale folkehelsearbeidet vil utvalget spesielt trekke fram følgende faktorer som vil kunne ha betydning for effekten på folkehelsearbeidet:

– Det er vanskelig å si hva som vil være den samlede effekten av et generelt øremerket tilskudd til folkehelsearbeid. På den ene siden har empiriske studier vist at øremerkede tilskudd har en positiv effekt dersom staten ønsker å bygge ut nye tilbud eller foreta en vesentlig utvidelse av eksisterende tilbud fra et lavt utgangspunkt. På den annen side bidrar bruk av øremerkede tilskudd til en svekkelse av lokaldemokratiet.
– Med en slik bred definisjon av folkehelsearbeid som utvalget har lagt seg på, vil det være svært vanskelig å lage en generell tilskuddsordning som passer. Det vil være vanskelig for sentrale myndigheter å vite hvilke spesielle folkehelseproblemer den enkelte kommune har. En tilskuddsordning med klare fastsatte krav til type aktivitet, vil virke hemmende på kommunenes kreativitet for å bedre den lokale folkehelsen. Dessuten vil kommunene i en fullstendig åpen tilskuddsordning kunne benytte midlene ut fra en vurdering av kommunens ressurssituasjon og ikke ut i fra et folkehelsehensyn. Det vil videre være vanskelig å måle effekten av et slikt generelt tilskudd, herunder en vurdering av helseeffekt i forhold til kostnad ved tilskuddet.

Konklusjon:

Utvalget er enig i at bruk av øremerkede tilskudd kan være et egnet virkemiddel spesielt når det gjelder iverksetting av nye prioriterte tiltak overfor utsatte grupper og for å oppnå en mer rettferdig fordeling. Utvalget vil imidlertid spesielt framheve at et generelt øremerket tilskudd vil bryte med utvalgets sterke betoning av verdien av lokaldemokratiet sett i sammenheng med empowermentstrategien og lokalsamfunnsutvikling som verktøy i helsefremmende arbeid. Utvalget ønsker derfor ikke å foreslå et generelt øremerket tilskudd til folkehelsearbeid.

Utvalget foreslår imidlertid et stimuleringstilskudd bl.a. til kommunale/lokale prosesser, prosjekter, forsøk, tiltak kanalisert gjennom fylkeskommunene. Det forutsettes at tilskuddet er statlig finansiert, og at det ikke er krav om kommunal egenfinansiering. Det vises til 10.4.3 for nærmere omtale.

Økonomiske ordninger for å styrke ikke-kurativt legearbeid i kommunene

Det vises til utvalgets Delutredning I om innpassing av samfunnsmedisinsk arbeid i fastlegeordningen. I delutredningen har utvalget skissert alternative finansieringsordninger som kan bidra til å bedre grunnlaget for prioritering av samfunnsmedisinske og andre offentlige legeoppgaver i kommunene (ikke-kurative legetjenester).

I denne sammenheng er det etter utvalgets synspunkt viktig å skille mellom:

1. Ordninger som stimulerer kommunenes etterspørsel etter ikke-kurative legetjenester, og
2. ordninger som sikrer nok leger til de ikke-kurative oppgavene innenfor en fastlegeordning når kommunen etterspør disse tjenestene.

Av utvalgets fire skisser til finansieringsordninger kan de to første; 1) Fastlønnsordning basert på fastlønnstilskudd som i dag og 2) Øke per capita andelen i små- og utkantkommuner, sies å være tiltak knyttet til problemstillingen i pkt. 2. Utvalget anser seg imidlertid ferdig med denne problemstilling gjennom delutredningen. Den videre drøftingen nedenfor vil derfor dreie seg om pkt. 1: Hvordan stimulere kommunens etterspørsel etter ikke-kurative tjenester. Utvalgets to siste skisser til finansieringsordninger kan knyttes til denne problemstillingen: 3) Egen tilskuddsordning for samfunnsmedisinsk arbeid og 4) Helhetlig finansieringsansvar for legetjenester i kommunene. I delutredningen slo utvalget fast at skisse nr. 4) er uaktuell selv om dette alternativet vil kunne medføre klare ansvarsforhold og samtidig gi et godt grunnlag for hensiktsmessig prioritering for eksempel i valget mellom kurative og ikke-kurative tjenester.

For den videre drøftingen av en eventuell tilskuddsordning vil utvalget legge til grunn at ikke-kurative legetjenester omfatter både det som er definert som samfunnsmedisinske oppgaver samt andre offentlige legeoppgaver av samfunnsmedisinsk karakter som helsestasjon og skolehelsetjeneste, syke- og aldershjem og fengselshelsetjeneste. Det vises ellers til underkapittel 3.2. i Delutredning I.

Innenfor dagens finansieringsordning av kommunale legetjenester er det et markant skille i hvordan kurative og ikke-kurative legetjenester blir finansiert. Kurative legetjenester blir dekket gjennom tre komponenter: en kommunal andel, egenandel fra pasienten og en andel fra trygden. For ikke-kurative legetjenester må kommunen dekke alle tre komponentene. Selv om ikke-kurative legetjenester er lovpålagte for kommunene vil de kurative legetjenestene framstå som «billigere» for kommunene, og kommunene kan av den grunn ledes til å prioritere denne type oppgaver, i hvertfall så lenge det er knapphet på leger (se omtale under prisvridende tilskudd i punktet om øremerkede tilskudd over).

Tilskudd til ikke-kurativt helsearbeid i kommunene (legetjenester og fysioterapitjenester)

Ved å opprette en tilskuddsordning på statsbudsjettet til ikke-kurative helsetjenester, som dekker tilsvarende trygdens andel og egenandelen for kurative tjenester, vil kurative og ikke-kurative helsetjenester bli likestilt i finansielt henseende. Dette medfører at kommunene finansielt sett er indifferente i forholdet mellom kurative og ikke-kurative helsetjenester, noe som kan bidra til at kommunene ønsker å vri bruken av kommunens ressurser mer i retning av ikke-kurative.

Dersom en tar utgangspunkt i at legekapasiteten i kommunene er gitt, kan tilskuddet på statsbudsjettet bli dekket inn ved at kommunene vrir bruken av primærlegetjenesten noe mer i retning av ikke-kurative legetjenester enn tilfellet er i dag. En slik utvikling vil medføre innsparing på trygdens utgifter til kurative legetjenester. Tilsvarende resonnement vil også gjelde for fysioterapitjenester.

Innføre en egen takst for ikke-kurativt legearbeid

Et alternativ til et eget tilskudd til kommunene for denne type oppgaver, kan en lage en ny takst til legene for hver utført time på lik linje med den taksten som i dag finnes for samarbeidsmøter om enkeltpasienter. Denne taksten må finansieres fra statsbudsjettet. Skal den finansieres over trygden, må loven endres. På denne måte blir legens inntjening omlag like god for dette arbeidet som for det kurative. Samtidig vil det være rimeligere for kommunene å satse på samfunnsmedisinske og andre offentlige legeoppgaver.

For leger som bare har denne type oppgaver, og som arbeider på fast lønn, må det fastsettes en tilsvarende timesats som går direkte til kommunen. På denne måten vil en kunne unngå den vridningen til fordel for kurativt arbeid som ligger i systemet i dag. For at dette ikke skal gi økte kostnader for det offentlige, må det medføre lavere takster for det rent kurative arbeidet, og at innsparte midler blir benyttet til subsidiering av det samfunnsmedisinske arbeidet og annet offentlig legearbeid.

Konklusjon:

Utvalget mener det er viktig, sett i et folkehelseperspektiv, at kurative og ikke-kurative legetjenester blir likestilt i finansielt henseende. Utvalget foreslår derfor at alle aspekter ved ovenstående alternative tiltak for å styrke ikke-kurativt legearbeid i kommunene utredes nærmere.

Desentralisering av trygdeytelser

Sykefraværet har etter flere års nedgang økt sterkt siden 1994. Langtidsfraværet har økt mest. To av tre sykepengedager dekket av trygden skyldes muskel og skjelettlidelser og psykiske lidelser, over halvparten skyldes muskel og skjelettlidelser alene. Likeledes har antallet stønadsmottakere med rehabiliteringspenger økt etter 1996. Muskel og skjelettlidelser og psykiske lidelser er også her de viktigste diagnosegruppene. En stadig større andel av de som avslutter stønadsperioden med rehabiliteringspenger går direkte over på uførepensjon.

Som nevnt innledningsvis kan det være et problem at kommunene opplever å måtte dekke kostnadene ved folkehelsearbeid, mens andre, dvs fylkeskommunene og staten, sitter igjen med gevinsten. Kommunene har derfor ikke insentiver til å ta de fulle samfunnsøkonomiske gevinstene ved folkehelsearbeid inn i sin vurdering av hvor stor innsats de skal yte på dette feltet. Det blir ikke en samfunnsøkonomisk riktig avveining mellom nytten og kostnadene ved kommunalt folkehelsearbeid.

For å få en større grad av riktig avveining mellom nytten og kostnader, kan desentralisering av trygdeytelser være et aktuelt tiltak. Desentralisering av trygdeytelser kan innebære at kommuner og eller fylkeskommuner får disposisjonsrett over, og ansvar for, deler av kortidsytelsene i folketrygden sykepenger og rehabiliteringsordninger. Kommunene vil da få de samfunnsøkonomiske gevinstene på sine budsjetter og dermed i sine avveininger og valg. Hvis kommunene disponerer disse trygdeytelsene, kan økt satsing på folkehelsearbeid og rehabilitering medføre at kommunene får lavere utgifter. Å drive aktivt folkehelsearbeid for bl.a. å forebygge sykemeldinger, uføretrygd, attføring m.v. kan bli billigere for kommunene. Det som i dag er positive eksterne virkninger av denne type arbeid, internaliseres i kommunesektoren.

Formålet med en kommunalisering av trygdeytelser vil være at kommunene vil få et insentiv til å sette i gang tiltak for å øke de enkeltes livskvalitet. Ved at kommuner/fylkeskommuner får et ansvar både for helsetjenester og trygdeutbetalinger, får de en helhetlig oversikt og økonomisk insentiv til å bedre tjenestene slik at trygdeutbetalingene reduseres. Ved hjelp av trygdemidlene får kommunesektoren mer ressurser. Ved samlet ansvar kan ressursene brukes planmessig og helhetlig, og kostnadsoverveltninger vil falle bort eller minske. Brukerne vil dessuten få færre

instanser/personer å forholde seg til. Det forutsettes at de enkeltes rettigheter opprettholdes.

En slik ordning vil kunne virke på kommunenes og fylkeskommunenes innsats på alle områder innen folkehelsearbeid. Det finnes lite dokumentert kunnskap om hvilke områder en desentralisering av trygdeytelser vil virke særskilt på. Her vil utformingen av desentraliseringen mht. hvilke trygdeytelser den skal omfatte, og ansvarsfordeling på ulike forvaltningsinstanser spille en rolle.

Utformingen av disposisjonsretten og ansvaret kan skje på ulike måter, og hvilke trygdeytelser som inkluderes, kan også variere (sykepenger, uføretrygd, arbeidsledighetstrygd osv.).For nærmere beskrivelse av mulige modeller, vises det til rapport fra en intern arbeidsgruppe i Sosial- og helsedepartementet avgitt februar 1994: Desentralisering av trygdeytelser, Trygd og tjenester: Utredning om overføring av trygdemidler til kommuner/fylkeskommuner, Kommunenes sentralforbund Temahefte III 1994 (Jon Ivar Elstad), delrapport om det svenske FINSAM-forsøkene (FINSAM Vestmanland, 1994) samt den Danske ordningen omtalt under.

Tidligere forsøk/reformer:

En ordning med kommunalisering av trygdeytelser har slektskap til andre reformer og forsøk som har vært gjennomført:

Forsøk i trygdesektoren:

Siden 1988 har det vært igangsatt forsøksprosjekter med bruk av sykepenger for å øke behandlingskapasiteten og redusere ventelistene. Slike prosjekter intensiverer sykehusenes tjenester ved overføringer fra trygdemidler på sentralt nivå i den statlige budsjettprosess. Disse prosjektene er evaluert gjennom flere studier. Hovedkonklusjonen er at økt behandlingskapasitet resulterer i forkortete ventetider og en netto innsparing, ettersom merutgiftene til behandlingen etter hvert blir oppveid av innsparingene av sykepenger ved at sykemeldte yrkesaktive kommer raskere tilbake i arbeid.

Siden 1991 har trygdekontorene hatt lovhjemmel til mer aktivt å gripe inn i rehabiliteringen av langtidssykemeldte ved f.eks. kjøp av utredning og behandling.

I Oslo og Skedsmo og ved Buskerud fylkestrygdekontor har det vært gjennomført forsøk der det er bevilget penger til trygdeetaten for å påskynde behandlingen av langtidssykemeldte. Disse prosjektene prioriterer yrkesaktive sykemeldte ved at det kjøpes medisinske rehabiliteringstjenester i både private og offentlige institusjoner.

På bakgrunn av bekymring for økning i antall uførepensjonister opprettet Sosial- og helsedepartementet i juli 1992 programmet Trygd og Rehabilitering. Programmets overordnede målsetting var rehabilitering av pasienter med kroniske muskel- og skjelettplager for å oppnå:

1. Bedret livskvalitet for brukerne.
2. Bedre og mer relevant og tilgjengelig tjenestetilbud til brukerne.
3. Redusert antall eller varighet av sykmeldinger på grunn av muskel- og skjelettplager, og dermed reduksjon i sykepengeutbetalingene fra trygden.
4. Redusert antall uførepensjoneringer på grunn av muskel- og skjelettplager og dermed reduksjon i uførepensjonskostnadene for trygden.

I perioden 1992-1997 ble det gjennom ført 30 prosjekter. Total kostnadsramme for programmet var på vel 70 mill kroner. Midlene ble omdisponert fra sykepengekapitlet i folketrygden. Gjennom prosjektnotat og den definerte målsettingen influerte departementet på hvilke prosjekter som kom til å utgjøre prosjektporteføljen. Dessuten hjalp departementet til med prosjektutformingen for flere av prosjektene, men initierte ikke prosjekter selv. De fleste prosjektene tar utgang-

spunkt i en forståelse av kroniske muskel- og skjelettplager som et komplekst fenomen der både psykiske, sosiale og biologiske forhold var medvirkende. Storparten av prosjektene representerte faglige nyskapninger med utvikling og utprøving av nye tilnæringsmåter. Andre var forsøk på nye og mer hensiktsmessige administrasjonsformer for tverrfaglig arbeid for denne pasientgruppen. Alle prosjektene har det til felles at brukerperspektiv og brukermedvirkning skulle stå sentralt. Et viktig resultatmål for prosjektene var hvorvidt pasientene kom tilbake til arbeid.

En ekspertgruppe under ledelse av professor Dag Bruusgaard, Universitetet i Oslo, har hatt ansvaret for en fellesevaluering av prosjektene i programmet. Av konklusjonene ekspertgruppen kom fram til, vil utvalget peke på følgende:

- Det har vært vanskelig å påvise sikker effekt av programmets tiltak, selv om det har framkommet mange ideer til videre utviklingsarbeid.
- Så lenge vi kan gjøre relativt lite med plagene, vil det viktigste tiltaket være å hjelpe pasientene til å leve med sine plager og mestre sin livssituasjon best mulig.
- Så lenge vi ikke har bedre tilbud må vi akseptere at mange faller utenfor arbeidslivet og vil ha behov for uførepensjon.
- For å kunne holde pasienter lenger i jobb må det skaffes arbeidsplasser som aksepterer personer med plager.
- Programmet Trygd og rehabilitering har vist at det fortsatt er behov for nytenkning og utprøving av nye tilbud.

Lokalforvaltningsprogrammet i frikommuneforsøket - Grimstadprosjektet:

For nærmere omtale vises det til punktet under om Jobbskaping i kommune.

Erfaringene fra Lokalforvaltningsprogrammet tilsier at desentralisering av trygdeytelser - for å oppnå integrasjon av aktive virkemidler og passive kontantytelser - i hovedsak vil være umulig uten at en bryter med den gjeldende funksjonsfordeling gjennom større eller mindre regelverksdispensasjoner/-endringer.

Danmark:

I 1987 ble størstedelen av finansieringen av helse- og sosialtjenestene i Danmark desentralisert. Målet med omleggingen var å gi kommunene og amtene større handlefrihet, samt at det forvaltningsnivå som produserte tjenestene selv finansierte den enkelte ordning. Fra 1.1.92 ble det gjennomført en endring der staten refunderer kommunens utgifter til sykepenger fullt ut i de 8 første uker (endret fra 13 til 8 uker per 1. april 1994). Deretter dekker staten 50 prosent av kommunenes utgifter. Videre ble førtidspensjonsordningen reformert slik at kommunene nå treffer beslutning om førtidspensjon til personer under 67 år. Staten dekker 50 prosent av utgiftene til førtidspensjon for pensjonister under 67 år. Finansieringen bygger på statlig budsjettgaranti overfor kommunene. Kommunene mottar månedlige a-konto beløp (utregnet etter årsbudsjett og det løpende forbruket) til dekning av utgiftene. Ved regnskapsavlutning utregnes det endelige refusjonsbeløpet for årets samlede utgifter til ytelsen. Bostedskommunen står ansvarlig for sin del av finansieringen også inntil seks år etter en eventuell flytting til annen kommune.

Tabell 10.3: Det danske finansieringssystemet for sosialforsikringen, i prosent

	Kommune	Stat
Aldersperson (over 67 år)		100
Ytelse til barnefamiliene		100
Barnetilskudd		100
Svangerskapspenger		100

Tabell 10.3: Det danske finansieringssystemet for sosialforsikringen, i prosent

Økonomisk sosialhjelp	50	50
Tekniske hjelpemidler		
under 67 år	50	50
over 67 år	100	
Attføringspenger	50	50
Førtidspensjon under 67 år	50	50
Bostønad til pensjonister	25	75
Bostønad til øvrige	50	50
Sykepenger under 8 uker		100
Sykepenger over 8 uker	50	50

Etter omleggingen står det finansielle ansvarsprinsipp sentralt i Danmark. Den etat/forvaltningsnivå som beslutter at det skal ytes kontantytelser, får også et delvis finansieringsansvar. Dette skaper insentiver for å finne alternative og aktive løsninger som mulig, og stimulerer også til tidlig inngripen i sykdoms- og trygdeforløpet bl.a. for å begrense utgiftene samt insentiver til å se ulike sektorbudsjetter i sammenheng.

Sverige:

I Sverige er det gjennomført 3 forsøksprogrammer som enten har innslag av eller brukerdesentralisering av trygdeytelser som et aktivt virkemiddel for å fremme høyere grad av friskmelding til arbeid: Forsøk med forsterket rehabiliteringsinnsats og aktivt sykemelding («Aina I«), Forsøk med direkte samarbeid mellom forsikringskassene og helsesektoren («Dagmar-overenskomstene» og Forsøk med finansiell samordning («FINSAM«).

FINSAM-prosjektet (FINansiell SAMordning mellan socialforsäkring och hälso- och sjukvård):

I perioden 1993-97 ble det gjennomført et forsøk med finansiell samordning av midler til helsetjenester og trygd (sykepenger, sjukbidrag, arbettskadeforsikring) i fem län i Sverige. I dette forsøket slo man ulike deler av sektorbudsjetter sammen for bedre å finne helhetlige løsninger, unngå person- og kostnadsoverveltninger mellom sektorer og gjøre det mer attraktivt for lokale forvaltningsnivåer å prioritere folkehelsearbeid, samt rehabilitering av sykmeldte yrkesaktive. I forsøket fikk forsøkslandstinget/-kommunene utbetalt sykepengene som ble antatt å gå med i vedkommende landsting/kommune i kommende forsøksår. Landstinget/kommunen fikk lov til å bruke en viss andel, f.eks. 10 prosent, av disse pengene til helsefremmende, forebyggende eller rehabiliterende tiltak. Landstinget og forsikringskassen måtte i en gjensidig avtale komme overens om hvordan de disponible midlene skulle benyttes. Regjeringen hadde bare satt som betingelse at midlene måtte brukes på en slik måte at trygderettigheter ble overholdt eller at yrkesaktive (sykmeldte) fikk forrang foran andre i behandlingskøen.

Ved forsøksårets slutt ble det beregnet et beløpet man normalt ville ha utbetalt til forsøkskommunen dersom et forsøk ikke hadde blitt satt i gang. Dette justerte beløpet ble beregnet ved å sammenlikne med andre, ikke-forsøkslandsting/-kommuner. Overskuddet for landstinget/kommunen var differansen mellom justert beløp og faktisk utbetalt sykepengebeløp. Ved et eventuelt overskudd/underskudd skulle landstinget og forsikringskassen få/dekke hhv 40 og 10 prosent mens resten tilfaller/dekkes av staten. Samlet sett vurderes forsøket som en suksess av Riksforsikringsverk. Evalueringen av forsøket har vist at forsøket har medført en samlet

innsparing for alle län i perioden på omlaget 154 millioner SEK (Merknad sjekkes jf evalueringen). Videre viser evalueringen at samarbeidet mellom forsikringskassene og landstingene har bedret seg. Sykefraværet har gått ned, mye på grunn av redusert sykemeldingstid og hyppigere bruk av deltidsykemeldinger. Ideer har blitt utprøvd og utvikling av medisinsk rehabilitering har gått framover. Ikke minst synes tiltak som mini-rehabteam og rehabiliteringskoordinatorer å ha vært vellykkede tiltak. Det er avklart at forsøket, til tross for de gode resultatene, ikke vil bli fulgt opp. Det er et ønske om å beholde en klar sektorforankring av helse og trygd, men at ulike etater skal oppmuntres til integrering og samarbeid gjennom opprettelse av sektorvise stimuleringsmidler til samarbeidsmodeller.

Konklusjon:

Utvalget foreslår at det iverksettes en forsøksordning der kommuner (og eller fylkeskommuner) får tilgang til deler av kortidsytelsene i folketrygden; sykepenger og rehabiliteringsordninger. Forsøket må ses i sammenheng med forsøksordningen som er foreslått under Jobbskaping i kommunene. Forsøket bør følges av en evaluering som spesielt ser på utviklingen i kommunenes virksomhet knyttet til folkehelsearbeid og rehabilitering samt brukernes oppfatning av en slik ordning og samarbeidet mellom de ulike aktørene. Utvalget vil understreke at en eventuell omlegging forutsetter at den enkeltes rettigheter opprettholdes.

Jobbskaping i kommunene

Det foreligger en klar dokumentasjon på at arbeidsløshet representerer en fare for økt sykelighet og dødelighet. Utvalget ønsker derfor å se nærmere på om større vekt på lokalsamfunnsutvikling faktisk kan innebære nye muligheter for at alle i lokalsamfunnet kan finne meningsfylt arbeid. Dette har nær relasjon til arbeidet med å finne fram til strategier som kan minske avstanden mellom rik og fattig, jf det som er referert i *"Lovgrunnlag og definisjoner"* i kapittel 3 ovenfor om dette forholdet som sykdomsskapende element. Det vises ellers til omtalen av forebyggingsprosjekter både i Danmark og Sverige som har som mål at «det skal være bruk for alle», dvs også alle de som er «arbeidsfrie» (Samsø-prosjektet i Danmark og Skaraborg-prosjektet i Sverige), se *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8.

Dagens arbeidsmarkedspolitikk

Det er Arbeids- og administrasjonsdepartementet og arbeidsmarkedsetaten som i dag forvalter statlige ressurser til arbeidsmarkedsområdet i Norge. Som oppfølging av St.meld. nr. 39 (1991-92) Attføringsmeldinga, hvor det ble lagt fram nye strategier for å motvirke utstøting og utestenging av yrkeshemmede fra arbeidslivet, fikk Arbeidsmarkedetaten et samlet ansvar for yrkesrettet attføring. Begrunnelsen var at Arbeidsmarkedsetaten er den etaten som er mest orientert mot arbeidslivet. Reformen innebar at ansvaret for attføringspenger og attføringsstønader ble overført fra trygdeetaten til arbeidsmarkedsetaten. I 1998 er det avsatt følgende statlige midler over Arbeids- og administrasjonsdepartementets budsjett:

Tabell 10.4: Statlige bevilgninger til arbeidsmarkedstiltak i 1998

	1998 (i 1000 kr)
Arbeidsmarkedsetaten (kap 590)	1.674.735
Arbeidsmarkedstiltak (kap 591)	978.274
Spesielle arbeidsmarkedstiltak for yrkeshemmede (kap 592)	2.254.705
Sum	4.907.714

Midlene over kap 590 Arbeidsmarkedsetaten går til å finansiere driften av arbeidsmarkedsetaten. I 1997 disponerte etaten 4.188 stillingshjemler fordelt på arbeidskontorene og andre administrative ledd. Over kap 591 Arbeidsmarkedstiltak dekkes i hovedsak tiltak for sysselsetting i offentlig virksomhet, formidlingstiltak, opplæringstiltak forsøk og kurs og jobbskapingsprosjekter. Over kap 592 Spesielle arbeidsmarkedstiltak for yrkeshemmede finansieres tiltak for arbeidssøkere som har en fysisk , psykisk eller sosial funksjonshemming som påvirker muligheten til å få arbeid. Arbeidssøkere med disse funksjonshemninger (yrkeshemmede), og som tilfredsstiller folketrygdlovens krav til yrkesrettet attføring, kan delta på ordinære arbeidsmarkedstiltak, spesielle arbeidsmarkedstiltak for yrkeshemmede eller attføringstiltak finansiert over folketrygden (kapittel 2543). Det er trygdeetaten som vurderer om den enkelte oppfyller vilkårene. Yrkeshemmede som ikke oppfyller folketrygdloves vilkår, kan delta på de to førstnevnte ordningene. Også langtidsarbeidsløse, rusmiddelmisbrukere, sosialhjelpsmottakere, ungdom som faller utenfor Reform 94 m.m. utgjør en del av rekrutteringsgrunnlaget til spesielle arbeidsmarkedstiltak for yrkeshemmede.

En sentral målsetting i attføringsarbeidet er at flest mulig av de som avslutter yrkesrettet attføring går til aktive løsninger i stedet for rene passive trygdeytelser som for eksempel uførepensjon. I Norge står omlag 12 prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder utenfor arbeidslivet på grunn av helse- eller funksjonsproblemer. Statistikk fra Arbeidsdirektoratet og Rikstrygdeverkets basisrapport (Velferd 4/98) viser at så mange som 28 prosent av de yrkeshemmede blir utskrevet til behandling for sykdom eller til sosial bistand. 14 prosent blir retunert til trygdeetaten for å bli vurdert for uførepensjon. Dette innebærer at 42 prosent av avgangstilfellene ikke makter å gjøre nytte av det yrkesrettede attføringstilbudet. Antall uførepensjonister har nå passert 250 000, og veksten har siden nyttårsskiftet 97/98 økt med 1 000 tilfeller per mnd.

I en rapport fra Rikstrygdeverket (nr. 7 1998) er det sett nærmere på hvordan det har gått med personer som har mottatt rehabiliteringspenger i perioden 1993 til 1995.

Tabell 10.5: Alle avsluttede rehabiliteringspengemottakere, personer i utvalgene første halvår 1993-1995 og tilstanden 31.12. samme år.

Periode	1993	1994	1995
Avsluttet rehabliteringspenger tilfeller totalt i perioden	15146	21336	13647
Til uførepensjon	4712	7683	5808
I pst.	31,1	36,0	42,6

Kilde: RTV

I 1994 ble yrkesrettet attføring overført fra Trygdeetaten til Arbeidsmarkedsetaten, samtidig fikk begrensningsregelen for medisinsk rehabilitering (52 uker) full effekt. I rapporten påvises bla. følgende:

- Andelen uføre i Norge økte med 10 prosent i perioden 1993 til 1995.
- 42,6 prosent av personene som avsluttet rehabiliteringspenger i 1995 endte på uførepensjon
- 61 prosent av dem som har mottatt rehabiliteringspenger i over ett år går direkte til uførepensjon.
- I rapporten fremmes tre forklaringer på at uføreandelen økte i perioden:
- Begrensningen på rehabiliteringspenger til 52 uker kan ha medført at flere gikk

direkte fra sykepenger til yrkesrettet attføring og at det ble truffet vedtak i samsvar med tidlig inngripen på sykepengeområdet.
- Høy uføretilbøyelighet kan skyldes administrative forhold, som at en del gamle saker var blitt liggende i rehabiliteringssystemet og først ble avsluttet i 1995.
- Trygdeetaten kan ha tilpasset seg arbeidsmarkedsetatens vurdering av hvem som tilbys attføring.

Som oppfølging av St.meld. nr. 35 (1994-95) Velferdsmeldingen, har Kommunal- og arbeidsdepartementet og Sosial- og helsedepartementet i Rundskriv H-28/97 kommet med en oppfordring til kommunene om ta initiativ til at det opprettes samarbeidsforum på ledernivå mellom bl.a. helse- og sosialtjenesten i kommunen, trygdeetaten og arbeidsmarkedsetaten. Hensikten er at en gjennom å oppnå bedre rutiner for kommunikasjon mellom ulike instanser, og få en arena for å drøfte viktige fellesområder, vil sikre at brukeren får god oppfølging. Det er videre klargjort samarbeid og ansvarsdelingen mellom arbeidsmarkedsetaten og sosialtjenesten i kommunene. Det slås videre fast at Arbeidsmarkedsetaten har ansvaret for formidling av arbeid, kvalifisering og attføring, mens sosialtjenesten har en generell opplysnings-, veiednings-, og rådgivningsplikt for å løse eller forebygge sosiale problemer. En undersøkelse foretatt av fylkesmennene viser at det er mange kommuner, særlig mindre kommuner, som ikke har opprettet samarbeidsforum og som heller ikke har et formalisert samarbeid arbeidskontor-sosialtjeneste. Det synes som om at samarbeidet i stor grad er knyttet til tiltak for enkeltindivider og foregår på saksbehandlernivå.

Kommunenes muligheter

I perioden 1988-1991 ble det, innenfor det såkalte «Lokalforvaltningsprogramet» i frikommuneforsøket, gjennomført 12 forsøk med nye former for samordning mellom lokaletater på ulike forvaltningsnivå, sosial- og arbeidsmarkedsetaten og i noen tilfeller trygdeetaten. Bakgrunnen for Lokalforvaltningsprogrammet var ønsket om å prøve ut et mer samordnet lokalt hjelpeapparat. Regelverket kan sette stengsler for samordning av tilbudet eller grupper kan falle utenfor de respektive etaters «domener» eller tradisjonelle handlingsprogram.

I et av prosjektene - Grimstadprosjektet - prøvde Grimstad kommune ut en samordnet styring av økonomisk sosialhjelp, sosialtjenester, trygdeytelser, arbeidsmarkeds og sysselsettingstiltak for unge utenfor arbeidsmarkedet. Formålet med forsøket var å bruke ressurser som var stilt til rådighet mer aktivt for å få unge arbeidsledige sosialhjelpsmottakere og enslige forsørgere under 25 år over fra passivt stønadsmottak til en aktiv livssituasjon. Prosjektet krevde dispensasjon fra en rekke lovverk og forsøket ble styrt av et politisk utnevnt frikommuneutvalg. Det ble opprettet et nytt kontor - Ungdomsservicekontoret - som fikk adgang til friere bruk av virkemidler enn det som følger av særlovgivningen. Kontoret fikk bl.a. overført følgende funksjoner:
- Økonomisk sosialhjelp og sosialkontorets øvrige ansvar for målgruppen, unntatt i barnevernssaker
- Stønader til enslige forsørgere
- Yrkesrettet attføring
- Arbeidsmarkedstiltakene med unntak av arbeidsmarkedsoplæringen (AMO).

Det nye kontoret la stor vekt på å integrere de unge i yrkesmessig aktivitet, og brukte mye av ressursene på å følge ungdommene gjennom hele prosessen fra motivasjon og rådgivning til formidling på det ordinære arbeidsmarkedet. Dette stimulerte også ekstrainnsats for å opparbeide muligheter for nye arbeidsplasser.

Evalueringen (Pedersen, Jan Tore: «Vanntette skott eller åpne dører. Enhetsforvaltning av sosialhjelp, trygd og arbeidsmarkedstiltak under frikommuneforsøket i Grimstad», Universitetsforlaget 1992) viste at tidkrevende, tverretatlig samarbeid overfor den ungdomsgruppen som oppsøkte kontoret langt på vei var blitt overflødig ved at alle virkemidlene var samlet ved ett kontor. Gråsoneproblemene mellom etater langt på vei ble fjernet, og ulike etatskulturer utgjorde ikke lenger det samme hindret for å skape helhetlige tilbud. Ungdommene ble derfor gitt et tilbud raskere. Evalueringen viste også at antall personer med offentlig stønad i en aktiv situasjon (fast eller midlertidig arbeid, tiltak, arbeidstrening eller utdanning) hadde økt i forsøksperioden.

Ungdomsservicekontoret ble ikke videreført etter at forsøksperioden var avsluttet. Enhetsforvaltning var avhengig av status som frikommune med de dispensasjoner fra særlovgivningen dette innebar.

Her kan nevnes at Arbeids- og administrasjonsdepartementet har, i perioden 1992-1996 hatt forsøk om etablering av servicekontor (forsøksprosjektet «Offentlige servicekontorer«), dvs en samlokalisering og annen samordning av offentlige tjenester (sosialkontor, arbeidskontor, trygdekontor, ligningskontor, folkeregister). Statskonsult har hatt ansvaret for den sentrale prosjektledelsen og prosjektsekretariatsfunksjonen. Det er etablert servickontorer på sju forskjellige steder: Askøy, Dønna, Grimstad (videreføring av erfaringer fra Ungdomsservicekontoret omtalt over), Løten, Namsskogan, Porsanger og Storforshei. Idéen bak forsøksprosjektet var å fremme samspill mellom ulike statlige og kommunale etater, ved å samle publikumstjenester i et felles kontaktpunkt, servicekontor, på lokalt nivå. De overordnede mål for forsøksvirksomheten var:

– Å bedre tilgjengeligheten og brukerservicen for offentlige tjenester.
– Å bedre lokal service og likhet i tjenestetilbudet.
– Å effektivisere ressursbruken ved felles utnyttelse av ressursene.
– Å bidra til å opprettholde levedyktige nærmiljø og lokalsamfunn.

Prosjekt Offentlige servicekontorer ble formelt avsluttet 31.12.96, men aktivitetene fortsetter lokalt på alle forsøksstedene. Statskonsult har i en rapport (OSK-rapport 1998:1 Erfaringer med forsøksprosjektene og veien videre) oppsummert erfaringer fra forsøkene med offentlige servicekontorer og gitt anbefalinger vedrørende videreføring. Prosjektet og seks av forsøksstedene har vært evaluert av Statens institutt for forbruksforskning (SIFO). I hovedsak viser erfaringene at servicekontorene i løpet av relativt kort tid er blitt godt kjent og godt mottatt av publikum. På samtlige forsøkssteder anses de nye servicekontorløsningene som forbedring i forhold til tidligere tilbud og et klart flertall ønsker enten beholde eller videreutvikle servicekontortilbudene. Det er først og fremst forenklingen og tidsbesparelsen ved at det er ett sted å henvende seg som framheves som viktig fra brukernes side. Når det gjelder spørsmål knyttet til bedre og mer effektiv ressursutnyttelse har det gjennom forsøksperioden ikke vært mulig å dokumentere ressursinnsparing av betydning. Når det gjelder anbefalinger drøfter rapporten utfordringer ved å etablere forpliktende samarbeid mellom ulike etater så lenge det skal baseres på frivillighet, og så lenge det ikke eksisterer insentivstrukturer som tilskynder en slik prosess. Det framheves videre at skal det etableres samarbeid i større skala, bør det ligge klare og entydige styringssignaler til grunn for samarbeidet.

Ved utgangen av april 1998 var det registrert 55.446 helt ledige, tilsvarende 2,4 prosent av arbeidsstyrken. Dette er det laveste antall registrerte arbeidsledige siden 1988. Det er rimelig å anta at den som forblir arbeidsledig gjennom den høgkonjunkturen vi nå er inne i vil sannsynligvis få problemer med å få jobb i framtiden. Det har fra flere hold vært hevdet at staten ved arbeidsmarkedsetaten er mer opptatt

formidlingsfunksjonen enn den er til å hjelpe de som faller utenfor arbeidsmarkedet. Nå som ledigheten er nede på rekordlavt nivå, synes som om arbeidsmarkedsetaten markedstilpasser sin virksomhet mot å hjelpe arbeidsgivere med å få tak i arbeidskraft (f.eks. helsepersonell og ingeniører fra utlandet).

Selv om kommunene deltar når individuelle tiltak skal utformes overfor bla. yrkeshemmede, er det som det framgår ovenfor staten som har hovedansvaret for forvaltning av arbeidsmarkedspolitikken. Det kan vel hevdes at dagens arbeidsmarkedspolitikk kan tenkes å ha uheldige konsekvenser for lokalmiljøene i og med at arbeidsmarkedspolitikken i dag noe karikert kan sies å ta sikte på å utforme arbeidssøkende slik at de passer til ledige jobber, ikke nødvendigvis i lokalmiljøet, men andre steder der det er mangel på arbeidskraft. Utvalget ønsker å peke på den uheldige utviklingen hvor stadig flere mottar passive ytelser, og utvalget er derfor av den mening at det er nødvendig å tenke mer kreativt og utradisjonelt enn det som er tilfelle i dagens arbeidsmarkedspolitikk. Det vises i denne sammenheng bl.a. til de gode resultatene fra Grimstadprosjektet som er omtalt over og det svenske prosjektet «Det finns bruk for alla» som er nærmere omtalt i *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8.

Konklusjon:

Utvalget foreslår at det iverksettes en forsøksordning der kommuner/fylkeskommuner får tilgang til deler av arbeidsmarkedsetatens midler til arbeidsmarkedstiltak. En slik reform vil innebære muligheter for at kommuner eller fylkeskommuner i større grad kan bruke disse ressursene til å utforme jobber som passer for innbyggere som ønsker å arbeide, men som har problemer med å finne/fungere i ordinært arbeid, dvs. en bedre samordning av passive og aktive virkemidler. Forsøket må ses i sammenheng med forsøksordningen som er foreslått over om desentralisering av trygdeytelser. Forsøket bør følges av en evaluering som spesielt ser på utviklingen i brukernes oppfatning av ordningen.

Det vises for øvrig til kommunalkomiteens merknader i Innst. S. Nr. 250 om kommuneøkonomien 1999, hvor komiteen påpeker viktigheten av at lovgivningen for ulike sektorer må ta hensyn til behovet for å legge til rette for etablering av servicekontorer, der ulike tjenester kan samlokaliseres og desentraliseres. Flertallet i komiteen forventer at Regjeringen foretar en gjennomgang av særlovgivningen med sikte på en bedre samordning og samarbeid mellom ulike offentlige kontorer, og snarest mulig kommer tilbake til Stortinget med dette senest i forbindelse med kommuneøkonomiproposisjonen for år 2000.

10.2.3 Andre økonomiske virkemidler for å styrke folkehelsearbeidet

Skatter og avgifter

Et av skatte- og avgiftssystemets viktigste formål er å finansiere offentlig sektors virksomhet. Samtidig skal systemet bidra til en rimelig inntektsfordeling.

De fleste skatter og avgifter bidrar til en mindre effektiv bruk av samfunnets ressurser. Det skyldes at skatter og avgifter fører til at produsenter og forbrukere velger en annen tilpasning enn de ville gjort uten skatter. Enkelte skatter og avgifter kan bedre samfunnets bruk av ressurser. Det skyldes at enkelte aktiviteter påfører samfunnet kostnader uten at de som er ansvarlige for aktivitetene må betale for de ulempene de påfører andre, dvs såkalte indirekte virkninger. Indirekte virkninger innebærer en form for markedssvikt. Avgifter som er satt slik at de priser de indirekte virkningene på en riktig måte, kan rette opp markedssvikten og gi en mer effektiv bruk av samfunnets ressurser. Dette prinsippet er lagt til grunn bl a ved bruk av miljøavgifter (se egen omtale under). Ved negative indirekte virkninger, som f eks en forurensende bedrifts utslipp som fører til miljøskade, kan en avgift på bed-

riftens utslipp som på en korrekt måte priser miljøskaden, korrigere markedssvikten ved at skadene på miljøet inngår i bedriftens kostnader.

Statens inntekter kommer både fra direkte og indirekte beskatning. Den indirekte beskatning kan deles opp i generelle avgifter (merverdiavgift, investeringsavgift), tollavgifter og særavgifter. For 1998 er det budsjettert med ca 287 mrd. kr i statsinntekter fra skatter og avgifter. Disse fordeler seg som vist i tabell 10.6.

Tabell 10.6: Statens antatte inntekter for 1998 fordelt på inntektsart

Inntekts- og formuesskatt:	76,1 mrd. kr
Avgift på arv og gaver:	1,3 mrd. kr
Skatt og avgift på utvinning av petroleum, samt CO2-avgift for kontinentalsokkelen:	42,9 mrd. kr
Toll:	2,6 mrd. kr
Merverdi- og investeringsavgift:	106,1 mrd. kr
Særavgifter:	57,5 mrd. kr
Andre avgifter mm:	0,4 mrd. kr

Særavgifter

Særavgiftene inngår som en del av den indirekte beskatning i Norge. Historisk sett ble særavgiftene særlig benyttet for å skattlegge såkalt luksusforbruk. Senere er særavgiftene i stor grad benyttet som virkemiddel til å prise indirekte virkninger i produksjon og forbruk, eksempelvis knyttet til helse- og miljøskadelige produkter. Selv om særavgiftene kan være begrunnet med hensynet til miljø eller helse, er imidlertid hensynet til å finansiere offentlige utgifter også sentralt for disse avgiftene.

Særavgiftene vedtas av Stortinget med hjemmel og etter prosedyrene angitt i Grunnloven § 75 a for ett år av gangen. I Stortingets plenarvedtak om de enkelte særavgiftene fastsettes avgiftsplikt, -sats og eventuelle fritak. De nærmere regler om oppkreving, beregning og kontroll m v er for de fleste særavgifters vedkommende fastsatt med hjemmel i lov av 19. mai 1933 nr 11 om særavgifter.

Helsebegrunnede særavgifter

En form for markedssvikt kan også gjøre seg gjeldende i tilknytning til helseskadelig forbruk. Et velkjent eksempel er røyking. Røyking påfører helseskader både for røykeren selv og for andre gjennom passiv røyking. Forbruk av røyk gir markedssvikt ved at samfunnet påføres kostnader det røykende individ ikke tar hensyn til hvis samfunnets merkostnader ikke er medregnet i prisen på røyk. Ved røyking vil det være en indirekte virkning ved at andre påføres ubehag gjennom passiv røyking. I tillegg påføres samfunnet kostnader gjennom behandling av pasienter med sykdom forårsaket av røyking. Samfunnets kostnader ved behandling av sykdom forårsaket av røyking betales ikke av bare av røykeren selv, men dekkes i stor grad gjennom statlige utgifter til helsetjenester og trygd. Slik sett kan det også sies å være en markedssvikt ved at den enkelte pasient selv ikke betaler for behandlingen. Røyking kan dermed også sies å ha en indirekte virkning hvis samfunnets kostnader ved behandling av sykdom forårsaket av røyking ikke fullt ut betales av røykeren selv, men må dekkes av fellesskapet. Dagens tobakksavgifter kan dermed begrunnes ved at røykeren selv ikke belastes alle ulempene som han eller hun påfører samfunnet.

Et aktuelt spørsmål er om dagens tobakksavgiftssatser er på et slikt nivå at de dekker de samfunnets kostnader forårsaket av røyking. Man har forsøkt å tallfeste størrelsesorden på offentlige utgifter forbundet med helsemessig behandling og

sykepenger, uførepensjoner og attføring tilknyttet røyking. Beregningen (Statens tobakksskaderåd 1995: Offentlige utgifter forbundet med røyking) basert på 1994-tall viser en andel av offentlige utgifter på 3,2 mrd kroner som skyldes røyking. Statens inntekter av tobakksavgifter for 1994 var til sammenlikning på 5.040 mill kroner. For å vurdere om avgiften er passe høy, dvs at kostnadene som røykeren betaler samsvarer med de samfunnsøkonomiske kostnadene ved røyking, må avgiften måles opp mot alle indirekte virkninger av røyking, ikke bare offentlige utgifter til sykebehandling. I en artikkel av Tore Sanner (Tidsskr N lægefor nr 28, 1991: Hva koster sigarettrøykingen samfunnet?) er det beregnet at kostnadene inkludert produksjonstap ved sykdom og for tidlig død pga røyking langt overskrider avgiftsprovenyet. Til sammenligning ble det i 1994 benyttet i overkant av 4 mill. kroner i det tobakksskadeforebyggende arbeidet.

I dag er det flere eksisterende særavgifter der helsebegrunnelser kan anføres. Det er imidlertid i første rekke avgiftene på tobakk og alkohol hvor den helsemessige begrunnelsen eksplisitt er angitt i den årlige Stortingsproposisjonen om skatte-, avgifts- og tollvedtak. I tillegg kan følgende særavgifter også hevdes å være begrunnet med helsemessige forhold: Avgift på sjokolade- og sukkervarer, avgift på sukker, avgift på kullsyreholdige alkoholfrie drikkevarer og avgift på kullsyrefrie alkoholfrie drikkevarer. Det vises til St.prp. nr. 1 (1997-98) Finansdepartementet, Skatte og avgiftsvedtak, for nærmere omtale av utformingen av de enkelte avgiftene. Tabell 10.7 viser en oversikt over anslag på provenyet til nevnte avgifter for 1998.

Tabell 10.7: Provenyanslag på enkelte aktuelle særavgifter for 1998

Særavgift	Anslag proveny 1998 (Mill kr.)
Avgift på tobakksvarer	7.000
Avgift på alkohol	8.250
Avgift på sjokolade og sukkervarer	800
Avgift på sukker	250
Avgift på alkoholfrie drikkevarer	884

Kilde: Finansdepartementet

Aktuelle nye helsemessig begrunnede avgifter/prisvirkemidler:

I St.meld. nr. 37 (1992-93), Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid er det spesielt pekt på ernæringsfeltet som et aktuelt område for bruk av økonomiske virkemidler. I meldingen er det framført følgende hovedmålsettinger i mat- og ernæringspolitikken som Stortinget sluttet seg til og som senere er gjentatt i St.meld. nr. 40 (1996-97) Matkvalitet og forbrukertrygghet.:

- Redusere omfanget av kostholdsrelaterte helseskader i befolkningen
- Sikre at matvarene er helsemessige trygge
- Bidra til å styrke forbrukernes innflytelse i mat og ernæringspolitikken
- Bidra til en helse-, miljø- og ressursmessig forsvarlig produksjon, distribusjon og markedsføring av matvarer og til et helse- og ressursmessig forsvarlig forbruksmønster.

I denne sammenheng er det spesielt under hovedmål 1 trukket fram at Regjeringen ønsker å legge opp til en politikk som bidrar til utjevning av kostholdsrelaterte

helseforskjeller i befolkningen ved å gi høy prioritet til tiltak som gjør det lettere å velge de helsemessig gunstigste alternativene.

For å nå kostholdsmålene i ernærings- og helsepolitikken er det trukket opp følgende strategier om bruk av økonomiske virkemidler:

- Departementet mener at hele avgiftsinnkrevingen på mat og drikkevarer bør tas opp til samlet vurdering.
- Målet er et kosthold som består av mindre fett, spesielt mettet fett og transfett, mer fiber og mindre sukker og salt. det vil være behov for å få mengdeklareringsbestemmelsene mht. fett i bla. produktene melk og kjøtt.
- Departementet mener at prispolitiske virkemidler i langt sterkere grad bør benyttes for å få et mer helsegunstig kosthold, spesielt frukt og grønsaker.
- Departementet vil vurdere om ernæringsmessige hensyn tilsier en annen utforming av avgiftene på alkoholfrie drikkevarer, sjokolade, sukkervarer og sukker.
- Ernæringsinteressene må inn i den politiske beslutningsprosessen på linje med næringsinteressene.

Dette er foreløpig ikke blitt fulgt opp.

Virkemidler i ernæringspolitikken

Innen ernæringspolitikken finnes det en mengde virkemidler som kan tas i bruk for å nå de ernæringspolitiske målsettinger. Virkemidlene kan grupperes i tre klasser; normative, økonomiske, og pedagogiske virkemidler. Med normative menes her; lover, regler og avtaler. Økonomiske virkemidler kan være; skatter, trygder, avgifter, toll og subsidier. Når det gjelder pedagogiske virkemidler er det naturlig å skille mellom «ren informasjon» og «moralske appeller».

Vi har lange tradisjoner med bruk av pedagogiske virkemidler i ernæringspolitikken. Det har også vært benyttet økonomiske virkemidler på matfeltet, men disse har først og fremst vært benyttet ut fra fordelingshensyn og ikke ernæringsmessige hensyn. Nedenfor skisseres noen økonomiske/prispolitiske virkemidler som er i bruk eller som kan være aktuelle for å oppmuntre til et sunnere kosthold.

Økonomiske/prispolitiske virkemidler

Hvilke vareslag som egner seg for bruk av økonomiske virkemidler kan bedømmes ut fra følgende faktorer:

- Hvor prisfølsom er varen
- Hvor store kostnader som følger med å administrere ordningen
- Hvor stor reduksjon i helsekostnader som følger med en endring i forbruket av varen.

Prisfølsomme vareslag

Kyrre Rickertsen har i Landbruksøkonomisk forum nr 1/95 gitt en oversikt over egenpriselastisitene for alle viktige matvaregrupper basert på nordiske undersøkelser. Jo mindre priselastisk en vare er, desto større pristillegg trengs for å oppnå en gitt etterspørselsreduksjon.

Tabell 10.8: Egenpriselastisitet på noen viktige matvaregrupper

Egenpriselastisitet			
$-1{,}00<e_{ii}\leq-0{,}75$	$-0{,}75<e_{ii}\leq-0{,}50$	$-0{,}50<e_{ii}\leq-0{,}25$	$-0{,}25<e_{ii}\leq-0{,}00$
Alkoholholdige varer	Forbruk på restauranter		Kaffe, te og kakao
Ost	Kjøtt	Egg	Andre matvarer
Fisk	Storfekjøtt	Lam og sauekjøtt	
	Svinekjøtt	Konsummelk	
Fersk frukt og bær	Ferske grønnsaker konserverte vegetabiler	Spisefett og -olje Brød og kornvarer	Sukker

Kilde: Kyrre Rickertsen, Landbruksøkonomisk forum nr 1/95

Av tabell 10.8 framgår det at alkoholholdige varer, ost, fisk, fersk frukt og bær har de høyeste egenpriselastisiteter, mens storfe- og svinekjøtt og ferske grønnsaker ligger i et høyt mellomskikt. Konsummelk, brød og kornvarer samt poteter ligger i et lavt mellomskikt og sukker og kaffe ligger særlig lavt. Mineralvann som er en betydelig sukkerkilde har i estimeringene på det norske marked vist en såvidt høy elastisitet i tallverdi som -1,2.

For enkelte varer vil en finne relativt stor priselastisitet kombinert med høy positiv kryssprisselastisitet, dvs. effekten av prisendring på en vare på etterspørselen etter en annen. Sannsynligvis er det høy kryssprisselastisitet mellom helmelk, lettmelk og skummet melk, mellom smør og margarin, mellom hard og myk margarin, mellom de ulike kjøttslag, mellom kjøtt og fisk, mellom pulverkaffe og kokekaffe og til en viss grad mellom grovt og fint mel.

Ses egenpriselastisiteter og kryssprisselastisiteter i sammenheng, synes sukret mineralvann, fisk, kjøtt, fersk frukt, fet og mager ost, helmelk og lettmelk, ferske grønnsaker og trolig grovt og fint mel å peke seg ut som varegrupper som bør vurderes nærmere for bruk av prisvirkemidler. I den videre vurdering må kostnadene og kontrollproblemene ved administrering av ordningen, og virkningene som en gitt endring i forbruket har på helsetjenestekostnadene og på personlig velferd ved mindre sykdom tas hensyn til.

Momskompensasjon/forbrukersubsidier

Forbrukersubsidier har i en rekke år blitt benyttet ut fra inntektsfordelingshensyn. Det foregikk imidlertid en gradvis reduksjon inntil det ved behandling av nasjonalbudsjettet for 1993 i vårsesjonen ble vedtatt å fjerne også de siste subsidiene som omfattet melk og ost. Samtidig ble det innført kompensasjon for merverdiavgift på de samme produktene samt kjøtt ut i fra fordelingshensyn. Ulempen ved overgangen fra subsidier til kompensasjon sett fra et ernæringssynspunkt er at den gunstige differensieringen mellom magre og fete produkter ble borte. Det kan derfor vurderes om det er mulig å unnta de mest fettholdige av disse produktene fra ordningen med momskompensasjon.

Differensiert merverdiavgift

Flere land benytter i dag differensiert merverdiavgiftssystem. Sverige innførte et slikt system fra 1. januar 1992. Der ble avgiften på matvarer senket generelt. Dersom det skal vurderes innført differensiert merverdiavgift i Norge og avgiften skal få ernæringsmessig gunstig virkning, må det tas ernæringsmessige hensyn ved avgrensingen av hvilke matvarer som gis nedsatt moms. Det pekes spesielt på muligheten av redusert merverdiavgift for fisk, grove kornvarer, frukt og

grønnsaker samt å unnlate å sette ned momsen for de mest fettholdige melkeproduktene. Ved en eventuell innføring av et differensiert merverdiavgiftssystemet kan man i første omgang velge ut redusert moms for råvarer, ikke bearbeidede produkter.

Tollsatser - importvern

Som følge av GATT-avtalen er importvernet lagt om. Kvantitativt og datobasert importvern er skiftet ut med et importvern basert på tollsatser. Tollsatsene er bestemmende for både det innenlandske prisnivå og kvantaene som vil bli importert av de ulike vareslag. Generelt er tollregimets utforming et resultat av nærings- og handelspolitiske avveininger, der også fiskale hensyn kan spille inn, jf omtalen av jorbruksavtalen under. Dette medfører at tilgjengeligheten på sunne matvarer kan bli lavere enn det som er helsemessig ønskelig. Det er ikke forhold ved tollsystemets utforming som er til hinder for at også helse-/ernæringsmessige hensyn kan tas i betraktning ved utformingen av tollregimet (høy pris og lavere kvantum). Dette kan eksempelvis være aktuelt ved vurdering av tollen på visse landbruksvarer, f.eks. på grønnsaker og frukt.

Priser og tilskudd i jordbruksavtalene

Jordbrukspolitikken har målsettinger vedrørende produksjon, effektivitet, inntekt, bosetting og miljø. Det er opplagt at disse kan komme i konflikt med en ernæringsmålsetting. Dersom det ønskes en større vektlegging på ernæring, må ernæringsmål innlemmes som en del av jordbruksavtalen da denne setter rammen for priser til forbruker. I denne sammenheng er det viktig hvilke varegrupper det skal settes målpriser på, og på målprisenes størrelse.

Resultatet av jordbruksoppgjøret for 1998 førte til en prisøkning på melk og melkeprodukter på ca 1-2 prosent, en prosent for kjøtt og kjøttprodukter og fem prosent for grønnsaker, dvs. størst prisøkning på grønnsaker som man ut fra helsehensyn ønsker økt forbruk av.

Spesielle avgifter

Som nevnt over har vi i dag særavgifter på sukker, sukkervarer og sjokolade. Disse avgiftene har imidlertid i utgangspunktet hatt en fiskal og ikke ernæringsmessig begrunnelse.

Ut i fra ovennevnte faktorer for bedømmelse av hvilke vareslag som vil kunne egne seg for bruk av særavgifter; helsegevinst, priselastisitet/kryssprisselastisitet og administrative kostnader, er det to varegrupper som peker seg ut som aktuelle: salt og fettholdige produkter.

Salt:

Den kjemiske betegnelsen på vanlig salt er natriumklorid (NaCl). Det er inntaket av natrium i saltet som knyttes til negative helsekonsekvenser, der den forhøyende effekten på blodtrykket anses som det viktigste. Høyt blodtrykk medfører økt risiko for hjerte- og karsykdommer. Høyt saltinntak øker også risikoen for magekreft.

Anslag tyder på et gjennomsnittlig inntak på 10-12 g salt per dag. Dette er over dobbelt så mye som anbefalt nivå fra Statens ernæringsråd på høyst 5 g per dag. En reduksjon i det daglige saltinntaket med 3-5 gram skulle kunne senke befolkningens blodtrykk og dermed redusere dødeligheten av hjerteinfarkt og hjerneslag med 5 til 16 prosent for personer under 70 år.

Avgiftsteknisk sett vil det være svært krevende å avgiftsbelegge alt salt i alle næringsmidler. En avgift kun på salt til husholdningsbruk vil imidlertid, avgiftsteknisk sett, ikke være vesentlig mer komplisert enn andre særavgifter. Avgift på salt til husholdningsbruk trolig vil ha liten effekt på forbruket (lav priselastisitet). En slik avgift vil imidlertid kunne være et viktig signal, som sammen med økt opplysningsvirksomhet kan bidra til å redusere saltinntaket på lengre sikt.

Fettholdige produkter:

Et høyt inntak av fett øker risikoen for livsstilssykdommer som hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, diabetes, gallestein, overvekt og visse kreftformer. Reduksjon av det totale fettinntaket er viktig for å forebygge kreft og fedme. Med tanke på forebygging av hjerteinfarkt er det viktigste å minske inntaket av hardt fett (mettet fett og transfett). Det er vist at forandring av kostens fettsyresammensetning kan senke serum-kolesterol og risikoen for hjerteinfarkt. Når hardt fett som inneholder mye mettede fettsyrer og transfettsyrer byttes mot fett rikt på umettede eller flerumettede fettsyrer minsker serum-kolesterol. Dessuten kan inntak av fisk og fiskefett minske risikoen for hjerteinfarkt.

En avgift på selve råvaren fett og en generell avgift også på fett som bestanddel i andre produkter/næringsmidler skaper såvidt store administrative og systemmessige problemer at en slik særavgift ikke kan anbefales som et hensiktsmessig virkemiddel i ernæringspolitikken. Særavgift på særlige fettholdige produkter som spesielt inneholder mye mettet fett, vil være enklere å praktisere. Det kan derfor vurderes å innføre en særavgift på produkter som bidrar til et høyt inntak av hardt fett. Eksempler på slike produkter er: H-melk, kremfløte, seterrømme, meierismør og fet ost. Disse produktene alene representerer nesten 50 prosent av det totale forbruket av mettet fett i Norge. Hensikten med å innføre en slik særavgift vil være å vri forbruket i retning av mindre fettholdige produkter, for eksempel at barn drikker lett- eller skummet melk i stedet for helmelk.

Konklusjon:

Utvalget er av den oppfatning at økonomiske virkemidler i større grad enn i dag bør benyttes innenfor ernæringspolitikken for å oppmuntre til et sunt kosthold. I denne sammenheng mener utvalget det bør ses nærmere på virkemidler for å øke forbruket av frukt, grønnsaker og fisk og kornvarer, samt virkemidler for å vri forbruket av fettholdig(e) til mindre fettholdig(e) melk og melkeprodukter og fete kjøttvarer.

Miljøavgifter

I miljøpolitikken finnes følgende økonomiske virkemidler: Avgifter, pante- og retursystemer, omsettelige utslippskvoter og subsidier. I slutten av 1980-årene begynte man å fokusere på hvordan økonomiske instrumenter, i særdeleshet avgifter, kunne spille en større rolle for å redusere forurensing. Bruken av avgifter er blitt noe utvidet. Nye miljørelaterte avgifter er blitt innført, eller eksisterende fiskale avgifter er blitt omdefinert helt eller delvis til miljøavgifter. Det er en politisk trend i OECD-landene at avgiftssystemene i større grad tilpasses miljømessige vurderinger, og at slike vurderinger nå spiller en viktig rolle i utformingen av landenes avgiftspolitikk. Norge, sammen med Danmark, Finland, Nederland, og Sverige, er blant de landene som i størst grad benytter miljøavgifter og som har endret avgiftssystemet samtidig med generelle skattereformer for å fjerne eller redusere vridende skatter og avgifter. I slike skattereformer synes miljøhensyn å spille en viktig rolle, i det man forsøker å vri beskatningen over på forurensende produksjon og forbruk. Omstruktureringen gjelder først og fremst avgiftene på energi.

I en internasjonal sammenlikning av beskatningen av miljøskadelige produkter og aktiviteter støter man raskt på spørsmålet om hva som bør regnes som «miljøavgifter». Det er viktig å understreke at det er prisene bedriftene og konsumentene står overfor som påvirker deres tilpasning. Eventuelle avgifter (eller subsidier) vil påvirke markedsprisene, men de vil ikke være alene om å bestemme nivået på dem. Begrunnelsen for at en avgift (eller en subsidie) er innført, vil ikke ha betydning for hvilken miljømessig effekt den vil ha. Det man ønsker å oppnå med en gitt avgift,

vil imidlertid ha betydning for hvordan den rent praktisk bør utformes, slik at den skaper de tilsiktede insentivene. Det er også viktig å påpeke at omfanget av avgifter eller subsidier med miljømessige effekter i de ulike landene ikke gir et fullstendig bilde av «styrken» i miljøpolitikken i de respektive landene. Alle land bruker i tillegg, i varierende grad, ulike administrative virkemidler i sin miljøpolitikk. Det er ikke foretatt noen kartlegging av omfanget av bruken av slike virkemidler internasjonalt. På tross av disse forbeholdene er det hevdet at det er grunnlag for å konkludere med at omfanget av «miljøprising» internasjonalt sett er høyt i Norge. Dette er blant annet en refleksjon av at miljøspørsmål har stått sentralt på den politiske agenda relativt lenge i Norge.

For øvrig vises det til NOU 1996:9 Grønne skatter - en politikk for bedre miljø og høy sysselsetting, Regjeringens forslag til grønne skatter i St.prp. nr. 54 (1997-98) Grønne skatter og Stortingets behandling jf Innst. S. nr. 247 Finanskomiteens innstilling om grønne skatter.

Konklusjon:

Utvalget ønsker for øvrig å peke på viktigheten av bruken av økonomiske virkemidler i miljøpolitikken i Norge for å påvirke tilpasning/adferd i miljømessig gunstig retning, sett i sammenheng med den store betydningen miljøet har for folks trivsel og helse.

10.3 SAMORDNING AV ANDRE RAMMEBETINGELSER

10.3.1 Innledning

Utvalget har flere steder tidligere i utredningen pekt på at den sektordelte staten og de sektorvise rammebetingelsene - f.eks. deler av lov- og regelverk og økonomiske ordninger overfor kommunesektoren - legger hindringer i veien for styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. I dette underkapitlet drøfter utvalget behovet og muligheter for en bedre samordning av lov- og regelverk i både det sykdomsforebyggende og det helsefremmende arbeidet (10.3.2). Etter utvalgets mening er samordnet virksomhets- og økonomiplanlegging det viktigste virkemidlet i dag. Fylkes- og kommuneplanleggingen drøftes derfor i 10.3.3.

10.3.2 Samordning av eller endringer i lov- og regelverk

I dette punktet vil utvalget vurdere om det er behov for samordning av eller endringer i lov- og regelverk som angår arbeidet med å styrke folkehelsen. Utvalget har i underkapittel 3.3 gitt uttrykk for at når det gjelder sykdomsforebyggende arbeid gir lov- og forskriftsverk i utgangspunktet et godt grunnlag for å ivareta dette. Når det derimot gjelder helsefremmende arbeid synes lov- og forskriftsverk mindre treffsikkert og fleksibelt. Det er derfor på dette punktet at utvalget har synspunkter. Ettersom utvalget ikke er et lovutvalg eller har juridisk kompetanse vil utvalget nøye seg med å peke på områder der det kan være behov for endringer. Utvalget vil ikke foreslå konkrete endringer i lovtekst o.l.

Rettslig regulering av elevers arbeidsmiljø?

Som nevnt i *"Lovgrunnlag og definisjoner"* i kapittel 3 i beskrivelsen av den nye opplæringsloven, har en under lovarbeidet vært opptatt av elevers arbeidsmiljø. I denne forbindelse er det nedsatt en arbeidsgruppe som utreder rettstilstanden på dette området. Arbeidsgruppen skal vurdere behovet for endringer i den rettslige reguleringen av elevers arbeidsmiljø. Både plan- og bygningsloven, arbeidsmiljøloven, lov om helsetjenesten i kommunene og gjeldende opplæringslover har bestemmelser med betydning for elevers arbeidsmiljø. Forskriften om miljørettet helsevern i barnehager og skoler er gitt med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven.

Forskriften ble innført for å ivareta bl.a. elevers arbeidsmiljø. Forskriften om miljørettet helsevern i barnehager og skoler krever at virksomheten skal være «helsemessig tilfredsstillende». Dette vurderes av arbeidsgruppen som et tilstrekkelig krav for å ivareta elevers arbeidsmiljø på samme måte som arbeidsmiljøloven § 7 om at arbeidsmiljøet skal være «fullt forsvarlig».

Kommunene har ansvaret for å godkjenne alle barnehager og skoler etter forskriften om miljørettet helsevern innen 31.12.98. Regjeringen vil etter at denne fristen er utløpt foreta en bred gjennomgang av situasjonen og vurdere i hvilken grad målsettingen med forskriften er oppfylt. På dette grunnlaget vil Regjeringen legge fram for Stortinget hvilke eventuelle ytterligere rettslige reguleringer og eventuelle andre tiltak som er nødvendig for å ivareta elevers arbeidsmiljø.

Utvalget viser til dette arbeidet. På bakgrunn av at utvalget fokuserer så sterkt på barn og unge som målgruppe i folkehelsearbeidet, er dette etter utvalgets mening en viktig sak.

Samordning av konsekvensutredninger etter plan- og bygningslovens bestemmelser

Som pekt på i *"Lovgrunnlag og definisjoner"* i kapittel 3 har både plan- og bygningsloven og kommunehelsetjenesteloven bestemmelser om plikt til konsekvensutredning. Innholdet av konsekvensutredningsplikten etter plan- og bygningsloven er nærmere konkretisert i forskrifter, se gjeldende forskrift av 13.12.1996, og det er også utgitt fyldig veiledningsmateriale til bestemmelsene. Konsekvensutredning etter plan- og bygningsloven skal sikre at virkningene på miljø, naturressurser og samfunn blir tatt i betraktning under planlegging av tiltak som faller inn under utredningsplikten. Av forskriften framgår at konsekvensutredningen derfor må inneholde beskrivelser av direkte og indirekte konsekvenser for bl.a. mennesker, dyre- og planteliv, jordbunn, vann, luft, klima, landskap, estetiske hensyn og ulykkesrisiko. Hvilke tiltak som skal konsekvensutredes er fastsatt i vedlegg til forskriften. Enkelte tiltak skal alltid konsekvensutredes, mens andre bare skal utredes etter en nærmere vurdering av bestemte kriterier, bl.a. om tiltaket medfører vesentlig økning i antall personer som utsettes for luftforurensing, dårligere vannkvalitet eller støy. Konsekvensutredninger etter kommunehelsetjenesteloven skal sikre at mulige helsemessige konsekvenser av et forhold eller en virksomhet utredes, men hva som kan kreves utredet er til nå ikke utdypet verken i forskrifter eller veiledningsmateriale, selv om det synes å være et stort behov for en nærmere konkretisering av bestemmelsens innhold.

Etter utvalgets mening ligger forholdene til rette for en samordning av konsekvensutredningsplikten etter de to lovverkene. Konsekvensutredningsplikten etter plan- og bygningsloven omfatter allerede en rekke forhold av betydning både for det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Det er dessuten på dette feltet allerede etablert et saksbehandlingssystem som skal sørge for samordning med andre myndigheter. En felles forskrift for konsekvensutredninger etter begge lovverkene er derfor etter utvalgets syn en nærliggende ide.

10.3.3 Samordnet planlegging må til

Utvalget har i *"Lovgrunnlag og definisjoner"* i kapittel 3 vist til plan- og bygningslovens bestemmelser når det gjelder den sektorovergripende samfunnsplanleggingen. De mulighetene som ligger i denne plantypen passer på en helt annen måte enn sektorplanlegging, til bredden i folkehelsearbeidet - når det gjelder problemer, utfordringer, sårbare grupper, viktige arenaer og aktører og virkemidler på de fleste samfunnssektorer. Utvalget vil imidlertid først gå gjennom de helse- og sosialplan-

systemene vi har i Norge i dag og holde deres fortrinn og ulemper opp mot plan- og bygningslovens system.

Sektorplanlegging for helsetjenesten:

Planlegging av sykehus og andre helsetjenester i fylkeskommunen

Nåværende sykehuslov

Nåværende sykehuslov (19.juni 1969, nr. 57) pålegger i § 2 fylkeskommunene å sørge for planlegging, utbygging og drift av de institusjoner og tjenester som de har ansvaret for. Fylkeskommunen skal utarbeide en plan for løsningen av disse oppgavene. Planen skal godkjennes av Kongen. To eller flere fylkeskommuner kan samarbeide om oppgavene, og Kongen kan bestemme samarbeid mellom fylkeskommuner og statlige institusjoner og tjenester.

Regional helseplanlegging

I St.meld.nr. 24 (1996-97) Tilgjengelighet og faglighet Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste ble det foreslått at regionale helseplaner utarbeidet av de regionale helseutvalg skulle erstatte sykehuslovens regler om fylkeshelseplaner. De regionale helseplanene skulle godkjennes sentralt etter behandling i de respektive fylkeskommuner. Flertallet i sosialkomiteen sluttet seg til dette, det samme gjorde Stortinget.

Utkast til lov om spesialisthelsetjenester

I høringsnotat til utkast til ny lov om spesialisthelsetjenester, går det fram at departementet finner det både nødvendig og ønskelig at det utarbeides planer. Dette vil være en viktig informasjonskanal mellom staten og fylkeskommunene, og staten vil ved å ta de endelige beslutninger vedrørende planen ha et viktig styringsverktøy for å sikre at nasjonale målsettinger og statlige prioriteringer blir fulgt opp i fylkeskommunene.

I lovutkastet har planleggingsplikten fått et eget kapittel som lyder *"Folkehelsearbeidet i enkelte andre land"* i Kapittel 6 Regionale helseplaner hvor § 6-1 lyder:

«§ 6-1 Regional helseplan

Det regionale helseutvalg, jf § 5-2, annet ledd, skal på vegne av fylkeskommunene i regionen utarbeide en regional helseplan.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om innhold og utforming av den regionale helseplan og rapportering om gjennomføring av planen.

Den regionale helseplan skal vedtas av departementet. Departementet kan knytte slike vilkår til vedtaket som finnes påkrevet for å sikre oppfyllelse av denne loven og bestemmelser gitt i medhold av den og for å ivareta nasjonale interesser.»

Utvalget kan ikke se at dette planleggingssystemet vil ha noen særlig relevans for planlegging av folkehelsearbeidet i kommunesektoren. Innholdet i dette planarbeidet vil være andre oppgaver innen helsetjenesten. Samarbeid og samordning gjennom planlegging etter plan-og bygningsloven vil derfor fortsatt være et aktuelt verktøy for folkehelsearbeidet både på fylkeskommunalt nivå, på kommunalt nivå og samarbeidet mellom nivåene.

Utkast til lov om helsemessig og sosial beredskap

I forbindelse med utkast til lov om helsemessig og sosial beredskap har en valgt å ha en generell beredskapsplanhjemmel i den nye loven (§ 2-2) samt å foreslå endringer i hhv kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven, lov om tilsyn med næringsmidler, sykehusloven og folketrygdloven mht pålegg om å utarbeide beredskapsplaner for disse lovenes ansvarsområder.

Lov om planlegging av helse- og sosialtjenesten i kommunene

Det vises til omtalen i *"Lovgrunnlag og definisjoner"* i kapittel 3.

Sosial- og helsedepartementet har i samarbeid med Kommunenes Sentralforbund utarbeidet veiledere til denne loven, og det var stor aktivitet i begynnelsen av 80-årene for å få kommunene til å engasjere seg i helse- og sosialplanleggingen. Samtlige norske kommuner utarbeidet førstegenerasjonsplaner, og en god del rullerte også sine planer.

Departementet utarbeidet i midten og siste halvdel av 80-årene også en veileder for den kommunale eldrepolitikken, en veileder for tiltak innen rusmiddelomsorgen samt det første og siste planskrivet i 1986. Status for helse- og sosialplanleggingen etter denne særloven er p.t. ukjent, men flere forsknings- og evalueringsprosjekter har vist at denne form for planlegging hadde lite for seg - det ble mye en vareopptelling av hva kommunene hadde på gang, planene ble tatt til etterretning av kommunestyrene, og de ble svært ofte liggende i skuffer uten noen praktisk betydning. Departementet brukte tidligere konsulentene for sosial omsorg i fylkene (først hos fylkeslegen, dernest hos fylkesmannen) til å følge med i og gi veiledning i planarbeidet, men innsats på dette området er nå sterkt redusert. Departementet anbefaler kommunene å planlegge sine helse- og sosialtjenester som en integrert del av kommuneplanen etter plan- og bygningslovens bestemmelser. Det har ved flere anledninger vært på tale å oppheve loven, men dette har foreløpig ikke fått sin endelige løsning.

I forbindelse med en rekke handlingsplaner og prioriterte tjenesteområder i kommunene (planer for lokal rehabilitering, funksjonshemmede, personer med psykiske lidelser og eldre), har Sosial- og helsedepartementet delvis foreslått eller ser ut til å kunne foreslå å styrke den kommunale planleggingen av disse gjennom 4-årige handlingsplaner. Utgangspunktet er at de ulike delplanene skal rulleres hvert år i planperioden. I tillegg blir kommunene ofte pålagt å utarbeide individuelle tiltaksplaner for de personer som omfattes av handlingsplanene. Her kan for eksempel nevnes Handlingsplan for eldreomsorgen 1998-2001. Departementet understreker riktignok i brev om denne planen til landets kommuner den sammenhengen det må være mellom de ulike handlingsplaner, sektorplaner, kommuneplan og økonomiplan og behovet for bedre helhet og samordning i tråd med gjeldende planlovgivning. Det går videre fram at departementet tar sikte på å gi en utfyllende veiledning om planlegging av helse- og sosialtjenestene i kommunene der lov om planlegging av helse- og sosialtjenesten i kommunene ses i nær sammenheng med bestemmelsene i plan- og bygingsloven (rundskriv I-32/98).

Kommunene er også i enkelte andre særlover som f.eks. etter smittevernloven pålagt å utarbeide en plan for smittevernet.

Helhetlig planlegging etter plan- og bygningsloven

Det vises til *"Lovgrunnlag og definisjoner"* i kapittel 3 hvor plan- og bygingsloven er nærmere omtalt og eksempler på hvordan fylkesplaner og kommuneplaner har tatt opp i seg folkehelsearbeidet som viktig innsatsområde. Dette er belyst i *"Mangfold i folkehelseabeidet i kommuner og fylkeskommuner"* i kapittel 5.

I St.meld. nr. 26 (1996-97) Regional planlegging og arealpolitikk understrekes kommuneplanens rolle som et verktøy for strategisk utvikling av kommunen, og at arbeidet med kommuneplanen vil bli styrket. Det skal skje en gjennomgang av hvordan kommuneplanleggingen faktisk blir brukt i kommunene med vekt på sammenhengen mellom de langsiktige strategiene (10-12 år), de fire-årige handlingsprogrammene og økonomiplanen og den årlige budsjettbehandlingen. Det vil også bli iverksatt en resultatvurdering av planleggingen sammen med departementer som har ansvar for kommunale plansystem og Kommunenes Sentralforbund. Å finne ut

hvordan kommunene følger opp nasjonale mål, ny kunnskap, nye regionale føringer fra fylkesplanene og nye lokale behov er viktig.

Dagens planbestemmelser er rammebestemmelser som fastsetter ansvar, rettigheter og plikter i planleggingen:

– desentralisert planleggingsansvar
– folkevalgt styring av planleggingen
– medvirkning og innflytelse i planleggingen
– forenkling og problemrettet planlegging

St.meld. nr. 29 (1996-97) Regional planlegging og arealpolitikk tar opp en rekke utfordringer for kommuneplanleggingen med særlig relevans for helsespørsmål. Dette er de viktigste:

– Forholdet mellom miljø, fysisk og psykisk helse og sikkerhet bør i langt større grad tas inn i den kommunale planleggingen.
– Befolkningens behov for trygghet og trivsel må fanges opp og veie tungt i planprosessene.
– Styrke kunnskapsgrunnlaget og integrasjon av miljø, helse og samfunnshensyn i den kommunale planleggingen, herunder konsekvensvurderinger integrert i planleggingen.
– LA-21-arbeidet vil stille nye krav til kommuneplanleggingen - bred deltakelse, langsiktige hensyn til helse, miljø og god livskvalitet.

Planleggingen etter plan- og bygningsloven er aktørorientert, og alle sektorer må ha aktører som kan bidra i arbeidsprosessene. Dette gjelder også helse- og sosialsiden som i liten grad har deltatt aktivt:

– Planlegging vil alltid innenbære interessekamp, politisk prioritering og avveining av målkonflikter.
– Nasjonale føringer og fylkesplanen gir en rekke målkonflikter som må løses lokalt.
– Det er i stor grad de aktive aktørene i planprosessene som avgjør hvilke spørsmål som blir satt på dagsorden.
– Helse- og sosialsiden må ha aktører som kan bidra med kompetanse i planprosessene både lokalt og regionalt.
– Det er derfor sentralt at helsemyndighetene driver opplæring i plansystemet og legger til rette for at kunnskap om helse og miljø-forhold bringes tidlig inn i planprosessen, slik at denne type forhold kan være premissgivende for den videre planlegging.

(Kilde: Foredrag E. Plathe og HK Halvorsen v/ Asplan Viak for utvalget)

Konklusjon

Utvalget mener at å styrke folkehelsearbeidet i kommunene må være politikerjobb nr.1 jf omtalen i innledningen til *"Lovgrunnlag og definisjoner"* i kapittel 3. Et av de viktigste politikerverktøy på kommuneplanet, er den samordnete kommuneplanleggingen etter plan- og bygningsloven og koblingen til kommuneplanens økonomibestemmelser. Det finnes etter utvalgets oppfatning flere måter å gå fram på for å styrke virksomhets- og økonomiplanleggingen av folkehelsearbeidet i kommunene. En mer bevisst bruk av kommuneplanleggingen etter plan- og bygningsloven er en vei å gå. Utvalget foreslår disse konkrete tiltakene:

1. Kommuneplanen og økonomiplanen skal være utgangspunktet for alt folkehelsearbeid i kommunene (plan- og bygningsloven § 20-1 og kommuneloven §§ 5 og 44.). Utvalget mener at dersom folkehelsearbeidet skal komme sterkere

inn i samfunnsplanleggingen og sikres ressurser, vil det være hensiktsmessig at det faste planutvalg i kommunen (plan- og bygningsloven § 22-2) får hovedansvar for planleggingen.

2. På en del områder er det lovpålagt at kommunene lager delplaner (f. eks. § 20-4 Arealplan). Utvalget har vurdert om en plan for folkehelsearbeidet bør lovfestes som delplan eller om et slikt krav bør fastsettes konkret i forskrift til plan- og bygningsloven. Utvalget viser til at flere kommuner og fylkeskommuner har gode erfaringer med å utarbeide planer for folkehelsearbeidet. Utvalget mener at delplaner må være en frivillig oppgave, og at kommunene og fylkeskommunene selv må vurdere om en delplan kan være en hensiktsmessig arbeidsform. Dette er i tråd med utvalgets sterke vektlegging av lokaldemokratiets egne prioriteringer, og at dette er lokalpolitikernes jobb nr. 1.
3. Helse- og sosialtjenesten vil med eventuelle helse- og levekårsprofiler og sine kunnskaper om helsetilstanden og sosiale forhold i kommunen, være viktige permissleverandører i det kommunale plan- og økonomiarbeidet.
4. Plan- og bygningslovens og kommunelovens bestemmelser om informasjon, innsyn og deltakelse i plan- og budsjettprosessene, slår fast prinsippet om reell bruker- og borgermedvirkning. Å følge opp denne form for aktiv medvirkning er svært viktig for å lykkes i skape et godt folkehelsearbeid.
5. Også når det gjelder arealplanleggingen bør kommunene legge til grunn et folkehelseperspektiv. F.eks. er det viktig i denne delen av planleggingen å være tilstrekkelig oppmerksom på behovet for arealer til fysisk aktivitet, mosjon, idrett, trygge skoleveier, trafikksikre bo- og nærmiljøer og å tilrettelegge for funksjonshemmede.

10.4 FYLKESKOMMUNENES OG STATENS FRAMTIDIGE ROLLE SOM STØTTESPILLERE FOR FOLKEHELSEARBEIDET I KOMMUNENE

10.4.1 Innledning

I Forebyggingsmeldingen er det fremmet et forslag til felles målstruktur for forebyggende og helsefremmende arbeid med utgangspunkt i det overordnede mål: Flere gode leveår for alle. Målstrukturen i dette forslaget er delt i to:

Delmål 1: Fremme helse gjennom gode levekår.

Delmål 2: Forebygge sykdom, skade og sosiale problemer.

Departementet uttalte om denne målstrukturen bl.a. at bare i samarbeid med flere sektorer er det mulig å arbeide for det overordnede målet om flere gode leveår for alle. Dette gjelder særlig innsatsområdene psykososiale problemer, belastningslidelser og ulykker.

Sosialkomiteen uttalte følgende ved behandlingen av meldingen:

> «Etter komiteens syn innebærer dette en utvidet forståelse av hvilke faktorer som påvirker folks helse og trivsel. En slik tilnærming må etter komiteens mening føre til et omfattende samarbeid på tvers av ulike sektorer og forvaltningsnivåer så vel som mellom offentlige etater, næringslivet og frivillige organisasjoner. Komiteen ser derfor nødvendigheten av at det for å ivareta helheten blir iverksatt konkrete tiltak som kan formalisere slikt samarbeid på tvers av sektorenes egne interesseområder.»

(Innst. S. nr. 118 (1993-94) s. 4, 2. spalte.)

Utvalget har i flere sammenhenger pekt på at folkehelsearbeid består av tiltak som dels har karakter av å være helsefremmende, dels sykdomsforebyggende. Dette er to dimensjoner i folkehelsearbeidet som er tett sammenvevd, men likevel slik at det på mange måter er to forskjellige dimensjoner i de enkelte tiltak. F. eks. vil tiltak innenfor det arbeidet som er skissert i *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8 Livskvalitet - deltakelse - mestring klart ha hoveddimensjonen helsefremmende, mens f. eks. tiltak innenfor smittevern like klart i hovedsak har dimensjonen sykdomsforebyggende.

Som nevnt i punkt 10.6.2 har helsemyndighetene fått en pådriverrolle i forebyggende arbeid av Stortinget, og utvalget peker i denne sammenheng på at man må være på vakt slik at ikke denne pådriverrollen fører til uklarheter når det gjelder ansvar.

Utvalget mener at det også i forhold til forvaltningsnivåene er viktig å være oppmerksom på nødvendigheten av å presisere ansvarsforholdene, og at man i drøftingen av organiseringen av folkehelsearbeidet i framtiden må ta utgangspunkt både i målstrukturen som ble fremmet i Forebyggingsmeldingen, samtidig som ansvaret for de forskjellige tiltak må markeres klart.

Utvalget vil i dette kapitlet gå nærmere inn på disse spørsmålene, samtidig som utvalget fremmer forslag til løsninger med sikte på en mer varig struktur i organiseringen av folkehelsearbeidet i framtiden, jf at arbeidet med de fire innsatsområdene hittil har tatt utgangspunkt i at man i en startfase må satse på tidsbegrensede handlingsplaner.

10.4.2 Fylkeskommunens rolle

Fylkeskommunenes rolle i forebyggende arbeid er etter utvalgets oppfatning tredelt:

- Fylkeskommunene er pålagt å utarbeide en fylkesplan som skal samordne statens, fylkeskommunens og kommunenes virksomhet. Dette må også gjelde forebyggende arbeid.
- Fylkeskommunene kan planlegge og gjennomføre egne forebyggende tiltak overfor innbyggerne, jf utkastet til ny lov om spesialisthelsetjeneste der det på tilsvarende måte som i kommunehelsetjenesteloven er formulert i formålsparagrafen et ansvar for at også fylkeskommunenes spesialisthelsetjeneste skal fremme folkehelsen og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming.
- Fylkeskommunene kan bidra med kompetanse som en støttefunksjon i forbindelse med kommunenes forebyggende arbeid og er bl.a. i denne sammenheng en ressurs for kommunene i fylket. Dette gjelder både generelt f. eks. gjennom plankompetanse og gjennom fylkeshelsetjenestens kompetanse.

Nærmere om fylkesplanen

Det er flere steder i denne utredningen pekt på at lokalsamfunnsutvikling må bli et helt grunnleggende arbeidsfelt i helsefremmende arbeid. Å samordne den fysiske, økonomiske, sosiale og kulturelle virksomhet er kjernen i lokalsamfunnsutviklingen, og det krever god samordning horisontalt og vertikalt. Det er kommunesektoren selv som har hovedansvaret for lokalsamfunnsutviklingen. Utvalget har pekt på hvordan fylkeskommunen kan bistå kommunene med kompetanse og veiledning. Staten kan støtte opp dette gjennom å yte tilskudd i en periode til videreutvikling av fylkeskommunenes arbeid, jf forslag i punkt 10.4.3.

I forbindelse med drøftingen av fylkeskommunenes rolle i forebyggende arbeid er et sentralt virkemiddel kommunal og fylkeskommunal planlegging, jf plan- og

bygningsloven og § 5 i kommuneloven. Det er naturlig at også fylkeskommunene planlegger og gjennomfører egne tiltak overfor innbyggerne, men det er viktig at dette skjer samordnet med primærkommunenes arbeid, jf plan- og bygningsloven § 2 (formålsparagrafen), der det markeres at planlegging etter loven skal legge til rette for samordning av statlig, fylkeskommunal og kommunal virksomhet. Fylkeskommunen besitter en planfaglig kompetanse som de fleste kommuner ikke har. En viktig oppgave for fylkeskommunene blir derfor å bistå kommunene i planleggingen.

Utvalget viser til Miljøverndepartementets prosjekt «Kommunene og fylkesplanleggingen» med fem delprosjekter i 1998. I prosjektet vil det bl.a. bli sett på:

- hvordan kommunene og fylkeskommunen kan prioritere felles innsatsområder
- synliggjøre felles politisk ansvar for fylkets befolkning, næringsliv, miljø og natur
- klargjøre hvordan statens virksomhet regionalt og sentralt blir berørt
- utvikle et samhandlingsprogram m.m.

Utvalget vil henstille til at et delprosjekt om folkehelsearbeid også kobles på. Utvalget tror denne type prosjekter vil ha betydning for samordningsarbeidet på alle nivåer, og gi konkrete resultater. Et slikt utviklingsarbeid bør også kunne belyse nærmere behovet for samordning med Miljøverndepartementets satsing på Lokal Agenda 21.

Som kjent er kapitlene III til og med VII i plan- og bygningslovens forvaltet av Miljøverndepartementet, mens loven for øvrig er Kommunal- og regionaldepartementets ansvar. Viktig i sammenheng med drøftingen av fylkesplanen er at både kapitlet om fylkesplanlegging og kapitlet om kommuneplanlegging er lagt til Miljøverndepartementet. I lovteksten er det i begge disse kapitlene understreket at planleggingen skal samordne statens, fylkeskommunens og hovedtrekkene i kommunens fysiske, økonomiske, sosiale og kulturelle virksomhet, se §§ 19 - 1 og 20 - 1.

Det vises også i denne sammenheng til 10.3.3 med forslag om mer bevisst bruk av plan- og bygningsloven.

Utvalget har drøftet om en samordning av plan- og bygningsloven i ett departement ville styrke kommunenes og fylkeskommunenes folkehelsearbeid.

Et argument for er at dette ville innebære en administrativ forenkling.

Et annet argument for er at statens rolle er å legge til rette rammebetingelsene for lokalsamfunnsutviklingen, se omtalen av statens rolle i helsefremmende arbeid nedenfor. Å legge til rette rammebetingelsene krever at disse er samordnet fra statens side så langt mulig.

Argumenter mot en samordning av plan- og bygningsloven er følgende:

En slik samordning av plan- og bygningsloven i ett departement ville i seg selv neppe uten videre innebære en vesentlig endring for det lokale folkehelsearbeidet, som først og fremst er avhengig av en sterkere kommunalpolitisk prioritering. En samordning av lovverk er hensiktsmessig dersom det er behov for sterkere statlig styring og/eller samording av statlige tiltak og virkemidler. Økte statlige krav til hvordan kommunene skal utføre en oppgave er ikke hensiktsmessig på et område som nettopp krever tiltak på tvers av sektorgrenser, og hvor kommunene og fylkeskommunene skal stå fritt.

Utvalget er delt i synet på spørsmålet om et samlet forvaltningsansvar for plan- og bygningsloven.

Flertallet, utvalgets leder, representanten fra FFO og representanten fra Sosial- og helsedepartementet vektlegger argumentene for at Kommunal- og regionaldepartmentet må forvalte plan- og bygningsloven som en helhet, av hensyn til at ram-

mebetingelsene for lokalsamfunnsutvikling bør samordnes fra statens side. Flertallet er imidlertid klar over at alle sider ved et forslag som dette må ses nærmere på og går inn for at et eget utvalg oppnevnes for å utrede hva som kan oppnås bl.a. når det gjelder lokalsamfunnsutvikling, ved å samle ansvaret for plan- og bygningsloven i Kommunal- og regionaldepartementet.

Et mindretall, representanten for Kommunal- og regionaldepartementet og representanten for Kommunenes Sentralforbund viser til argumentene mot at man endrer på ansvarsforholdene når det gjelder forvaltningen av plan- og bygningsloven. At lovverket i dag er delt på to departementer synes ikke å representere noe aktuelt problem eller være til hinder for kommuners og fylkeskommuners folkehelsearbeid. På nærmeste sikt synes det nå viktig å støtte opp under lokalt forankrede prosjekter og prosesser for å styrke samordningsbehov, også for folkehelsearbeidet. Mindretallet tilrår derfor en strategi med fokus på fylkeskommunenes og kommunenes oppgaver og samarbeid. Det vises i denne sammenheng bl.a. til omtalen ovenfor av Miljøverndepartementets prosjekt «Kommunene og fylkesplanleggingen», og til andre forslag om å styrke fylkeskommunenes rolle i samarbeidet på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer, jf bl.a. punkt 10.2.2 Økonomiske virkemidler og underkapittel 10.5 Organisering av folkehelsearbeidet.

Nærmere om fylkeskommunenes egen aktivitet i folkehelsearbeidet

I *"Mangfold i folkehelseabeidet i kommuner og fylkeskommuner"* i kapittel 5 og i underkapittel 10.5 nedenfor omtales ulike modeller for folkehelsearbeid i fylkeskommunal regi.

Utvalget har merket seg den gledelige utviklingen som gjenspeiles i det materialet utvalget har fått fra fylkeskommunene i forbindelse med denne utredningen. Det er tydelig at mange fylkeskommuner allerede søker å følge opp intensjonene i kommuneloven og plan- og bygningsloven, jf det som er sagt ovenfor om dette.

Akershus fylkeskommune mener at potensialet for folkehelsearbeid i fylkeskommunens regi er stort. Det største potensialet er knyttet til fylkeskommunens regionale utviklingsoppgaver, og utfordringen er å bidra til en positiv lokalsamfunnsutvikling.

Utvalget vil nevne spesielt helse- og levekårsatlaset som Hordaland fylkeskommune i samarbeid med Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste utarbeidet i 1996. Særlig interessant er det at det i dette dokumentet er tatt med informasjon, ikke bare om mer tradisjonelle faktorer som tjenestetilbud og tjenesteforbruk, men også data om f. eks. risikofaktorer og levekår. Dette arbeidet bør klart kunne danne et utgangspunkt for å utarbeide en mal for et dokument av denne art i alle fylkeskommuner. Et slikt dokument vil åpenbart kunne danne plattform for fylkeskommunenes folkehelsearbeid, og utvalget foreslår at det med dette og andre lokale og regionale helseprofiler som grunnlag settes i gang utviklingsarbeid med henblikk på å utforme en slik mal.

Nærmere om fylkeskommunenes bidrag til kompetanse i forbindelse med kommunenes folkehelsearbeid

Fylkeskommunene har ansvar for spesialisthelsetjenesten, og dermed ressurser som bør kunne tjene som støttefunksjon for kommunenes forebyggende arbeid, jf at det i et høringsnotat vedrørende utkast til ny lov om spesialisthelsetjeneste er fremmet forslag om en formålsparagraf som tar sikte på at loven særlig skal fremme folkehelsen og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming. Dette er koblet til en plikt for fylkeskommunalt helsepersonell til å yte bistand i form av sin kompetanse til kommunene. I Forskrift om smittevern i helseinstitusjoner - sykehusinfeksjoner heter det bl.a. i § 3 - 1:

Fylkeskommunen skal også tilby nødvendig sykehushygienisk bistand til kommunale helseinstitusjoner innen fylket (sykehjem m. v.)

Oppfølgingen av ny lov om spesialisthelsetjenesten må på tilsvarende måte legge opp til at både laboratorieutstyr og ekspertise som fylkeskommunenes spesialisthelsetjeneste rår over er ressurser som i aktuelle sammenhenger må kunne tjene som faglig støtte for kommunehelsetjenesten. Denne ressursen må utnyttes i samarbeid bl.a. med de ressurser som kommunene bygger opp f. eks. i interkommunale ordninger samordnet med kommunalt næringsmiddeltilsyn. Dette er nærmere omtalt i kapitlene 3 og 4.

10.4.3 Statens rolle

Innledning

Som nevnt flere ganger i denne utredningen, se innledningen til kapittel 10, legger utvalget vekt på de to dimensjonene i folkehelsearbeidet: helsefremmende arbeid og sykdomsforebyggende arbeid som riktignok er forskjellige i sin natur, men som det ofte ikke er mulig å skille når man drøfter konkrete tiltak. Forskjellen er viktig, fordi den har nær sammenheng med drøfting av ansvar i folkehelsearbeidet. Pådriverrollen som helsesektoren er pålagt av Stortinget i forebyggende arbeid har i de årene som er gått etter dette vedtaket, etter utvalgets mening ført til at helsesektoren kanskje i enkelte sammenhenger har tatt ansvar i for stor grad. Dette har ført til uklarheter, og tiltak har falt mellom stoler i enkelte tilfelle.

Utvalget understreker igjen at alle tiltak i folkehelsearbeidet har elementer fra begge dimensjoner, men enkelte tiltak er i overveiende grad helsefremmende i sin natur, andre er sykdomsforebyggende. Dette er et viktig forhold i drøftingen av statens rolle i folkehelsearbeidet i framtiden. I det følgende vil utvalget drøfte disse to dimensjonene hver for seg, bl.a. for å markere at statens forhold til kommunesektoren bør være forskjellig i de to dimensjonene. F. eks. må Kulturdepartementet ha et klart ansvar for kulturarbeidet som er ett viktig element i dimensjonen helsefremmende arbeid, mens Sosial- og helsedepartementet må ha et hovedansvar for sykdomsforebyggende arbeid.

Statens rolle i helsefremmende arbeid

Av omtalen av sentrale elementer i helsefremmende arbeid i *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8 går det fram at i hovedsak dreier dette seg om utjevning av levekår og økt livskvalitet. Men deltakelse og mestring, et annet viktig element i helsefremmende arbeid, må i all hovedsak baseres på utvikling av nærmiljøstrategier og medvirkning fra lokalbefolkningen og dermed frivillige organisasjoner. Med andre ord må utviklingen av denne dimensjonen baseres på det man kaller en strategi som tar sitt utgangspunkt i grunnplanet, med andre ord en typisk «nedenfra og opp» -strategi. Statens rolle blir derfor å etablere støttefunksjoner til slike prosesser, det kan dreie seg om økonomisk støtte slik som det er foreslått av regjeringen når det gjelder frivillige organisasjoner, eller i enkelte tilfelle en modernisering av lovverket slik at denne type folkehelsearbeid fremmes, ihvertfall ikke hindres.

I underkapittel 8.7 er det fremmet en rekke forslag vedrørende helsefremmende tiltak, bl.a. en norsk versjon av «Det finns bruk för alla«-strategien og lokalsamfunnsutvikling. Som det går fram mener utvalget at en rekke av disse tiltakene forutsetter bruk av virkemidler som Kommunal- og regionaldepartementet rår over, og derfor mener utvalget at dette departementet må tillegges hovedansvaret for utformingen av statlige rammebetingelser for kommunenes arbeid med viktige tiltak i den helsefremmende dimensjonen av folkehelsearbeidet. Dette er en prosess som er i ferd med å ta form i norske kommuner, jf at Stortinget nå har gitt grønt lys for forsøk knyttet til utvikling av lokaldemokratiet.

Det er nevnt i underkapittel 10.2 at det er Arbeids- og administrasjonsdepartementet som må organisere forsøket med jobbskaping i kommunene, som igjen har nær sammenheng med et eventuelt forsøk med desentralisering av trygdeytelser.

Andre tiltak i helsefremmende arbeid er av en slik art at det er naturlig at Kulturdepartementet har et hovedansvar. Eksempler på dette er som nevnt tiltak innenfor Kultur - helsesatsingen.

Videre vil utvalget nevne at Samferdselsdepartementet har ansvaret for at det legges til rette for at befolkningen kan gå eller sykle, et viktig element i folkehelsearbeidet, med relasjon både til dimensjonen helsefremmende og til dimensjonen sykdomsforebyggende arbeid.

Barne- og familiedepartementet og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet har ansvar for henholdsvis barne- og familiepolitikken og kirke-, opplærings- og utdanningspolitikken. Dette er svært viktige politikkområder og aktivitetsarenaer i folkehelsearbeidet.

Utvalget antar at det er nødvendig at man systematisk går gjennom tiltak i folkehelsearbeidet for å få klarlagt ansvarsforholdene sentralt. Såkalte handlingsplaner har vært et egnet virkemiddel i en oppstartingsfase i arbeidet med å følge opp Stortingets vedtak ved behandlingen av Forebyggingsmeldingen. En gjennomgang som nevnt vil være et viktig første skritt når det skal utarbeides strategier og rammebetingelser for folkehelsearbeidet i framtiden, bl.a. med henblikk på å finne fram til mer permanente former for organisering av dette arbeidet.

Beskrivelsen i *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8 av den utviklingen som allerede er i gang i kommunene og kanskje særlig i våre naboland når det gjelder empowerment som arbeidsmetode er en utfordring. Det svenske tiltaket «Det finns bruk för alla», er etter utvalgets oppfatning en skisse av hva helsefremmende arbeid kan være i praksis. Utvalget vil foreslå at dette følges opp målbevisst, jf forslaget om forsøk med jobbskaping i kommunene, og det bør overveies å sette i gang en egen utredning for å følge opp denne skissen.

Fylkesmannens rolle

Som nevnt ovenfor må flere departementer tillegges et klarere definert ansvar i helsefremmende arbeid i framtiden. På regionalt nivå har som kjent enkelte departementer sine regionale ledd som forutsettes å være medvirkende i gjennomføringen av statens politikk overfor kommuner og fylkeskommuner.

Utvalget mener at fylkesmannen må få en klart definert rolle i forhold til helsefremmende statlig politikk. Dette må innebære en samordningsfunksjon i forhold til de enkelte departementers ansvarsområde. Dette følger allerede i dag av fylkesmannsinstruksen, men bør presiseres i forhold til folkehelsearbeidet.

Statens rolle i sykdomsforebyggende arbeid

Sykdomsforebyggende arbeid er i sin natur slik at det ofte er viktig å gjennomføre en nasjonal politikk. Dette betyr at arbeidet må skje noenlunde etter samme lest i alle kommuner. Ett eksempel innenfor smittevern er vaksinasjonspolitikken. Dersom enkelte kommuner forsømmer sin del av dette arbeidet, kan det bety at epidemier vi har vært forskånet for her i landet får innpass. Også når det gjelder miljørettet helsevern er det viktig at kommunene medvirker i en nasjonal politikk, som må baseres på lov og forskriftsverk. Det er likevel viktig å minne om at det er kommunene som skal føre tilsyn med miljøfaktorer som kan ha innvirkning på helsen, og kommunestyret skal treffe avgjørelsene i saker som angår miljørettet helsevern. Dette henger sammen med at det er på dette forvaltningsnivået at det finnes kunnskap om lokale forhold som kan ha betydning for at en sak er opplyst så langt mulig før vedtak treffes.

Det følger av dette at sykdomsforebyggende arbeid må organiseres etter andre prinsipper enn det utvalget har skissert for viktige deler av helsefremmende arbeid,

som i hovedsak må ta utgangspunkt i forholdene i den enkelte kommune, eller det enkelte lokalsamfunn for å lykkes

I underkapittel 3.4 er den statlige helseforvaltningen beskrevet, og som nevnt her ble det gjennomført en omorganisering 1. januar 1994 med henblikk på en mer hensiktsmessig struktur i forebyggende arbeid.

Forebyggingsinstitusjonene bidrar med faglige innspill til Sosial- og helsedepartementet i forbindelse med utformingen av departementets politikk i folkehelsearbeidet, særlig i det sykdomsforebyggende arbeidet. Dette arbeidet er forankret i Forebyggings- og rehabiliteringsavdelingen. Kommunene har som nevnt ovenfor vesentlige oppgaver i forbindelse med gjennomføringen av denne politikken, som i utstrakt grad utformes i samråd med en rekke andre departementer.

Sosial- og helsedepartementets rolle som pådriver, spesielt i sykdomsforebyggende arbeid er viktig, men samarbeidet med andre departementer bør forsterkes og bringes over i fastere strukturer, se nedenfor om samordning av folkehelsearbeidet på statlig nivå.

Utvalget konstaterer imidlertid at mye er ugjort når det gjelder å ta i bruk befolkningsstrategier mer målbevisst i det sykdomsforebyggende arbeidet. Det vises i denne sammenheng til underkapittel 10.2 der økonomi som virkemiddel er omtalt. Men det er også mye ugjort innenfor ernæring, tobakksforebygging og mosjon når det gjelder å forebygge hjerte-karlidelser og kreft. I denne sammenheng vil utvalget spesielt nevne at utgifter til høyrisikostrategier som medikamentell blodtrykksbehandling og behandling av høyt kolesterol koster samfunnet ca. 1,5 mrd årlig, mens befolkningstrategiene som antakelig er langt mer effektive bare får noen ti-talls millioner årlig. Det vises her til at Japan ligger betydelig bedre an enn Norge med hensyn til middellevetid, noe som i alt vesentlig må tilskrives forskjellige kostvaner.

På det regionale nivå har fylkeslegekontorene viktige oppgaver når det gjelder å formidle statens politikk på det sykdomsforebyggende området til kommunenivået. Utvalget antar at fylkeslegekontorenes rolle i folkehelsearbeidet bør gjennomgås med henblikk på kompetanse og ressurser, som formidler av Sosial- og helsedepartementets politikk.

Samordning av folkehelsearbeidet på statlig nivå

I Forebyggingsmeldingen konkluderte departementet drøftingen av samordningsproblemene med bl.a. følgende:

> «Sosialdepartementet mener at den tverrdepartementale innsatsen for å bedre befolkningens helse kan forbedres betraktelig.
>
> Det bør være en bedre samordning av departementenes virksomhetsplaner, der samtlige departementer tar inn befolkningens helse som et hovedmål eller delmål, og dermed regelmessig må evaluere sin egen innsats i forhold til dette.
>
> - - -
>
> Dersom Sosialdepartementet skal kunne ha en koordinerende rolle for forebyggingsarbeidet, vil dette kreve betydelig større aktivitet enn det som hittil har vært vanlig. - - -»

Sosialkomiteen kommenterte dette i Innst. S. nr. 118 (1993-94):

> «K o m i t e e n mener også at det er nødvendig at en får til et bedre samarbeid mellom departementene i det videre arbeidet med helsefremmende og forebyggende arbeid.
>
> - - - -
>
> K o m i t e e n vil understreke at når det legges så stor vekt på tverrsektorielt samarbeid i kommunene, må dette også forplikte på departe-

mentsnivå til samarbeid for å nå viktige politiske mål. Sosial- og helsedepartementet må ha en pådriverrolle i denne sammenheng.»

Utvalget vil i denne sammenheng vise til det som er sagt ovenfor om ansvarsforhold når det gjelder helsefremmende arbeid slik som beskrevet i *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8. Det bør etter utvalgets mening overveies en gjennomgang av mulige tiltak, med bl.a. klar ansvarsplassering i aktuelle departementer, som igjen må ha en pådriverrolle i arbeidet med hvert enkelt tiltak.

Sosial- og helsedepartementet må imidlertid fortsatt ha en pådriverrolle når det gjelder tiltak av overveiende sykdomsforebyggende art, f. eks. ulykkesforebygging i hjem, skole og fritid, jf Handlingsplan 1997 - 2002 Forebygging av ulykker, hjem, skole og fritid. Utvalget minner imidlertid om at arbeidsulykker og trafikkulykker ikke er med i denne handlingsplanen, siden Arbeidstilsynet og Samferdselsdepartementet har ansvar for egne planer for disse områdene.

Det gjenstår likevel å finne fram til ordninger som sikrer samordning mellom helsefremmende tiltak og sykdomsforebyggende tiltak, jf at utvalget betrakter disse elementene i folkehelsearbeidet som to forskjellige dimensjoner, men likevel nært knyttet sammen. Å komme videre med dette er en naturlig oppgave dersom utvalgets forslag om å gå gjennom aktuelle tiltak med henblikk på ansvarsforankring i en egen utredning blir fulgt opp. I denne sammenheng bør også målstruktur for folkehelsearbeidet drøftes på nytt, jf at utjevning og levekår må ha en helt sentral plass. Utvalget vil for sin del minne om at folkehelsearbeidet bør bli «politikerjobb nr. 1», og derfor bør denne samordningen skje på politisk nivå.

Statlig stimuleringsordning til styrking av folkehelsearbeidet

Utvalget understreker i underkapittel 10.2 ovenfor at en generell ordning som innebærer øremerkede midler til kommunenes folkehelsearbeid bryter med utvalgets sterke betoning av verdien av lokaldemokratiet, og at helsefremmende arbeid må skje nedenfra og opp - mao lokalt planlagt, utviklet og styrt bl.a. gjennom en empowerment- og lokalsamfunntilnærming. Utvalget ser imidlertid at det er viktig å ha ordninger som kan stimulere kommuner, fylkeskommuner, frivillige organisasjoner m.v. til å prøve ut prosesser, prosjekter og tiltak som kan styrke folkehelsearbeidet. Den kunnskapsbasen som foreslås i underkapittel 10.10 er ett virkemiddel. En økonomisk stimuleringsordning er et annet virkemiddel. Både i *"Mangfold i folkehelseabeidet i kommuner og fylkeskommuner"* i kapittel 5 og i *"Folkehelsearbeidet i enkelte andre land"* i kapittel 6 er det pekt på betydningen av forsøks- og utviklingsarbeid lokalt og regionalt. Både i Norge, Danmark og Sverige er fylkeskommunene sentrale ledd både som kompetanseorgan og tilskuddsforvaltere overfor kommunene. De økonomiske midlene kommer imidlertid i hovedsak fra staten gjennom ulike øremerkede tilskudd knyttet opp mot handlingsplaner m.v. Eksempler fra f.eks. Østfold, Buskerud og Sogn og Fjordane viser at fylkeskommunene videreformidler statlige midler til kommuner og frivillige organisasjoner lokalt, og at statlige midler som kanaliseres via fylkeskommunene har utløst prosjekter og en ikke ubetydelig egeninnsats både i form av penger og annen innsats på lokalt nivå.. Det vises bl.a. til omtalen av Buskerud fylkeskommune i SOHOs pilotprosjekt i 5.4.3.

Utvalget foreslår derfor at det etableres en statlig stimuleringsordning for folkehelsearbeidet. Den økonomiske delen av stimuleringsordningen kanaliseres via fylkeskommunene etter f.eks. mønster fra den foreslått tilskuddsordningen til frivillige organisasjoner som finnes på kommunalt nivå. Kommunene må være hovedmottakere av tilskudd, men det bør også kunne gis tilskudd til fylkeskommuner og samarbeidsprosjekter med frivillige organisasjoner og andre borgersammenslutninger. Hovedmålsettingen med ordningen må være å stimulere borgerne, nærmiljø,

lokalsamfunn og kommuner til å sette i gang empowerment- og lokalsamfunnsprosesser i eget lokalmiljø for på denne måten å styrke folkehelsearbeidet. Utvalget er klar over at det vanligvis kreves egenandel for å motta statlige tilskudd til prosjekt- og annet utviklingsarbeid, og at dette kan føre til urettferdig og ujevn fordeling kommuner imellom. Det er ofte i kommuner der behovene er store, at ressursene er små. Utvalget foreslår derfor at det ved tildeling av stimuleringstilskudd ikke kreves egenandel. Den enkelte søker vil dermed kunne igangsette prosesser/tiltak uavhengig av egen økonomiske sitiuasjon.

Utvalget har ikke funnet det hensiktsmessig å utrede en slik stimuleringsordning i detalj, men mener at dette må være et viktig ledd i oppfølgingen av utredningen.

10.4.4 Konklusjoner

Utvalget mener at det er nødvendig å finne fram til en mer varig struktur på organiseringen av folkehelsearbeidet i framtiden, en struktur som kan avløse tidsbegrensede handlingsplaner som virkemiddel. Det understrekes at det er primærkommunene som har et hovedansvar, stat og fylkeskommune må legge til rette rammebetingelsene. I denne sammenheng peker utvalget på at målstrukturen for forebyggende og helsefremmende arbeid slik den ble foreslått i Forebyggingsmeldingen bør gjennomgås på nytt med henblikk bl.a. på å klarlegge ansvarsforhold.

Fylkeskommunene har en tredelt rolle, og utvalget understreker fylkeskommunenes eget ansvar for å planlegge og gjennomføre egne forebyggende tiltak. Viktig er også fylkeskommunenes støttefunksjon overfor kommunene, både når det gjelder planleggingskompetanse og gjennom fylkeshelsetjenestens bidrag til kompetanse. Den tredje rollen har fylkeskommunene fått i plan- og bygningslovens formålsparagraf, som markerer at planlegging skal legge til rette for samordning av statlig, fylkeskommunal og kommunal virksomhet. Miljøverndepartementet har iverksatt et prosjekt om fem delprosjekter i 1998 om kommunene og fylkesplanleggingen. Utvalget går inn for at et delprosjekt om folkehelsearbeid blir inkludert. Dette vil også belyse behovet for samordning med Miljøverndepartementets satsning på Lokal Agenda 21.

Et flertall i utvalget går inn for at Kommunal- og regionaldepartementet må forvalte plan- og bygingsloven som en helhet av hensyn til at rammebetingelsene for lokalsamfunnsutvikling bør samordnes fra statens side. Mindretallet fraråder dette, fordi en slik samordning neppe uten videre vil innebære en endring for det lokale folkehelsearbeidet, jf at utvalget viser til at økte statlige krav til hvordan kommunene skal utføre en oppgave ikke er hensiktsmessig på et område som nettopp krever tiltak på tvers av sektorgrenser, og hvor kommuner og fylkeskommuner skal stå fritt.

Staten må som nevnt i *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8 først og fremst bidra til utjevning av levekår og økt livskvalitet. Utvalget understreker at staten har forskjellige roller i dimensjonen helsefremmende arbeid og i dimensjonen sykdomsforebyggende arbeid.

I helsefremmende arbeid er lokalsamfunnsutvikling et grunnleggende arbeidsfelt der Kommunal- og regionaldepartementet i hovedsak har virkemidlene. Arbeids- og administrasjonsdepartementet har virkemidlene for jobbskaping i kommunene, et annet sentralt felt i helsefremmende arbeid. Andre eksempler er Kulturdepartementets ansvar for kulturens bidrag i helsefremmende arbeid, og Barne- og familiedepartementets ansvar for barne- og familiepolitikk.

Fylkesmannen bør tillegges et klarere definert ansvar for samordningsfunksjonen når det gjelder de forskjellige departementers bidrag til helsefremmende arbeid.

I sykdomsforebyggende arbeid er statens rolle å utforme en nasjonal politikk der både fylkeskommuner og kommuner bidrar i gjennomføringen. Forebyggingsinstitusjonene på statlig nivå bidrar med faglige innspill til Sosial- og helsedepartementet som i denne sammenheng har en pådriverrolle overfor andre departementer som innenfor hver sin sektor må få definert sitt ansvar for gjennomføringen. Kommunene har vesentlige oppgaver i forbindelse med gjennomføringen av den statlige sykdomsforebyggende politikken som er blitt utformet i det departementale samarbeidet.

Utvalget går inn for at fylkeslegekontorenes rolle når det gjelder å formidle statens politikk til kommunene bør gjennomgås med henblikk på kompetanse og ressurser.

Utvalget ser at det er viktig å ha ordninger som kan stimulere kommuner, fylkeskommuner, frivillige organisasjoner m.v. til å prøve ut prosesser, prosjekter og tiltak som kan styrke folkehelsearbeidet. Utvalget går derfor inn for en statlig stimuleringsordning for folkehelsearbeidet som kanaliseres via fylkeskommunene til kommunene. Utvalget foreslår at det ved tildeling av tilskudd, ikke skal kreves egenandel fra kommunen.

Det gjenstår å finne fram til ordninger på statlig nivå som sikrer samordning mellom helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak. Denne samordningen må skje på politisk plan, jf at folkehelsearbeid må bli «politikerjobb nr. 1». Arbeidet med dette kan utvalget ikke gå nærmere inn i, jf sammensetningen av utvalget.

10.5 ORGANISERING AV FOLKEHELSEARBEIDET I KOMMUNER OG FYLKESKOMMUNER

10.5.1 Innledning

Som det går fram av kapitlene 5 og 6 er det mange modeller for organisering og tilrettelegging av folkehelsearbeidet i kommuner og fylkeskommuner både i Norge og i Danmark og Sverige. Her vil utvalget presentere en meny av organisasjonsmodeller. Det må imidlertid understrekes at dette bare er eksempler på hvordan det kan gjøres, og som kommuner/fylkeskommuner kan velge mellom ut fra egne behov, praktiske muligheter og prioriteringer.

10.5.2 Eksempler på hvordan kommunene kan organisere seg

Administrative modeller

Modell 1 Organisering etter kommunemodellen

I publikasjonen «Statlige målsettinger og lokal praksis. Om kommunenes arbeide med miljøbetingede helseproblem» diskuterer Asbjørn Røiseland fordeler og ulemper ved hhv det han kaller «sektormodellen» og «kommunemodellen».

Røiseland beskriver forebyggende helsearbeid fra tre innfallsvinkler:

- Forebyggende helsearbeid utfra en medisinsk-vitenskapelig synsvinkel som representerer en viktig ramme for å forstå hvorfor statlige myndigheter har utviklet en politikk for dette feltet.
- Forebyggende helsearbeid som et forvaltningsområde med særlig vekt på statlig styring av kommunene, og de mål og virkemidler staten retter mot kommunene. Dette representerer sentrale helsemyndigheters perspektiv.
- Forebyggende helsearbeid som lokal oppgave, der de fleste kommunale virksomheter driver på en måte som er relevant for å bidra til god folkehelse.

På bakgrunn av denne beskrivelsen presenterer han to modeller for kommunalt forebyggende helsearbeid: sektormodellen og kommunemodellen.

Sektormodellen er preget av en svak lokalgeografisk dimensjon, en sterk sektordimensjon hvor Sosial- og helsedepartementet og Helsetilsynet har ansvaret på sentralt nivå og henvender seg til den lokale helsetjenesten og helsepersonellet der. I kommunen er det helsetjenesten som har ansvaret. Sentrale helsemyndigheters virkemidler er konsentrert om lovgivning, påvirkning av helsepersonellet og øremerkede overføringer. Røiseland mener at fordelen ved modellen er at det er klare sentrale og lokale ansvarsforhold. Ulempen er at den har begrensede lokale tilpasningsmuligheter.

Kommunemodellen på sin side er preget av en sterk lokalgeografisk dimensjon, svak sektortilknytning og med mange departementer som har ansvar under koordinering av Sosial- og helsedepartementet som i denne modellen henvender seg til kommunen - og ikke direkte til helsetjenesten. Sentrale myndigheters virkemidler er gjennom verdipåvirkning og kunnskapsformidling overfor alle typer aktører, og å «holde saken varm». Modellen er preget av at det kan være forskjellige instanser/ etater i kommunen som har ansvaret. Fordelen med modellen er lokal fleksibilitet, ulempen uklare ansvarsforhold og mangel på lokalpolitisk forankring.

I begge modeller pågår det lokalt tverrfaglig samarbeid, men på forskjellig måte. I sektormodellen er slikt samarbeid formalisert og mandatbasert. I kommunemodellen er det varierende og uformelt betinget av lokal organisering og lokale problem som skal løses.

Røiseland mener at ingen av disse modellene finnes i rendyrket form, men at arbeidet de fleste steder synes å være organisert mer som sektormodellen enn som kommunemodellen. Han mener også at statlige myndigheter har en relativt klar preferanse for sektormodellen, og at en de senere år har forsterket den statlige virkemiddelbruken.

På tross av dette kan en også se sterke utviklingstrekk i retning av kommunemodellen. Kommuneloven og harmonisering av særlovgivningen har bidratt til dette. Dette betyr iflg Røiseland at kommunene står fritt til å skille den kurative helsetjenesten fra den forebyggende, og til å etablere nye administrative kombinasjoner mellom forebyggende helsearbeid og andre saksområder (Statlige målsetninger og lokal praksis Om kommunenes arbeide med miljøbetingede helseproblem, Asbjørn Røiseland NF-rapport nr. 11/96, Nordlandsforskning)..

Modell 2 Interkommunale ordninger - etter mønster fra interkommunale næringsmiddeltilsyn

Næringsmiddeltilsynets arbeid er organisert på to plan, hvor ansvaret for tilsyn med virksomheter, prosesser og produkter er tillagt stat eller kommune alt etter virksomhetenes art. Det vises til kapitlene 3 og 4 for nærmere omtale.

Alt praktisk tilsynsarbeid utøves lokalt. Der staten har tilsynsansvar, er dette delegert til det kommunale / interkommunale næringsmiddeltilsynet (KNT). Der kommunene har tilsynsansvar, er dette gitt til KNT gjennom gjeldende regelverk.

Det kommunale / interkommunale næringsmiddeltilsynet er i vesentlig grad engasjert i arbeid med miljørettet helsevern og med smittevern og kommunal helsemessig beredskap hva gjelder smitte via mat eller drikkevann. Flere har tilknyttet seg teknisk hygienisk personell. Oppgavene er mange og varierer fra ett KNT til et annet.

Der interkommunale ordninger er etablert, tyder erfaringene på at de fungerer hensiktsmessig i kommunene.

Mange basisfaktorer for folkehelsearbeidet løses gjennom et godt utbygd apparat for miljørettet helsevern og teknisk hygiene i kommunene.

Interkommunalt samarbeid etter mønster fra KNT kan være aktuelt på flere områder.

Modell 3 Et eksempel på interkommunalt samarbeid om arbeidet med mat - helse - miljø

Som et resultat av et arbeidsseminar i Bodø i mars 1997 om helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunene, ble det utarbeidet en sammenfatning av det som ble presentert under seminaret («Bodø-erklæringen«). Sammenfatningen er gitt til Sosial- og helsedepartementet. Nedenfor er gjengitt de viktigste punktene som angår organisering:

1. Det lokale arbeidet omkring helse, miljø og mat må styrkes. P.g.a. de mange og små kommunene i Norge, vil det de fleste stedene være hensiktsmessig å basere det lokale folkehelsearbeidet på interkommunale ordninger mellom de ulike yrkesgruppene som har med helsevern, miljøvern og næringsmiddeltilsyn å gjøre.
2. Interkommunale ordninger for helse, miljø og mat må ha ansatte leger, veterinærer, ingeniører og nødvendig laboratoriepersonell samt merkantil assistanse.
3. Interkommunale ordninger for helse, miljø og mat skal være viktige bidragsytere i de kommunale beslutnings- og planleggingsprosesser. Dokumentasjon av behov, ressurser, ressursbruk, resultater og nytte av det helsefremmende og forebyggende arbeidet vil være en viktig oppgave for slike kompetansemiljøer. Dette vil innebære kartlegging av helsetilstanden i kommunene og faktorer som kan virke inn på denne. Fag som statistikk og epidemiologi er viktige verktøy i denne forbindelse.
4. Interkommunale ordninger for helse, miljø og mat kan etableres uten endringer i kommunelov eller kommunehelsetjenestelov. Tiden vil vise om man senere bør søke å delegere noe av den kommunale myndighet til den interkommunale ordningen.
5. Interkommunale ordninger for helse, miljø og mat skal representere et formelt og forpliktende arbeid. Ordningene bør også etableres og sikres ved hjelp av sentrale, statlige virkemidler.
6. Interkommunale ordninger for helse, miljø og mat skal være kommunenes eget kompetanseorgan for folkehelsespørsmål.
7. Interkommunale ordninger for helse, miljø og mat bør ha nære forbindelser med og oppgaver knyttet til forskning og undervisning.
8. Interkommunale ordninger for helse, miljø og mat baserer seg på at sentrale kompetanseenheter opprettholdes og videreutvikles, f.eks. Statens institutt for folkehelse, Statens strålevern, Statens næringsmiddeltilsyn, Statens ernæringsråd, Statens helsetilsyn, Statens helseundersøkelser, Statens forurensningstilsyn, Statens tobakksskaderåd og Kreftregisteret.
9. Staten v/ Sosial- og helsedepartementet oppfordres til å fremme det lokale folkehelsearbeidet ved å gi økonomisk og annen støtte til arbeidet med å etablere interkommunale ordninger for helse, miljø og mat.

Modell 4. Et annet eksempel på interkommunalt samarbeid om kompetansesentra som kan støtte og eventuelt samordne oppgavene på folkehelsefeltet og samhandle bedre med fylkeskommunen

I større og middelstore kommuner har man ofte administrasjon og ansatte fagpersoner som gjør en god innsats i både helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. I mindre kommuner og utkantkommuner kan situasjonen være annerledes med mangel på både administrasjon og personell. For å løse et akutt problem vil det ofte være slik at kommunen bruker ekstern kompetanse i både planlegging og gjen-

nomføring. Dette kan lett føre til at kunnskapen om og kontakten med de konkrete problemstillingene og mulige løsninger, blir utilstrekkelig. For denne typen av kommuner kan interkommunalt samarbeid være en god løsning. Her kan nevnes at det allerede eksisterer en rekke områder hvor det samarbeides over kommunegrensene, jf f.eks. at kommuneloven gir anledning til å opprette revisjonsdistrikt for flere kommuner eller fylkeskommuner (§ 60 pkt. 4). Det vises også til modell 2 og 3 ovenfor.

Modell 5. Folkehelseenhet/basis folkehelseteam i kommuneadministrasjonen

I mange kommuner er andre aktører/faggrupper fra helsetjenesten enn leger sentrale pådrivere i folkehelsearbeidet. Målet i kommunene må være å skape tverrfaglige team - med deltakere fra så vel helsetjenesten som andre sektorer som sammen kan bidra til å styrke folkehelsearbeidet. Lederen for et slikt team kan komme fra helsetjenesten, men det er vel så naturlig å velge en med bakgrunn og erfaring fra en annen viktig sektor eller rett og slett skaffe en dyktig fagperson og administrator utenfra.

Modell 6. Folkehelsekoordinator i rådmannens stab

Flere har foreslått at det opprettes stilling for og ansettes en koordinator for folkehelsearbeid i rådmannens stab. Dette vil kunne være en god oppfølging dersom kommunen velger å legge hovedansvaret for virksomhets- og økonomiplanlegging av folkehelsearbeidet til det faste utvalget for plansaker.

Modell 7. Organisering etter «empowerment«modellen a la Primærmedisinsk verksted og bruk av «naturlige hjelpere»

Det vises til utførlig beskrivelse av denne modellen i *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8.

Modell 8. Etablering av Nettverk av folkehelsekommuner etter mønster fra Nettverket av helse- og miljøkommuner

I 1992 fikk Sandnes kommune medlemsskap i WHOs Healthy Cities project. En av forpliktelsene som fulgte medlemsskapet var å støtte et nasjonalt nettverk av helsebyer. På bakgrunn av dette tok Sandnes kommune i samarbeid med andre kommuner og Kommunenes Sentralforbund initiativ til et norsk nettverk av helse- og miljøkommuner. Dette nettverket ble opprettet i 1994. Støttespillere har hele tiden vært flere departementer (Miljøverndepartementet og Sosial- og helsedepartementet) og Kommunenes Sentralforbund. Det vises ellers til *"Mangfold i folkehelseabeidet i kommuner og fylkeskommuner"* i kapittel 5 for nærmere omtale. 15 kommuner (herav to bydeler i hhv Stavanger og Oslo) og en fylkeskommune (Østfold) deltar i nettverket.

Helse- og miljøkommunene er opptatt av å integrere helse- og miljøaspektene i det ordinære kommunale planverket. I brosjyren «Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner. Støttespiller når det gjelder Helse for alle Lokal Agenda 21» skrives det at «En bærekraftig adferd og politikk i kommunene kan ikke oppnås av planlegging alene. Parallelt med at en driver forebyggende arbeid og planlegger, må kommunene finne plass til ideutvikling og nyskapning.» Nettverket skal fremme en helhetstenkning der forebyggende strategier, helse- og miljøfremmende aktiviteter er med i all planlegging. Kommunene som deltar forplikter seg til å videreutvikle nettverket som redskap, å utvikle møteplass mellom kommune og stat og å formidle erfaring til andre kommuner.

Det vises ellers til at det er etablert en rekke andre kommunenettverk som f.eks. nettverk for «bærekraftige lokalsamfunn», «kultur gir helse», «demokrati, deltakelse og styring», «funksjonshemmede og medvirkning i kommunene», «barn og helse», «trygge lokalsamfunn», «ungdomsringen» m.v.

En gruppe kommuner kan f.eks. etter eget valg etablere et nettverk av folkehelsekommuner, og den enkelte kommune kan betegnes som folkehelsekommune.

Modell 9 . Anbefale at kommunene etablerer et samordningsforum (på administrativt nivå mellom ulike sektorer) for folkehelse

Det vises til *"Mangfold i folkehelseabeidet i kommuner og fylkeskommuner"* i kapittel 5 hvor flere slike eksempler er beskrevet.

Politiske modeller

Modell 10. Kommunene kan etablere et Folkehelseråd eller legge det politiske ansvaret for folkehelsespørsmål til et eksisterende utvalg

Som utvalget har drøftet i punkt 10.3.3 vil det faste utvalget for plansaker kunne være en hensiktsmessig politisk forankring for planlegging og samordning av folkehelsearbeidet. Det bør også vurderes om kommunene på frivillig grunnlag kan velge en politisk representant til å ivareta folkehelseperspektivet i dette utvalget, jf opplegget med en representant til å ivareta barns interesser i planleggingen. Forskjellen vil være at å velge en slik representant er en frivillig sak for kommunen, og at det eventuelt skal være en politisk valgt representant - ikke en av kommunens ansatte.

Modell 11. Kommunene kan opprette et politisk områdeutvalg jf kommuneloven eller etablere et formelt samarbeid med lokalsamfunnet gjennom organer som f.eks. grendeutvalg o.l.

Utvalget viser til beskrivelsen av lokalsamfunn i *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8. Her er ordningen med områdeutvalg og kommunedelsnemnder viet stor oppmerksomhet.

10.5.3 Eksempler på hvordan fylkeskommunen kan organisere seg

Modell 1. Forebyggingsenhet i fylkeskommunens administrasjon

Publikasjonen «Helseprofil for Akershus» beskriver omfanget av helseproblemer som muskel-skjelettsykdommer, psykiske lidelser, hjerte-karsykdommer og kreft. Det sies i rapporten at det innen disse områdene er store muligheter for å forebygge sykdom. Det at det er store forskjeller innen fylket i fordeling av helseproblemer, viser også hvor potensialet for forebygging er størst. Det foreslås slike tiltak:

Organisering i en egen forebyggingsenhet i fylkeskommunens administrasjon. Akershus fylkeskommune bør få et fylkesorgan som utelukkende skal jobbe med forebyggende tiltak. Et slikt fylkesorgan kan støtte kommunene ved å bidra til en effektiv og enhetlig forebyggende innsats. Enheten må ha et fast lønns- og driftsbudsjett. Forebyggingsenheten skal ikke ha overmyndighet i forhold til kommunene, men skal utarbeide en kunnskapsbasert overordnet strategi for arbeidet der kommunens risikomønster blir retningsgivende. Enheten skal også evaluere det forebyggingsarbeidet som drives i kommunene. Enheten vil kunne ta hensyn til de påviste store forskjellene i helse og levekår det er mellom regionene i fylket og bidra til at de regionene/kommunene som kommer dårligst ut, forebygger mest. Enheten vil kreve høyt kvalifiserte ansatte.

Kostnader og fiansiering av enheten. Publikasjonen mener at det vil koste 20 mill kroner årlig for driften av aktiviteten ved enheten.

Individrettede tiltak. Utpekte forebyggingsområder er: røyking, mosjon, kosthold, provoserte aborter, ulykker og selvmord og bedre helsetjeneste for mor og barn.

Modell 2. Vest-Agder - Politisk opprettet Råd for folkehelse

Vest-Agder råd for folkehelse ble opprettet som en prøveordning av Fylkestinget i 1996. Prøveordningen varer ut inneværende fylkestingsperiode. Rådet er forankret hos fylkesrådmannen og ledes av personer med politisk og administrativ tyngde. Det er opprettet stilling som sekretariatsleder.

Modell 3. Sogn og Fjordane - Folkehelsearbeid som en viktig del av sentraladministrasjonens planarbeid

Det forebyggende arbeidet fikk ved avslutningen av arbeidet med fylkeskommunens Strategiplan og fylkesplanrulleriingen i 1996, formelt fotfeste i den fylkeskommunale virksomheten. Det er opprettet en stilling som koordinator. Stillingen er plassert i Sentraladministrasjonen, Plan- og utviklingsavdelingen.

Modell 4 Østfold - Folkehelsearbeid med utspring i fylkesplanen

Fylkesplanen «Sammen om det sunne Østfold» har løftet fram folkehelse som et prioritert innsatsområde og etablert «Folkehelseprosjektet» som innnenfor et geografisk område, kan gå i dybden på forebyggende arbeid. Fylkeskommunen har valgt fire innsatsområder som tilsvarer fire av de statlige satsingsområdene: forebygging av belastningslidelser, astma og allergi, fallulykker i hjemmet og psykososiale problemer. Det er valgt ut tre pilotkommuner til «Folkehelseprosjektet» (Våler, Spydeberg og Sarpsborg).

Helse- og sosialavdelingen i Østfold fylkeskommune har hovedansvaret for gjennomføringen av prosjektet. Fylkeskommunen har opprettet stilling som folkehelserådgiver knyttet til denne avdelingen.

Modell 5 Østfold - Fylkesmannens Landbruksavdeling sentral i folkehelsearbeidet

Et tett samarbeid mellom kommunene i fylket og Fylkesmannens Landbruksavdeling om landbruksbasert omsorg i forhold til barn og unge, voksne med psykiske lidelser og personer med psykisk utviklingshemming.

Modell 6 Buskerud - Folkehelsearbeid i samarbeid med Kommunenes Sentralforbund Buskerud og SOHO

Delprosjektet om «Samarbeid om helsefremmende oppgaver» i Buskerud er forankret i Kommunenes Sentralforbund Buskerud hvor det er ansatt en koordinator i 50 prosent stilling. KS Buskerud er styringsgruppe.

Det er opprettet en prosjektgruppe med representanter for offentlig og frivillig sektor. Prosjektet har bevisst brukt KS-fora som arenaer for påvirkning.

Modell 7 Vestfold - Fond til forebyggende arbeid

Vestfold fylkeskommune har etablert et fond til forebyggende arbeid på 10 mill kroner i 1998. Fondet er et virkemiddel for å bygge opp under fylkesplanens langsiktige mål om at Vestfolds innbyggere skal sikres best mulige livsvilkår og livsinnhold. Målsettingen med fondet er at det skal bidra til mer forebyggende arbeid og økt samhandling med og mellom frivillige organisasjoner. Tilskudd fra fondet bør ikke overstige 50 prosent av prosjektets totalkostnad. Frivillig innsats kan beregnes som egenandel.

10.5.4 Modeller for samarbeid med frivillig sektor

Utvalget viser til *"Frivillig sektor"* i kapittel 9 hvor frivillig sektor har fått utførlig omtale. Kapitlet munner ut i en rekke forslag til tiltak. Disse oppsummeres sammen med alle øvrige forslag til tiltak i underkapittel 10.11 nedenfor. Det vises også til omtalen av SOHOs modellforsøk i fire fylkeskommuner i underkapittel 5.4. og til omtalen av folkehelsearbeid i norske kommuner i underkapittel 5.2. Modeller for måter å organisere folkehelsearbeidet på i kommuner og fylkeskommuner er ellers beskrevet tidligere i dette underkapitlet. I mange av disse modellene er samarbeid med frivillig sektor et viktig element. Det samme gjelder samarbeid på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer.

10.5.5 Arbeids- og næringsliv og folkehelsearbeidet

Lokalsamfunnet rundt store bedrifter har tradisjonelt vært sterkt preget av bedriften og produksjonen ved denne. Bedriften har gjerne vært både arbeidsplass for innbyggerne og inntektskilde for dem og kommunen, den har definert det sosiale hierarkiet, har vært treffsted og på ulike vis satt preg på folkehelsen i lokalsamfunnet - enten det har vært snakk om velstand, sosial ulikhet, arbeidsulykker, forurensning eller ved å prege interessefelt, utdanningsplaner og andre framtidsplaner for ungdommen. Vi har fortsatt denne type bedrifter med tilhørende lokalsamfunn selv om det blir færre av dem. Det ligger en stor utfordring for disse i å fremme en bedriftskultur som både tar vare på livskvalitet, de av dagliglivets vaner som har med de ansattes helse å gjøre, sikring mot ulykker og miljøet i omgivelsene. Kommunen, bedriften og de ansatte vil i mange tilfelle ha felles interesser av en utvikling som gagner folkehelsen, enten det gjelder sosiale treff for de ansattes familier, oppmuntring til sykling til jobben eller sunn mat i kantinen. Det er flere eksempler på at bedrifter har gått aktivt inn i folkehelsearbeid i sine lokalsamfunn, jf f.eks. Norsk Hydros innsats i skadeforebyggende arbeid i et lokalsamfunn.

Dagens næringsliv preger ofte ikke lokalsamfunnet rundt seg, men blir - som arbeidsplass med tilhørende velferds- og fritidstilbud - en ny form for lokalsamfunn i seg selv. I økende grad preges næringslivet av store, internasjonale konsern hvor flere hundre ansatte - det være seg ingeniører, økonomer, mediefolk eller IT-folk - bor spredt og til dels langt fra arbeidsplassen, har oppdrag rundt i verden og dessuten har stor mobilitet i sine yrkesliv.

Det er en utfordring for bedrifter av sist nevnte type å være konkurransedyktige, ikke bare når det gjelder lønn, men også ved å ha en bedriftskultur som tiltrekker de ønskede nyansatte og hindrer at man mister dyktige folk. Dette lar seg i stor grad forene med en bedriftskultur som fremmer god helse. Bidraget fra denne delen av næringslivet til folkehelsen kan beskrives i følgende punkter:

- Selve bedriftskulturen med de normer, verdier og fellesskap som dominerer. Mange bedrifter har helsemessig gunstige normer hva angår «livsstilssykdommer» og omgang med rusmidler.
- De tilbud ansatte og i noen tilfelle deres familier får om f.eks. barnehageplass, idrettslag, kor og andre fritidsaktiviteter, teaterbilletter, sunne og billige kantiner, røykesluttkurs, oppmuntring til å sykle til jobben og dessuten velferdstiltak for pensjonister.
- Bedriftshelsetjeneste og personalforvaltning som fanger opp både kvaliteter og risikoforhold i bedriftskulturen, og som evner å støtte ansatte og familier som kommer i sårbare situasjoner ved omstrukturering, nedbemanning, salg av deler av bedriften o.a.
- Bedriftskulturens krav til overtidsarbeid, midlertidige flyttinger og reisevirksomhet. Dette vil kunne representere belastninger for ektefelle og barn - ikke minst i småbarnsperioden - men kan også kunne virke stimulerende på ansatte og familier.
- Miljøhensyn. Produksjonen ved slike bedrifter er ofte forurensningsfri og nærmest ulykkesfri, men både m.h.t. mosjon og luftforurensning kan det være en utfordring å unngå den situasjonen at all transport til jobben skjer ved bruk av privatbiler.
- Integrering av funksjonshemmede og andre som kan ha vansker med å finne en plass i arbeidsmarkedet

For øvrig viser vi til avsnitt om arbeidsplassen som en mulig arena for utjevning av sosiale forskjeller i helse jf punkt 7.6.5.

10.5.6 Massemedias rolle i folkehelsearbeidet

Massemedia har flere viktige funksjoner i folkehelsearbeidet:

- Formidling av nyhetsstoff og fakta innen sykdomsformidling. Stort sett er massemedia svært effektive i slik formidling da de er raskt ute og har stor spredning. Problemet er at det ikke sjelden formidles sensasjonspregede nyheter fra behandlingsopplegg som ennå ikke er dokumentert effektive og/eller ikke tilgjengelige for folk flest.
- Media bidrar - på godt og vondt - til å sette normer for forhold som har med folkehelse å gjøre.
- Media sprer bakgrunnsinformasjon og bidrar til diskusjon om forhold som har med levevaner og mellommenneskelige forhold å gjøre (bakgrunnsstoff, forbrukerstoff, spørrespalter).
- Media bidrar svært mye til politisk debatt, hvor forhold som helsefremmende tiltak i sektorer utenom helsesektoren og sosiale ulikheter i levekår kommer inn.
- Media er en arena for deltakelse i samfunnet også for enkeltmennesker og grupper som ikke er inne i de formelle beslutningssystemene i samfunnet (leserinnlegg, innlegg i aktuell debatt).
- Lokalmedia blir lest og lyttet til av brede lag i samfunnet og treffer på den måten viktige målgrupper for helseopplysning.
- Lokalmedia spiller en viktig rolle for lokaldemokrati og livskvalitet i lokalmiljøet.
- Aviser, blader og eterkanaler for spesielle interessegrupper eller for språklige og andre minoriteter vil ofte ha stor grad av nærhet mellom avsender og mottaker av stoffet som formidles. Disse mediene vil ofte være et ledd i empowerment for de gruppene det dreier seg om.

10.5.7 Samarbeid på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer

Utvalget har i arbeidet med hele utredningen lagt til grunn at folkehelsearbeidet gjelder hele befolkningen og innsats fra flertallet av samfunnssektorene og mange aktører, profesjoner og yrkesgrupper. Det ligger i folkehelsearbeidets natur at det er sektorovergripende og krever tverrfaglig og tverretatlig innsats. Dette kommer klarest fram i kapitlene 7, 8 og 9 og innledningen til kapittel 10. Utvalget viser ellers til at flere av underkapitlene i dette kapitlet understreker og bygger sine forslag på dette. Utvalget har derfor ikke funnet det nødvendig å foreslå særskilte tiltak når det gjelder samarbeid på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer.

10.6 LEGEN OG FOLKEHELSEARBEIDET I KOMMUNENE

10.6.1 Innledning

Utvalget vil i dette kapitlet vurdere nærmere legens rolle i folkehelsearbeidet i kommunene med utgangspunkt i beskrivelsen av samfunnsmedisinsk arbeid i underkapittel 3.5, beskrivelsen av miljørettet helsevern i underkapittel 3.6 og smittevernet i underkapittel 3.7.

Utvalget viser også til *"Status for forebyggende arbeid i Norge"* i kapittel 4 der status for folkehelsearbeidet i dag gjennomgås, herunder status for samfunnsmedisinen som betegner legenes medvirkning i dette arbeidet, status for miljørettet helsevern, der leger har viktige oppgaver sammen med andre yrkesgrupper og status for smittevernarbeidet.

Leger har også viktige oppgaver i en rekke andre offentlige helsetjenester, og her må spesielt legenes medvirkning i helsestasjonsarbeidet og skolehelsetjenesten

vurderes, det vises i denne sammenheng til punkt 4.3.2 Forebyggende arbeid overfor barn og unge i kommunene. Det vises ellers til punkt 2.1.3 hvor mer individrettede offentlige legeoppgaver er listet opp.

Med dette utgangspunktet vil utvalget komme med synspunkter på mulighetene for å finne fram til gode ordninger for legenes medvirkning i folkehelsearbeidet når fastlegereformen gjennomføres.

10.6.2 Samfunnsmedisinsk legearbeid i kommunene

Utvalget vil innledningsvis peke på de viktigste arbeidsoppgavene innen samfunnsmedisin:

- overvåking av helsetilstanden i befolkningen og de faktorer som kan påvirke helsen
- planlegging av tiltak
- gjennomføring av tiltak
- evaluering av tiltak og virksomhet

Det går fram av denne listen og beskrivelsene av samfunnsmedisinen i dag i kapitlene 3 og 4 at leger har helt sentrale oppgaver i folkehelsearbeidet, og at det derfor er viktig at dette arbeidet får vekstbetingelser også når fastlegeordningen gjennomføres.

Nærmere om overvåkingen av helsetilstanden

Denne delen av arbeidet må ta utgangspunkt i kommunehelsetjenesteloven § 1-4 der det spesielt er framhevet at kommunens helsetjeneste til enhver tid skal ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne. Helsetjenesten skal foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen.

Med utgangspunkt i beskrivelsen i kapitlene 3 og 4 er det grunnlag for å kunne konstatere at samfunnsmedisinen i dag i hovedsak er innrettet på sykdomsforebyggende arbeid. Organisering og lovverk bærer preg av nettopp dette.

Overvåking av helsetilstanden domineres derfor av oppgaver knyttet til registrering av sykdomstilfeller, ulykkestilfeller og andre hendelser som reflekterer økt forekomst av risikofaktorer. Dette arbeidet er selvsagt viktig. Det må fortsette, og det kan forbedres.

Fastlegereformen vil medføre større muligheter for legen når det gjelder registrering av sykdom hos de pasienter som står på hver enkelt leges liste. Det er viktig å følge opp intensjonene i Fastlegemeldingen om at befolkningen må oppfordres til å velge lege i nærheten av eget bosted for å lette samarbeidet mellom listelegen og andre yrkesgrupper i kommunene. Dette vil også ha stor betydning i forhold til samfunnsmedisinsk arbeid. F.eks. vil det være vanskelig å registrere følgene av et miljøproblem som støy dersom man ikke undersøker en befolkning knyttet til et område. Et ønske om fritt legevalg kan derfor komme i konflikt med et ønske om å legge forholdene til rette for samfunnsmedisinsk arbeid. Det vises i denne sammenheng til en artikkel av Anders Grimsmo og Jon Hilmar Iversen (Tidsskrift for den Norske Lægeforening nr. 2, 1996; 116:275 - 7).

Utvalget vil i denne sammenhengen minne om at helsefremmende arbeid må vektlegges langt sterkere og mer markert i framtiden, se bl.a. *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8 Livskvalitet - deltakelse - mestring, og utvalgets fortolkning av mandatet i underkapittel 2.3.

Derfor må kommunens helsetjeneste og dermed også kommunelegen som oftest er den som har hovedoppgavene innen samfunnsmedisinsk arbeid, bli mer opptatt av å beskrive ikke bare sykdomsprofil i kommunen, men også levekår,

herunder sosiale forhold, mangelfulle sosiale nettverk, arbeidsløshet, spesielle forhold i grupper blant funksjonshemmede, innvandrere og andre som kan ha vansker i samfunnet m.v. Dette vil klart ha som konsekvens at utdanningen av samfunnsmedisinere må legge grunnlaget for at kommunelegene/samfunnsmedisinere kan gjøre jobben også på dette området. Det er interessant i denne sammenheng å kunne konstatere at det er betydelig aktivitet på høgskolenivå for nettopp å skolere helsepersonell i denne delen av folkehelsearbeidet.

Utvalget er kjent med at Sosial- og helsedepartementet for tiden er i ferd med å utarbeide forslag til en ny lov om helseregistre som vil bli sendt på høring i løpet av 1998. Utvalget vil i denne forbindelse peke på nødvendigheten av at det legges et lovgrunnlag som gjør det mulig for kommunen/kommunelegen å oppfylle intensjonen i § 1-4. Det er grunn til å tro at manglende innsats på dette feltet i dag i noen grad skyldes usikkerhet om mulighetene til å opprette og drive lokale helseregistre. Lovgrunnlaget bør utformes slik at kommunene får mulighet til å foreta de registreringer som er nødvendige for å gjennomføre sine oppgaver innen helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid.

Planlegging av tiltak i folkehelsearbeidet

Selv om beskrivelsen av samfunnsmedisinsk virksomhet i dag i *"Status for forebyggende arbeid i Norge"* i kapittel 4 ikke går inn på dette forholdet, er det utvalgets inntrykk at planlegging av tiltak i folkehelsearbeidet ikke er prioritert verken av kommunene eller samfunnsmedisinere i kommunene i tilstrekkelig grad. Planlegging av folkehelsearbeidet, herunder helsefremmende arbeid, må etter utvalgets oppfatning være en obligatorisk del av kommuneplanen på samme måte som kommunene er pålagt å ivareta barns interesser i planleggingen. Samfunnsmedisineren eller kommunelegen må derfor sammen med andre fagfolk på dette området, bli faste deltakere i kommuneplanarbeidet. Utvalget minner i denne sammenheng om at sosialkomiteen uttalte følgende i Innst. S.nr. 118 (1993-94) ved behandlingen av St.meld.nr. 37 (Forebyggingsmeldingen):

> «Komiteen mener at både primærkommuner og fylkeskommuner må medvirke til at helseaspektet kommer med i konsekvensanalysene for alle nye prosjekter av betydning for lokalsamfunnet».

Det vises ellers til 10.3.3 hvor utvalget foreslår tiltak på planleggingsfeltet. Et av forslagene er at det faste utvalg for plansaker får hovedansvar for planleggingen av folkehelsearbeidet.

Gjennomføring av tiltak

Kapittel 4a i kommunehelsetjenesteloven handler om gjennomføring av tiltak i folkehelsearbeidet. Svært ofte vil tiltak innenfor sykdomsforebyggende arbeid være et ansvar for sektorer og instanser utenfor helsesektoren selv, og i helsefremmende arbeid vil dette ansvaret praktisk talt aldri kunne ligge i helsesektoren.

Det er viktig å være oppmerksom på dette forholdet. Dersom helsesektoren påtar seg et ansvar andre burde ta, vil dette ofte kunne føre til uklarhet, og at tiltak faller mellom to stoler og ikke blir gjennomført. I forhold til kommunelegens/samfunnsmedisinerens arbeid er det viktig å minne om dette.

Spørsmålet om legens pådriverrolle blir derfor sentral. Utvalget mener at innenfor de tiltak som klart har sykdomsforebyggende karakter bør helsesektoren og dermed samfunnsmedisineren ha en klar pådriverrolle, jf Stortingets vedtak i forbindelse med behandlingen av St.meld. nr. 41 (1987-88) Nasjonal helseplan, der helsemyndighetene fikk en pådriverrolle overfor andre sektorer i forebyggende arbeid. Men det er viktig å være på vakt slik at denne pådriverrollen ikke som nevnt ovenfor fører til uklarhet om hvem som har ansvar.

Dreier det seg om helsefremmende tiltak slik som dette omtales i denne utredningens *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8 bør nok helsesektoren være særlig på vakt for ikke å skape uklarhet om ansvarsforhold. I helsefremmende arbeid er det nødvendig å ansvarliggjøre alle aktuelle sektorer.

Evaluering av tiltak og virksomhet

Denne fjerde sentrale oppgaven i samfunnsmedisinsk arbeid synes, slik utvalget oppfatter det, i stor grad å være forsømt.

Også i denne sammenheng dreier det seg om å overvåke forholdene i den befolkningen og det miljøet som er gjenstand for tiltak. Dette må være utgangspunkt for en meningsfylt evaluering. Utvalget viser i denne sammenheng til St.meld.nr. 37 der arbeid med kommunehelseprofiler er skissert. Her står det bl.a. :

> «Videre bør det utvikles en standard for utarbeidelse av kommunehelseprofiler. I flere kommuner er det allerede gjennomført undersøkelser som er blitt brukt som grunnlag for slike kommunehelseprofiler.
>
> .....
>
> Et slikt lokalt verktøy beregnet på norske kommuner bør gi maler for
>
> – hvilke data som bør samles inn for å beskrive type og omfang av problemer
> – hvilke data som bør samles inn om innsatser og resultater
> – beskrivelse av hvordan data kan presenteres
> – opplegg for eventuell spørreundersøkelse i befolkningen
>
> Dette verktøyet vil være et tilbud til de mest motiverte og aktive kommunene.»
>
> (St.meld. nr. 37 (1992-93, side 52)

Arbeidet med å videreføre denne skissen må tas opp i kjølvannet av at Indikatorsystemet som det nå arbeides med, settes ut i livet. Det vises ellers til omtalen av helseprofiler i norske kommuner og fylkeskommuner i *"Mangfold i folkehelseabeidet i kommuner og fylkeskommuner"* i kapittel 5 og de danske sundhedsprofilene i *"Folkehelsearbeidet i enkelte andre land"* i kapittel 6. Som det går fram her har det skjedd mye positivt på dette området siden Forebyggingsmeldingen ble lagt fram

Utvalget vil understreke betydningen av at i kommunehelseprofilene og evalueringen av tiltak, må viktige helsefremmende tiltak følges opp. Det er ikke tilstrekkelig bare å fokusere på å fjerne risikofaktorer for sykdom og dermed sykdomsforebyggende arbeid. Dette betyr med andre ord et utvidet arbeidsfelt for kommunelegene/samfunnsmedisinerne. Men også her er det nødvendig å minne om at kommunelegene ikke må overta hele ansvaret for en kommunehelse- og levekårsprofil. Etter utvalgets oppfatning egner dette arbeidet seg svært godt for samarbeid på tvers av sektorer og yrkesgrupper, og som viktig grunnlag for kommune- og fylkeskommuneplanleggingen.

Samfunnsmedisinerens plass i den kommunale administrasjonen

I Forebyggingsmeldingen sier departementet at samfunnsmedisineren bør knyttes til rådmannen i stab, som en parallell til at miljøvernlederen er knyttet til rådmannens stab. Utvalget vil understreke at det er kommunene selv som må ta ansvaret for å organisere sin administrasjon.

«Miljøvern» er et begrep som med rette er blitt en viktig døråpner for tiltak, også tiltak som koster. Det er lang vei å gå før ordet «folkehelse» får samme status, men etter utvalgets mening bør det etter hvert innarbeides rutiner i offentlig saksbehandling som sikrer nettopp denne likestillingen mellom miljøvern og folkehelse. Kommunen bør derfor etter hvert skaffe kompetanse i rådmannens stab som også

ivaretar folkehelseaspektet i den kommunale virksomhet på linje med miljøvernlederen.

Som det går fram av omtalen nedenfor om organiseringen av miljørettet helsevern og smittevern, skal det etter kommunehelsetjenesteloven § 3-4 ansettes en eller flere kommuneleger som skal utføre de oppgaver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks. Etter smittevernloven har kommunelegen/samfunnsmedisineren en viktig rolle, jf § 7-2 i denne loven som regner opp en rekke oppgaver som er tillagt kommunelegen. Det vises ellers til *"Lovgrunnlag og definisjoner"* i kapittel 3 hvor dette er omtalt mer utførlig.

Det er naturlig at kommunene så langt mulig tilstreber å få tilsatt spesialister i samfunnsmedisin i slike stillinger, og det må utpekes stedfortreder.

Utvalget vil understreke betydningen av at det etter disse lovene forutsettes at det er en lege ansatt i kommunen som skal ivareta de nevnte oppgavene. Med andre ord er det ikke tilstrekkelig å få en timebetalt fastlege til å skjøtte dette arbeidet.

10.6.3 Miljørettet helsevern

Utvalget vil først rette oppmerksomheten mot enkelte poenger i 4.6.1 Miljørelaterte sykdommer. Selv om det er et viktig punkt i kommunehelsetjenestelovens § 4a - 1 at også sosiale miljøfaktorer er tatt med i definisjonen av miljørettet helsevern, er det viktig å ha en oppfatning av i hvilken grad biologiske, kjemiske og fysiske miljøfaktorer influerer på forekomsten av sykdom, herunder også skader som følge av ulykker.

Det er viktig i denne sammenhengen å minne om at det er ytterst sjelden at miljøforurensing fører til spesifikke sykdomstilstander som er forskjellige fra de som vanligvis forekommer, men noen mennesker kan være svært følsomme for miljøeksponeringer. Dette kan skyldes arvede anlegg, alder, helsetilstand og ernæring. Passiv røyking er likevel i en særstilling som et helsemessig viktig miljøproblem.

Dilemmaet i miljørettet helsevern er også nevnt i 7.2.4. Skal vi følge et «føre var«-prinsipp, med risiko for å ha «forebygget» helseproblemer som ikke ville ha blitt særlig store i alle fall? Eller skal vi vente med handling til de helsemessige konsekvensene er helt klart påvist?

På kommuneplanet er dette dilemmaet særlig problematisk, og det kreves ikke minst på dette nivået, en solid faglig plattform før tiltak settes i verk.

Utvalget vil derfor sterkt gå inn for at særlig små kommuner i utkant-Norge overveier å skaffe den nødvendige kompetanse ved å satse på interkommunale løsninger i kombinasjon med det kommunale næringsmiddeltilsyn som i stor utstrekning er organisert som interkommunale løsninger. Det er her tale om å skaffe til veie eksperthjelp, f. eks. laboratorieutstyr som den enkelte kommune vil ha problemer med å kunne skaffe seg.

Utvalget viser for øvrig til det som er sagt i 4.6.4 Næringsmiddeltilsyn.

Utvalget vil imidlertid understreke at man ikke går inn for å flytte medisinsk faglig rådgiver og smittevernlegen ut av den enkelte kommunes administrasjon. Det interkommunale samarbeidet det er tale om her, må være et hjelpemiddel for kommunene og kommunelegene når vedtak etter kommunehelsetjenesteloven eller smittevernloven skal fattes. Samarbeidet mellom det kommunale næringsmiddeltilsynet og kommunelegen er viktig ikke minst fordi dette samarbeidet i enkelte tilfelle er en forutsetning for å komme på sporet av en næringsmiddelbåren epidemi. Her er Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) som sorterer under Folkehelsa et sentralt virkemiddel.

På kort sikt kan det imidlertid være nødvendig å finne fram til ulike former for interkommunalt samarbeid også om samfunnsmedisinske oppgaver som miljørettet

helsevern, smittevern m.v. Dette kan være aktuelt i kommuner med stor gjennomtrekk i legestillinger.

Utvalget vil til slutt i dette avsnittet peke på det som er sagt i underkapittel 4.6 om Nasjonal handlingsplan for miljø og helse - Lokal Agenda 21. Her er det pekt på at i LA 21 behandles både helse- og miljøspørsmål, og at det opereres med et vidt miljøbegrep som også forholder seg til livskvalitet, og dermed forhold som rettferdighet, trygghet, tilhørighet, sykdomsforebygging, helse og trivsel. Utvalget vil for sin del anta at disse forholdene kanskje vil vise seg å bli de mest sentrale når LA 21 skal settes ut i livet her i landet, og at dette har en klar sammenheng med at utvalget så sterkt markerer at det er innsats i det helsefremmende arbeidet som nå må prioriteres i Norge. Dette er bakgrunnen for at utvalget for sin del antar at LA 21 langt mer bevisst må koples til arbeid med lokalsamfunnsutvikling enn det man får inntrykk av er tilfelle i dag.

10.6.4 Smittevern

I 7.2.5 Infeksjonssykdommene slår utvalget fast at smittevernberedskapen i Norge langt fra er optimal, bl.a. fordi flere kommuner ikke får tilsatt kommuneleger eller helsesøstre. Andre steder er det liten stabilitet og ofte er kompetansen ikke god nok. Dette er problemer som ble tatt opp i Delutredning I for legenes vedkommende. Selve organiseringen av smittevernberedskapen er drøftet i utredningen Helsemessig og sosial beredskap - forslag til lov avgitt i juli 1997 jf omtalen i *"Lovgrunnlag og definisjoner"* i kapittel 3. Utvalget viser til denne og konstaterer at det ikke er grunnlag for å foreslå endret organisering av arbeidet med smittevern og smittevernberedskapen.

10.6.5 Beredskap

I den overfor nevnte utredningen om helsemessig og sosial beredskap er kommunelegen og dermed samfunnsmedisinerens medvirkning i beredskapssituasjoner drøftet, se side 74. I denne utredning foreslås det at kommunelegens tilråding og begrunnelse alltid skal følge en sak som har betydning for helseberedskapen, og at kommunehelsetjenesteloven bør endres i samsvar med dette forslaget. Likeledes foreslås det at kommunelegens deltakelse i lokal redningssentral gis lovgrunnlag, og at kommunehelsetjenesteloven endres med henblikk på også dette.

Utvalget viser til disse forslagene og konstaterer at dersom dette blir fulgt opp, vil kommunelegene og dermed samfunnsmedisinerne i kommunene få utvidet sitt ansvarsområde.

10.6.6 Utvalgets Delutredning I og høringsuttalelsene til denne

Utvalget la 23. januar 1998 fram en avgrenset delutredning om innpassing av samfunnsmedisinske og andre offentlige legeoppgaver i en fastlegeordning. Departementet sendte denne utredningen på en bred offentlig høring 12. mars 1998 med 6 ukers høringsfrist. Denne korte høringsfristen ble satt av hensyn til framdriften i arbeidet med fastlegeordningen.

Det kom inn 116 høringsuttalelser - 42 fra kommuner og Kommunenes Sentralforbund, 7 fylkeskommuner, 9 fylkesleger, 6 yrkesorganisasjoner, 8 departementer, 25 andre statlige organer og 19 andre, bl.a. frivillige organisasjoner og forskningsinstitusjoner.

Departementet har oppsummert høringsuttalelsene, og en kortversjon som spesielt fokuserer på finansiering og organisering av samfunnsmedisinsk arbeid

gjengis nedenfor. Utvalgets forslag er i denne kortversjonen sett i sammenheng med forslag i St.meld. nr. 23 (1996-97)(Fastlegemeldingen).

1. Finansiering av samfunnsmedisinsk arbeid i kommunene

I Fastlegemeldingen foreslo departementet at kommunene kan avgjøre hvor mange timer som ønskes av den enkelte lege når det gjelder samfunnsmedisinsk arbeid, med en grense på maksimalt 8 timer per uke. Meldingen gikk inn for at dette arbeidet skal betales i form av timelønn og praksiskompensasjon.

Utvalget pekte på at praksiskompensasjon som tar sikte på å dekke legens utgifter når praksis står ubenyttet fordi legen deltar i samfunnsmedisinsk arbeid er en form for utgift som må begrenses. Denne utgiften får kommuner som organiserer legetjenester dårlig samordnet med andre kommunale helsetjenester. Dette kan motvirkes ved at legepraksis mest mulig blir organisert som gruppepraksis, gjerne knyttet til f.eks. helsestasjoner eller institusjoner for eldre, slik at når legen deltar i kommunens samfunnsmedisinske arbeid kan lokaler, utstyr og hjelpepersonell benyttes av en annen lege i gruppen i en oppsatt turnus.

Utvalget var opptatt av rekrutteringen til utkantkommuner, selvsagt fordi også samfunnsmedisinsk arbeid vil lide dersom rekrutteringen svikter. Rekrutteringen har nær sammenheng med finansieringsordninger, og utvalget skisserte fire:

1. Fastlønnsordninger basert på fastlønnstilskudd som i dag.
2. Øke per capita andelen i små- og utkantkommuner.
3. Egen tilskuddsordning for samfunnsmedisinsk arbeid.
4. Helhetlig kommunalt finansieringsansvar for legetjenester i kommunene, noe som vil innebære at trygdens bidrag til finansiering blir lagt inn i de kommunale rammene.

Utvalgets vurdering av disse alternativene i Delutredning I

Utvalget var i delutredningen opptatt av at i en situasjon med legemangel vil rekrutteringen av leger til utkantkommuner svekkes bl.a. ved at det i en fastlegeordning forutsettes en viss konkurranse om pasienter. Dette skaper vansker spesielt i utkantkommuner fordi legeantallet i hovedsak må ses i forhold til krav knyttet til vaktordninger, og derfor vil det nødvendigvis bli få innbyggere per lege i en fastlegeordning. Utvalget var skeptisk til at dette problemet kan løses ved et gradert per capita beløp. Utvalget pekte på de fordeler en fastlønnsordning med fastlønnstilskudd som i dag vil ha i relasjon til rekruttering av leger til utkantkommuner som derfor bør få mulighet for å velge dette alternativet. Et viktig poeng i denne sammenheng er at fastlønnstilskuddets størrelse vil virke utjevnende i forhold til problemer knyttet til lavt innbyggertall. Men også i forbindelse med fraflytting som automatisk vil medføre et lavere inntektsnivå for leger i en fastlegeordning der per capita beløpet vil gi en mindre inntekt for legene ved fraflytting, vil fastlønnstilskudd virke utjevnende og stabiliserende. I en rekrutterings-sammenheng er dette etter utvalgets mening, viktige momenter.

Et helhetlig finansieringsansvar for legetjenester i kommunene ble avvist som uaktuelt av utvalget, bl.a. fordi Stortinget har fastsatt forholdet mellom stykkpris og per capita beløp til 70/30. Dette vil i en helhetlig finansieringsordning medføre stor usikkerhet - særlig for småkommunene.

Mange av høringsinstansene - særlig utkantkommuner - mente i likhet med utvalget at en fastlønnsordning basert på fastlønnstilskudd kan være et viktig virkemiddel for å få utført samfunnsmedisinsk arbeid og for å rekruttere leger til utkantkommuner med få innbyggere. Også Legeforeningen støtter tanken om å videreføre dagens ordning med fastlønnstilskudd til legearbeid som avlønnes med fast lønn, og overføringene til kommunene må etter Legeforeningens syn utformes slik at det blir

utgiftsmessig likeverdig for kommunene om man velger fastlønn eller en ordning med stykkpris kombinert med per. capita tilskudd til legene.

Høringsinstansene hadde ellers ikke mange viktige synspunkter på de fire alternativene, bortsett fra at Finansdepartementet støttet alternativ 4.

Utvalget vil derfor med støtte i høringen til Deltutredning I sterkt tilrå at fastlønnsordningen basert på fastlønnstilskudd blir videreført av hensyn til rekrutteringen i utkantkommuner og dermed samfunnsmedisinen i disse kommunene. Det vises også til 10.2.2 og drøftingen av betydningen av å likestille kurative og ikkekurative tjenester i finansiell henseende.

2. Organisering av samfunnsmedisinsk arbeid i kommunene

Som nevnt hadde utvalget synspunkter på bl.a. organisering av samfunnsmedisinsk arbeid i kommunene.

I Fastlegemeldingen har departementet gitt uttrykk for at fastleger skal ha plikt til å delta i tverrfaglig samfunnsmedisinsk arbeid, og at det forutsettes at det samfunnsmedisinske arbeidet skal planlegges og fordeles før listene blir etablert. Det skal legges særlig vekt på at legetjenesten skal kunne gi et godt tilbud til grupper med sammensatte og store behov for tjenester.

Som nevnt overfor i forbindelse med såkalt praksisgodtgjørelse har utvalget i Delutredning I gitt uttrykk for at det er nødvendig å organisere et samarbeid mellom leger i form av f.eks. gruppepraksis av hensyn til vaktordninger, ferier og liknende. Det er også en fordel at slike gruppepraksiser knyttes til helsestasjoner eller institusjoner for eldre for å lette samarbeidet og på den måten få organisert et samlet tilbud overfor en definert befolkning.

Høringsinstansene har omtalt dette, men oftest generelt i form av støtte til tanken om at det samfunnsmedisinske arbeidet må planlegges og fordeles før listene blir etablert.

Stavanger kommune er positiv til forslagene på dette punktet:

> «Vi slutter oss til en del utsagn under punktet «organisering m.v.»:
> – det samfunnsmedisinske arbeidet må planlegges og fordeles før pasientlistene blir etablert
> – befolkningen må oppfordres til å søke lege i nærheten av bosted for om mulig å sikre det tverrfaglige arbeidet.
> – det er hensiktsmessig med samling av leger i «funksjonelle helsesentra», og å organisere et samarbeid mellom legene i hvert bydelsdistrikt.

Dette støttes av Norsk Sykepleierforbund som spesielt framhever betydningen av at fastlegen får pasienter fra et fast definert område av hensyn til tverrfaglig samarbeid, kontinuitet og kvalitet. Sykepleierforbundet gir uttrykk for at det ikke er mulig å beholde helsepersonellets samfunnsinnsikt dersom en forlater dagens prinsipp om geografisk område for det forebyggende arbeidet.

3. Andre spørsmål

En rekke høringsinstanser har pekt på at en vesentlig årsak til rekrutteringssvikten til samfunnsmedisinske stillinger i kommunene ligger i den store forskjellen mellom årsinntekten leger oppnår som ansatt i en kommune, og den årsinntekt en privatpraktiserende allmennlege oppnår i dag.

Utvalget vil i denne sammenheng peke på at når samfunnsmedisinen er kommet i dette uføret skyldes dette antakelig i stor utstrekning følgende forhold:

Størrelsen på takster og driftstilskudd som allmennpraktikere får fastsettes etter forhandlinger mellom staten og Legeforeningen. Kommunenes Sentralforbund medvirker i disse forhandlingene, bl.a. fordi det er kommunene som må bære utgiftene til driftstilskuddet. Det er en kjent sak at nivået på takstene de siste år er satt i relasjon til det sykehusleger kan tjene, slik at for å unngå dårlig rekruttering til

allmennlegetjenesten, har takstene blitt relativt høye. Dermed har man et tilløp til en farlig spiral som kan føre til at legetjenesten her i landet blir altfor kostbar, noe ingen er tjent med.

Når det gjelder lønn til kommuneleger fastsettes nivået etter forhandlinger mellom Kommunenes Sentralforbund og Legeforeningen. Lønnsnivået blir naturlig nok sett i sammenheng med det andre akademikere kan oppnå i kommunale stillinger.

Utvalget vil derfor gå sterkt inn for at det gjøres noe med dette forholdet, ikke minst av hensyn til folkehelsearbeidet i kommunene som klart er mangelfullt slik mange av høringsinstansene har pekt på, nettopp fordi rekrutteringen av samfunnmedisinere svikter av lønnsmessige årsaker.

Takster og per capita tilskudd må i framtiden samordnes med lønnsfastsettelsen for kommuneleger som fortsatt må skje i forhandlinger med Kommunenes Sentralforbund. Dette er en nødvendig forutsetning for å få søkere til de altfor mange ledige kommunelegestillingene.

Utvalget minner om at det i underkapittel 10.2 fremmes forslag med henblikk på at finansieringen av kommunenes legetjeneste bør harmoniseres ved at det også gis statlige tilskudd til ikke - kurativ legetjeneste og fysioterapitjenester.

10.6.7 Konklusjoner

Utvalget slår fast at leger har sentrale oppgaver i folkehelsearbeidet.

Med utgangspunkt i utvalgets Delutredning I og høringsuttalelsene, tilrås at ordningen med fastlønnstilskudd føres videre for å sikre legedekningen i utkantstrøk.

Utvalget understreker betydningen av å likestille kurative og ikke-kurative tjenester når det gjelder finansiering. Med andre ord må også den ikke-kurative delen av primærlegens arbeid delfinansiseres av staten.

Takster og per capita tilskudd må i framtiden samordnes med lønnsfastsettelsen som fortsatt må skje i forhandlinger med Kommunenes Sentralforbund. Dette er en nødvendig forutsetning for å få søkere til de altfor mange ledige kommunelegestillingene.

10.7 SPESIELT OM TILTAK FOR Å BEDRE DE PSYKOSOSIALE FORHOLD RUNDT SVANGERSKAPS- OG FØDSELSOMSORGEN

Reidun Førde har utarbeidet en delutredning om de psykososiale forhold rundt svangerskaps- og fødselsomsorgen jf omtale i *"Innledning og bakgrunn"* i kapittel 2, *"Status for forebyggende arbeid i Norge"* i kapittel 4 og i vedlegg 1. Hun konkluderer med at denne bør styrkes og tar opp spørsmål som knytter seg til:

- Innholdet i omsorgen.
- Hvordan den kan organiseres.
- Hvor den skal foregå.

Dette underkapitlet har derfor en annen karakter enn de øvrige. Utvalget slutter seg til de synspunktene Reidun Førde legger fram i sin delutredning, og de konklusjonene som er gjengitt her. Utvalget mener imidlertid at det ikke har den nødvendige kompetanse til å fremme konkrete forslag til tiltak på dette området.

10.7.1 Innholdet i omsorgen

For at svangerskapsomsorgen skal kunne individualiseres også ut fra psykososiale ressurser, må disse forholdene rundt kvinnenes liv berøres rutinemessig på samme måte som det spørres om bruk av medikament og sukkersyke ved utfylling av svangerskapsskjema i dag. Forhold som må antas å være viktige for å vurdere omsorgsbehovet er: støtte fra nettverket, støtte fra partner, tidligere psykiske problemer som angst, søvnløshet og depresjon, opplevelser av tidligere svangerskap, fødsler og aborter og tidligere barns helse og trivsel. I denne sammenhengen er det som tidligere nevnt, like viktig å få fram ressurser og styrker som problemer (Førde, 1996).

En forutsetning for at svangerskapsomsorgen skal bli bedre med hensyn til psykososiale risikofaktorer er at alle som deltar i denne omsorgen får økte kunnskaper om betydningen av dette arbeidet. Dette bør være et sentralt tema i grunnutdanning og videreutdanning av leger og jordmødre. Når dette gjøres, bør også de etiske aspektene ved å gå inn i dette feltet diskuteres.

Et problem med at dette feltet tillegges økt vekt er at man i dag ikke har vitenskapelig sett gode nok kunnskaper om hvilke «risikofaktorer» rundt kvinnen og hennes nettverk som bør vies økt oppmerksomhet, og hva som kan utelates for at effekten av arbeidet kan bli best mulig og eventuelle negative effekter minst mulig. Dette er bekymringsfullt, og forskning bør derfor være en forutsetning for økt satsing på dette området. Hvordan kvinnene opplever en slik form for omsorg, og hva ved en eventuell form for intervensjon som «virker», må følges opp av gode prospektive studier.

10.7.2 Hvordan kan omsorgen organiseres?

Hvem skal ha ansvaret?

Det avgjørende for hvor svangerskapsomsorgen skal foregå er selvsagt først og fremst hvem kvinnen ønsker å gå til svangerskapskontroll hos, og hvilken tillit hun har til vedkommende. Viktigere enn hvilken profesjon som forestår svangerskapsomsorgen er antagelig hvilke interesse og engasjement vedkommende helsearbeider har i dette arbeidet.

Målet med den psykososiale delen av svangerskapsomsorgen er at kvinnen og hennes familie skal være i stand til å fungere best mulig og mest mulig uavhengig av hjelpeapparatet. Helsearbeidere kan som allerede nevnt, kompensere for manglende sosialt nettverk i denne perioden, men nettverk kan også skapes med utgangspunkt i svangerskapsomsorgen uten at ressurser trekkes ut av helsevesenet. Noen har for eksempel gode erfaringer med å samle gravide med termin omtrent samtidig til svangerskapskontroll samme dag i uka slik at de kan bli kjent med hverandre. Selvhjelpsgrupper som Ammehjelpen og Fødsel i Fokus har som eksempel bidratt til både nettverksskaping og økt mestring, kanskje mer enn hva profesjonelle har klart.

Jordmors plass

I kraft av sin utdanning har jordmor en sentral plass rundt svangerskap og fødsel. Jordmorkontrollene er i motsetning til en travel allmennpraksis mindre preget av et høyt tempo. Jordmødrene har som nevnt også tradisjoner for å være mer opptatt av de «myke» sidene av graviditeten og har også best forutsetninger for å bearbeide fødselsangst. Kontakt med jordmor i svangerskapet kan kompensere for manglende kvinnefellesskap. Jordmor har gode forutsetninger for å følge friske gravide gjennom svangerskapet. Det er viktig at gravide får orientering om dette tilbudet, at de selv får velge hvor de vil gå, og at kvinnens faste lege ikke motarbeider dette frie valget.

Allmennpraktikerens plass

Allmennpraktikerens fortrinn, mer enn i svangerskapsomsorgen generelt, kan ses særlig tydelig knyttet til arbeidet med de gravide med sammensatte problemer. Problemer somatiseres, de mest ressurssvake verbaliseres ikke sine problemer. De oppsøker lege fordi de får kroppslige plager, og ber sjeldnere om henvising til psykolog enn mer verbaliserende ressurssterke kvinner. Å håndtere sammensatte psykososiale problemer er en del av allmennpraktikerens hverdag.

Mange allmennpraktikere har viktige kunnskaper om pasientene sine og kjenner ofte familie og sosialt nettverk. Et annet fortrinn som allmennpraktikeren har overfor nettopp disse gravide, er kontinuiteten i allmennpraksis. Mange allmennpraktikere kjenner de gravide han/hun får til svangerskapskontroll fra tidligere, ofte over mange år, og vil også ofte følge familien etter fødselen. Kvinnen kan allerede ha etablert et tillitsforhold til legen sin fra tidligere konsultasjoner. I tillegg sitter allmennpraktikeren sentralt i hjelpeapparatet og er vant til å samarbeide med både 2. linjetjenesten og andre deler av helse- og sosialtjenesten. Evne til tverrfaglig samarbeid er særlig nødvendig i dette arbeidet.

Helsesøsters plass

I dag spiller helsesøster en liten rolle i kontrollen av friske gravide. Helsesøster kan ha en viktig funksjon når det gjelder støtte til familier med psykososiale problemer etter fødselen. Hun vil ha en helt sentral rolle i oppfølgingen av familien den første tiden. Det kan derfor være nyttig å tilby kontakt med helsesøster allerede i svangerskapet for at kvinnen kan orientere seg om hvilke tilbud helsestasjonen har, kontakt kan skapes og være en viktig forutsetning for samarbeid med ressursvake familier i den aller første tiden etter fødselen. Denne kontakten vil da komme i tillegg til konsultasjonene hos allmennpraktiker/ jordmor.

Gynekologens plass

I større tettsteder finnes en del privatpraktiserende gynekologer som kontrollerer normale svangerskap, ofte i samarbeid med en jordmor. Gynekologens plass i svangerskapsomsorgen er imidlertid først og fremst som henvisningsinstans for kompliserte somatiske svangerskap.

10.7.3 Hvor skal omsorgen foregå?

En tilpasning av tilbudet som bygger på geografiske forhold, den gravides ønsker og behov og de tilgjengelig helsetjeneste-ressurser må tilstrebes. Nettopp ut fra hensyn til kvinner med sammensatte problemer er det viktig at svangerskapsomsorgen ikke utvikler seg til en særomsorg fordi koordineringen av hjelpetiltakene lett blir vanskelig, og mangelen på helhetsperspektiv kan lett føre til at omsorgen blir mindre god.

Det er mange modeller for svangerskapsomsorg som kan fungere godt. Disse vil bli diskutert her ut fra de særlige utfordringene som psykososiale problemer i graviditeten reiser.

Delt omsorg rundt gravide med psyksosiale problemer

En delt omsorg mellom lege og jordmor vil ha fordelen av at mange gravides ønske om å ha kontakt med jordmor kan etterkommes. Den delte omsorgen gir også muligheter for faglig utvikling for både lege og jordmor og fungerer godt rundt ukompliserte svangerskap. Dersom jordmor og lege samarbeider godt, kan også jordmor og lege støtte hverandre i mange vanskelige vurderinger som knytter seg til omsorgen av gravide med store psykososiale problemer. Ulempen er tap av kontinuitet for både kvinne og lege/jordmor, tap av informasjon og kan til slutt føre tol økte ressurser til samordning. Ulempen ved å måtte forholde seg til mange personer er kanskje særlig stor for kvinner med psykososiale problemer. Disse kvinnene

trenger ofte tid for å få tillit til helsearbeideren. Dessuten er kontinuitet en viktig forutsetning for et best mulig kjennskap til kvinnen og hennes behov.

Som allerede nevnt kan kvinner med psykososiale problemer ofte ha behov for henvisninger til og behandling i andre deler av hjelpeapparatet utover den/de som skal forestå svangerskapsomsorgen (somatisk spesialundersøkelse, rusmiddelomsorg, psykiatrisk helsetjeneste). Det kan lett bli mange personer kvinnen må forholde seg til i denne tiden. De færreste gravide ønsker å ha kontakt med mange personer i svangerskapskontrollen. En god koordinering og samling av informasjon er helt nødvendig. Som allerede nevnt vil allmennpraktikeren stå sentralt i dette arbeidet, særlig dersom legen også er kvinnens faste lege. En helt avgjørende forutsetning er at legen tar denne oppgaven alvorlig.

Organisasjonsmodeller

Svangerskapsomsorgen foregår på helsestasjonen

Fordelen med å ha svangerskapsomsorgen på helsestasjonen er bl.a. at kvinnen da blir kjent på helsestasjonen hvor hun senere skal gå med sitt barn. På helsestasjonen arbeider jordmor, lege og helsesøster sammen, og modellen ligger særlig godt til rette for dette samarbeidet. Videre markerer denne modellen at dette er forebyggende, ikke kurativt, helsearbeid. Nettopp derfor kan kanskje terskelen for å be om hjelp være lavere enn når man må henvende seg i en travel legepraksis, og helsestasjonen kan derfor være særlig viktig for familier med dårlig nettverk.

Men helsestasjonsmodellen har også åpenbare ulemper knyttet nettopp til gruppen gravide med psykososiale problemer. Dersom legen bare arbeider på helsestasjonen mangler han/hun ofte tidligere kjennskap til kvinnen, og det kan derfor ta lenger tid før kontakt og tillit skapes. Fordi kvinnen etter denne modellen bare ser legen noen få ganger i løpet av svangerskapet, med måneders mellomrom, er det en uttalt erfaring blant mange leger, etter at modellen har vært prøvd ut i noen år, at det er vanskelig for legen å bli kjent med kvinnen når jordmor har de fleste kontrollene. Følgelig kan det ofte være vanskelig å mobilisere et engasjement utover å gjøre de tradisjonelle somatiske undersøkelsene skikkelig. Modellen kan derfor sies å tømre fast rollene som mange leger nettopp ønsker seg bort fra: jordmor står for de myke sidene, legen for de nødvendige og viktigste fysiske kontrollene. Ulempen er også at kvinnen ved behov for legetjenester utover helsestasjonsdagen, som behov for sykmelding, behov for henvisning ved akutt oppståtte plager og følelsesmessige problemer, må ta kontakt med egen/annen lege slik at et minimum av tre personer har kontakt med kvinnen (helsestasjonslege, jordmor og egen lege). For de med sammensatte problemer kan som allerede påpekt, flere andre komme inn i tillegg. Ulempen ved denne modellen er bl.a. også at jordmor og helsesøster må forholde seg til mange ulike leger.

En måte å begrense antallet personer som den gravide må forholde seg til, er å la ulike leger med praksis i kommunen også ha helsestasjonspraksis der han/hun møter sine «egne» gravide. Denne modellen vil ikke komme i konflikt med fastlegeordningen, men noen leger vil ikke ha mange nok gravide i sin praksis til å fylle en hel/en halv dag i uken. I mange mindre kommuner i Norge møter kvinnen den samme lege både på legekontoret og på helsestasjonen. I slike kommuner fungerer svangerskapskontrollen godt både for kvinnen som da får svangerskapsomsorg på helsestasjonen (ofte også i samarbeid med jordmor) og får beholde sin egen lege, og for legen som beholder kontinuiteten og oversikten.

Svangerskapsomsorgen foregår i kvinnens faste leges praksis

Kontrollene kan da foregå enten ved at legen forestår svangerskapsomsorgen alene, eller ved at legen knytter til seg jordmor. Svært mange leger arbeider i dag i gruppepraksis slik at flere kan bruke samme jordmor enten ved å ansette henne selv eller ved at jordmor er kommunalt ansatt og fordeler seg på mange ulike legekon-

torer. Denne modellen lar seg lett tilpasse fastlegeordningen. Fordelen med denne modellen er at kvinnen får beholde kontakten med samme/egen lege hele svangerskapet, og at jordmors og leges samarbeid blir smidigere. Kvinnen forholder seg til et legekontor som stort sett er bemannet hele uken, og all informasjon om kvinnen samles på et sted. Ulempen er at jordmor må forholde seg til mange legepraksiser, og at samarbeidet med helsesøster blir mindre naturlig. Men det som gjelder samarbeid mellom lege og jordmor, gjelder også samarbeid mellom disse to og helsesøster, innstilling til samarbeide er viktigere enn fysisk nærhet.

Svangerskapsomsorgen foregår hos jordmor alene

Fordelen med denne modellen er at kvinnen får kontakt med en person. Jordmor er i tillegg en person som vil kunne tilby relativt god tid. Ulempen er at kvinner vil måtte oppsøke lege når de trenger sykemelding, henvisning til fysioterapi og mange spesialundersøkelser. Kvinner med alvorlige psykososiale problemer vil ofte i større grad enn ressurssterke uten slike problemer, ha somatiske plager og komplikasjoner som nødvendiggjør legeintervensjon, sykemelding og henvisning.

10.7.4 Konklusjoner

De psykososiale forholdene til gravide og småbarnsfamilien er viktige både for somatisk og psykisk sykelighet. Psyksosiale problemer synes å være økende blant barn og unge.

De viktigste potensielle forbedringene av forholdene til dem som i dag har utilfredsstillende psykososiale levekår ligger i bedret økonomi og utdanning hos de gruppene som er dårligst stilt, bedre bomiljø, styrking av sosiale nettverk m.v. Imidlertid finnes det holdepunkter for at måten kvinner med psykososiale problemer blir møtt på under svangerskapsomsorgen, kan ha positiv betydning for kvinnens mestring og muligens derfor også barnets somatiske og psykiske helse senere. Særlig for de mest sårbare gravide med svake sosiale nettverk, kan den støtten hun mottar i svangerskapsomsorgen være særlig viktig.

Kvinnens egne preferanser og interesse for å gjøre dette arbeidet ordentlig, er like viktig som hvem som forestår svangerskapsomsorgen. Det som fungerer godt for friske ressurssterke gravide, behøver ikke være optimalt for kvinner med sammensatte problemer. Særlig viktig for denne gruppen gravide er at den som forestår omsorgen har gode nok kunnskaper om normale følelsesmessige forandringer i svangerskapet og evne til å skille det normale fra det som bør henvises videre. Kunnskapene om dette feltet er i dag ikke gode nok hos mange helsearbeidere. Dette området bør derfor styrkes i videre- og etterutdanningen av allmennpraktikere og gynekologer.

For gravide med sammensatte psykososiale problemer er det særlig viktig at en person har det helhetlige ansvaret for omsorgen. Dette for å sikre at det ikke skjer ansvarspulverisering, og at informasjon ikke spres for mye. Evne til tverrfaglig samarbeid er en viktig forutsetning. Videre er kontinuitet viktig både for den som forestår omsorgen og for den gravide selv.

Fastlegeordningen kan være et særdeles godt utgangspunkt for denne gruppen gravide. I denne vil kvinnens egen lege, tilpasset geografiske forhold, kunne ha det overordnete ansvaret, kunne tilpasse omsorgen den enkelte kvinnes spesielle behov og også kunne følge opp mor og barn senere. Det er særdeles viktig at kvinnens ønske om jordmorkontroll ikke motarbeides av legen.

For at den psykososiale delen av svangerskapsomsorgen skal forbedres og endringene evalueres er forskning i form av prospektive studier nødvendig.

10.8 SPESIELT OM HELSESTASJONS- OG SKOLEHELSETJENESTEN

10.8.1 Innledning

Det vises til underkapittel 4.3 vedr. status for disse tjenestene og generelt om helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge.

Satsing på forebygging er en tverrsektoriell satsing. Mange tiltak er derfor ivaretatt under flere departementers budsjett. Som eksempler kan nevnes Barne- og familiedepartementet og utviklingsprogrammet «Bli med» og foreldreveiledningsprogrammet , Kirke-, undervisnings- og forskningsdepartementet og tiltak mot mobbing i skolen, Samferdselsdepartementet og trafikksikkerhet. Her vil utvalget se på helsestasjon og skolehelsetjenesten som verktøy innen folkehelsearbeidet og utfordringer og tiltak.

10.8.2 Utfordringer

Hovedutfordringer for kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten er flere, bl.a. :

- Å utvikle en mer kunnskapsbasert praksis. Utfordringen ligger i skolering, framskaffelse og anvendelse av best tilgjengelig kunnskap, samt å etablere og videreutvikle fagfora. Fra 1998 og framover foreslås tidligere nevnte prosjekt- og utviklingsarbeider videreformidlet og iverksatt gjennom et etterutdanningsopplegg i det helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot barn og unge, hvor helsestasjons- og skolehelsetjenesten vil være sentrale aktører innenfor helsetjenesten og i samarbeid med andre etater og faggrupper.
- Styrke fagutvikling i relevante forskningsmiljøer er ønskelig for å samle inn, systematisere og utvikle ny kunnskap. Innenfor helsesøstergruppen er det satt fram et forslag om et eget utviklings- og forskningssenter for dette arbeidsområdet, jf underkapittel 10.10.
- Større fokus på planprosessen og utarbeidelse av planer for virksomheten som grunnlag for målrettet prioritering, gjennomføring og evaluering. Kompetanseheving for helsesøstre både på plan- og dokumentasjonsarbeid.
- Å utvikle og systematisere arbeidet med strategi-, metode- og prosedyrebruk innenfor ulike oppgaver og tiltak. Her vises det til bl.a. prosjektet «Tidlig intervensjon» i Nord- Trøndelag 1993-98. Dette har vært et stort helsestasjonsprosjekt for utvikling av metoder for å finne fram til både risikofaktorer og potensialer for god helseutvikling hos sped- og småbarn. Sammen med Statens helsetilsyns prosjekt «Videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten» er disse prosjektene gode bidrag med mulige utviklingsbehov videre.
- Å styrke og videreutvikle kompetanse innen tverrfaglig samarbeid. Trygghet basert på kunnskap i egen rolle er et viktig fundament for å få til samarbeid med andre. Styrking av egen sektor er et godt bidrag til utvikling av tverrfaglig samarbeid, sammen med egen viten om slikt samarbeid.
- Å styrke innsatsen for å forebygge psykososiale problemer. Dette arbeidsområdet er det satt fokus på som et viktig arbeidsområde både fra fagfolk og fra politisk hold.

Videre er det nødvendig å vurdere en fellesforskrift for helsestasjons- og skolehelsetjenesten hvor også svangerskapsomsorgen på helsestasjonen bør inngå. Opprustning av helsestasjonen til å omfatte både en sped- og småbarnvirksomhet såvel som et ungdomstilbud kan bidra til kommunal opprioritering av skolehelsetjenesten både i grunnskolen og i videregående skoler. Tilbudet om helsestasjon for ungdom som i hovedsak har vært et tilbud om prevensjonsveiledning, har

hatt medvind de siste par år. Dette tilbudet bør utvides og favne helsefremmende tiltak rettet mot ungdommen. En slik opprusting, særlig for å forebygge psykososiale problemer, kan komme hele ungdomspopulasjonen til gode og bidra til å styrke ungdomspolitikken i kommunene.

Legens tilknytning til helsestasjonen må avklares. Utvalget vurderer det slik at fullverdig deltakelse fra legens side vil kreve tilstedeværelse på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten. Dette vil også sikre kompetanseutvikling i samspill mellom samtlige medarbeidere. Tverrfaglig drøfting og samråd vil komme barna og deres familier til gode. Betalingsordningen for legearbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten må avspeile denne tilknytningen. Når legeundersøkelse og legebehandling er nødvendig ved sykdom eller mistanke om sykdom er det naturlig å kontakte familiens lege. I mindre kommuner vil antagelig helsestasjonslegen og fastlegen være samme person.

En modernisering og opprusting av helsestasjonsarbeid for barn og ungdom stiller også helsesøstergruppen overfor utfordringer om fornying. Tverrsektorielt arbeid og åpning for likeverdig innsats fra andre profesjoner overfor barn og unge er uttrykk for endringsvilje. En annen form for tydeliggjøring av endringsvilje er å drøfte stillingsbetegnelsen helsesøstre. Det er mange år siden yrkesgruppen la betegnelsen sykesøstre bak seg. Også ut fra likestillingshensyn er det på tide å drøfte alternative stillingsbetegnelser som f. eks. helserådgiver, forebyggingskonsulent eller liknende.

10.8.3 Konklusjoner

Forebyggende og helsefremmende arbeid for barn og unge 0-20 år. Helsestasjon og skolehelsetjenesten i fokus 1999 -2003.

Utvalget foreslår et knippe av tiltak som vil kunne gi et kraftig løft for helsestasjons- og skolehelsetjenesten og bidra til et styrket folkehelsearbeid overfor barn og unge. Satsingen foreslås av en varighet på 5 år.

Viktige elementer i en slik pakke i tillegg til det som er foreslått i St.prp. nr. 1 (1998-99) Sosial- og helsedepartementet er:

1. Aksjonsprogrammet barn og helse avsluttes 1999. Utvalget foreslår at myndighetene følger opp arbeidet til prosjektlederne i Aksjonsprogrammet som en permanent ordning. De permanente prosjektlederne kan fungere som forebyggingsrådgivere/kommuneveiledere fra år 2000.
2. Utvalget foreslår at myndighetene satser på helsestasjon for barn og unge 0-20 år med fokus spesielt på å styrke skole- og ungdomshelsetjenesten.
3. Utvalget foreslår at en som oppfølging av opptrappingsplan for psykisk helsevern, styrker helsestasjons- og skolehelsetjenesten med hovedfokus på forebygging av psykososiale problemer og med vekt på et strukturert tverretatlig samarbeid om forebyggende oppgaver.
4. Utvalget foreslår som en oppfølging av nasjonal kreftplan å styrke kommunens lokale engasjement når det gjelder kost, mosjon og røykfrihet.
5. Utvalget foreslår at en gjennomfører ideene og tiltakene i Helsetilsynets veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
6. Utvalget foreslår en oppfølging av større prosjekter og relevante handlingsplaner, bl.a. prosjektet «Tidlig intervensjon» i Nord-Trøndelag.

I tillegg vil forslag i statsbudsjettet for 1999 gi rom for en opptrapping både når det gjelder personell og tilførsel av ny faglig kunnskap og metoder.

Dete programmet må ses i sammenheng med forslaget i underkapittel 10.10 om etablering av et forsknings- og utviklingssenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

10.9 UTDANNING AV PERSONELL TIL FOLKEHELSEARBEID

10.9.1 Innledning

I forbindelse med sykdomsforebyggende arbeid betraktes personell innen først og fremst helse- men også til en viss grad sosialtjenesten som sentrale aktører. Disse faggruppene er imidlertid primært utdannet til kurativt arbeid og til klientarbeid for individer som har pådratt seg sykdom og/eller problemer som de ikke kan takle selv. I dette arbeidet inngår sekundærforebyggende arbeid for bl.a. å hindre tilbakefall og styrke den enkeltes mulighet til å mestre livssituasjoner etter sykdom eller skade m.v. Det forebyggende arbeidet i denne sektoren er, på samme måte som i det kurative arbeidet, mest individorientert. Helsekontroller, vaksinering, screeningundersøkelser, og individrettet helseopplysning er eksempler på viktige forebyggende oppgaver. Innen helsefremmende arbeid har vi en annen situasjon. Her er det både «bruk for og plass til alle» mulige aktører, yrkesgrupper og profesjoner.

Forebyggingsmeldingen tok opp spørsmål som knyttet seg til utdanning og kompetanseheving, og det ble pekt på en rekke tiltak på dette feltet. Mye positivt har skjedd etter at meldingen ble lagt fram. En del av det som er omtalt nedenfor er konkrete resultater av oppfølgingen. Dette gjelder i særlig grad positive endringer i utdanning av helse- og sosialpersonell - til en viss grad også lærere. Innen helsefremmende arbeid har ikke folkehelseperspektivet satt sine spor i utdanning og opplæring. Det er i stor grad her utfordringene vil ligge i årene som kommer. Det vises i denne sammenheng til kunnskapsgrunnlaget, den kompetansen og den tilnærmingsmåten som ligger i *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8 om empowerment og lokalsamfunnsutvikling som strategier i folkehelsearbeidet.

10.9.2 Hvilke personellgrupper trenger vi?

Folkehelsearbeid innebærer å rette oppmerksomheten mot et bredt spekter av forhold i samfunn, nærmiljø og det daglige liv som påvirker helsen. Det betyr at folkehelseperspektivet må trekkes inn i og styrkes i alle relevante fagutdanninger. Helse- og sosialfagene som har et forsprang her, vil kunne bidra med en del av den kompetansen som er nødvendig. I en rekke andre fagutdanninger må folkehelseperspektivet tas inn. Det gjelder f. eks. i grunnutdanning av lærere, førskolelærere, ernæringsfysiologer, samfunnspsykologer, pedagoger, økonomer, planleggere, ingeniører, administratorer, arkitekter, politi og journalister. Økt kunnskap om hva som har betydning for god folkehelse vil kunne innvirke på den enkeltes handling i ulike roller og oppgaver en har både som familiemedlem, venn, nabo, på arbeidsplassen og ikke minst i det politiske liv.

10.9.3 Utdanning av personell

Utdanningstilbudene er i stor grad profesjonsorienterte. Det man lærer bygger på eksisterende kunnskap innen et bestemt fagfelt. Kunnskapen overføres i en fagkultur som kan være forskjellig fra profesjon til profesjon og fra institusjon til institusjon. Folkehelsekunnskap har hatt liten eller ingen plass i utdanningene.

Forebyggingsmeldingen

I Forebyggingsmeldingen ble det framsatt et behov for en systematisk gjennomgang av grunnutdanningstilbudene, både de helse- og sosialfaglige og andre, med

tanke på å sikre et tilstrekkelig innslag av pensum og undervisning i helsefremmende og forebyggende arbeid. Videre framsatte meldingen at helsefremmende og forebyggende arbeid måtte bli sentralt tema i videre- og etterutdanninger i helse- og sosialfag, og at helseperspektivet skulle hentes inn i utdanninger også utenfor helse- og sosialfagene. Meldingen framsatte også behov for å styrke forsknings- og utviklingsarbeid på lokalt plan, samt forskning som kan gi økt kunnskap om forhold som skaper helse- og sosiale problemer og virkemidler i det helsefremmende og forebyggende arbeid.

Innstillingen S. nr. 118 (1993-94) støtter opp om dette. Det står bl.a. :

> «Komitéen vil understreke at det er viktig at folkehelseperspektivet blir løftet fram i alle relevante utdanninger, og vil spesielt påpeke betydningen av tverrfaglig utdanningstilbud med fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid. Komitéen mener at dette kan bidra til kompetanseheving på relativt kort sikt. Videre vil komitéen påpeke at det er nødvendig med en systematisk gjennomgang av alle grunn- og videreutdanninger for å få kartlagt hvordan forebyggingsperspektivet er ivaretatt. Det samme bør gjelde for universitets- og høgskoleutdanningene. Komitéen mener at en slik gjennomgang må resultere i konkrete forslag til hvordan det forebyggende perspektivet kan ivaretas bedre i utdanningstilbudet».

Innstilling om fagprofil og arbeidsdeling innenfor sentrale yrkesrettede utdanninger ved de statlige høgskolene

Innstilling om fagprofil og arbeidsdeling innenfor sentrale yrkesrettede utdanninger ved de statlige høgskolene, Norgesnettet, har dokumentert den svake formalkompetansen i mange av høgskoleutdanningene, spesielt innenfor helsefagene. En har gjennom arbeidet forsøkt å synliggjøre samarbeidslinjer som kan utvikles og har kommet med forslag til hvordan slik utvikling kan stimuleres både høgskolene imellom og i forhold til andre relevante institusjoner. Det er foreslått knutepunktfunksjoner og en rekke nettverksdannelser med sikte på å styrke og utvikle kompetanse på områder der det er klare samfunnsmessige behov.

I innstillingen anbefales Høgskolen i Akershus og Høgskolen i Vestfold å ta initiativ til å danne et samarbeidsnettverk om helsefremmende og forebyggende arbeid sammen med høgskoler som har videreutdanninger og/eller ønske om dette som satsningsområde. Man ser mulighetene for at det kan utvikles flere knutepunktfunksjoner innenfor området, f. eks. at Høgskolen i Haugesund tar ansvar for nettverk inne helse-, miljø- og sikkerhet, og Høgskolen i Bergen og Høgskolen i Stavanger når det gjelder helsesøsterutdanningen.

Høgskolene i Tromsø, Bodø, Telemark og Lillehammer utfordres til å danne nettverk med fokus på det tverrfaglige aspektet innenfor helse-og sosialfagene.

Et eksempel - HENÆR senteret ved Høgskolen i Vestfold

Hvordan en høgskole arbeider med folkehelsespørsmål kan illustreres ved HENÆR senteret.

HENÆR er et av Høgskolen i Vestfolds strategiske satsningsområder. Fra 1.1.98 ble senteret formelt etablert som er regionalt senter. Hovedmålet er at Høgskolen i Vestfold skal bli et nasjonalt kompetansesenter for utvikling av helsefremmende tiltak i nærmiljøet. HENÆR har også som målsetting å bidra til at Høgskolen i Vestfold får tildelt knutepunktfunksjoner innen feltet helsefremmende og forebyggende arbeid sammen med Høgskolen i Akershus, jf omtalen ovenfor. HENÆR senteret representerer fire av høgskolens fem avdelinger og er knyttet administrativt til Avdeling for helsefag. Ulike miljøer utenfor høgskolen har også en tilknytning til senteret. HENÆR har fire virksomhetsområder:

1. Oppdrag

2. Samhandlingsforum
3. Undervisning
4. Forskning

Undervisningen gjelder først og fremst 20 vekttalls studiet i «Forebyggende og helsefremmende arbeid». I tillegg har HENÆR et 10 vekttalls studium i «Tverretatlig samarbeid - barn og unge», og fire 5 vekttalls studier i hhv «Foreldreveiledning», «Prosjektledelse», «Utrednings- og evalueringsmetodikk» og «Tverretatlig samarbeid psykisk helse». Senteret tilbyr også kursvirksomhet i «Brukermedvirking» og «Helsefremmende arbeid - barn og unge».

Rammeplan for videreutdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid

En egen rammeplan for tverrfaglig videreutdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid er nylig godkjent av Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet. Rammeplaner er et nasjonalt styringsmiddel av utdanninger. Hovedintensjonen er å sikre et likeartet faglig nivå og fremme mulighetene for fleksible utdanningsløsninger. Den gir høgskolene frihet til faglig og pedagogisk utviklingsarbeid ut fra høgskolens lokale forutsetninger. Samtidig bidrar den til å gi utdanningene et likeverdig nivå

Målgruppene for utdanningen omfatter ikke bare profesjoner med helse- og sosialfaglig bakgrunn. Det tverrsektorielle samarbeidet innbefatter alle grupper som kan ha behov for en styrking av sin faglige basis. Fagområdet er sammensatt og omfattende, og det er viktig å bygge videre på det mangfold som eksisterer i lokale miljøer og i høgskolene og bygge videre på den kunnskap som allerede er der.

Mål for studiet er å bidra til at studentene får kunnskap om og forståelse for hvordan befolkningens helse påvirkes. Studentene skal etter endt utdanning kunne forholde seg til og reflektere over de dilemma som oppstår mellom fag og politikk, og de skal være bevisst sin egen rolle når prioriteringer foretas. Tverrfaglig tenkning og handlingsberedskap er betydningsfullt i utdanningen.

Masterstudie i folkehelse

For å utrede etablering av «Oslo School of Public Health» ved Universitetet i Oslo (UiO) nedsatte Det medisinske fakultet i mai 1996 en komité med følgende mandat:

> «Komitéen bes utarbeide et samordnet masterprogram i helseadministrasjon, arbeidshelse, folkehelsevitenskap og internasjonal helse der de obligatoriske grunnelementer er felles, mens den valgfrie delen legges til de eksisterende fagområdene. Det eksisterende mastergradselementet ved Universitetet i Oslo legges til grunn for arbeidet».

Innstillingen er lagt fram med følgende konklusjoner:

- Det er behov for styrking av videreutdanningen i folkehelsearbeid i Norge. Etablering av en strukturert folkehelseutdanning i Oslo vil på en verdifull måte supplere øvrige utdanningstilbud på området.
- Det etableres to nye studietilbud; et kandidatstudie i folkehelsearbeid som inkluderer det teoretiske krav til samfunnsmedisin og et masterstudie med retning «Public Health».
- Videreutdanningen i folkehelse og tilgrensende områder som beskrevet i innstillingen bør organiseres som paraplyprosjekt som samler inn under seg gamle og nye studier med ulike målgrupper, fokus og av ulik varighet. Koordineringen av studiene gjøres av en koordineringsgruppe hvor ledelsen går på omgang mellom de fire som blir daglig ansvarlig for hvert sitt tilbud.
- Samarbeidet med Statens institutt for folkehelse bør struktureres videre slik at

instituttets rolle i studietilbudet blir tydelig.

Fakultetsrådet, Universitetet i Oslo, vedtok i desember 1997 at forslag om masterstudie i henholdsvis folkehelse og arbeidshelse burde slås sammen, og ba om at dette alternativet ble utredet. Helseadministrasjon og internasjonal helse ble samordnet til et masterprogram.

Masterstudie i folkehelse ved Universitetet i Tromsø

Denne videreutdanningen i folkehelsevitenskap er ettårig og gis ved Institutt for samfunnsmedisin. Krav til opptak er medisinsk embetseksamen eller annen utdanning som tilfredsstiller kravene til cand.mag.

Studiet skal sette helsepersonell i stand til å kartlegge sykdom og helse i en befolkning samt de samfunnsfaktorer som påvirker helsetilstanden, kunne vurdere og sette i gang forebyggende helsetiltak, utrede hensiktsmessig fordeling av ressurser og evaluere effekten av tiltak.

Studiet søker å gi forståelse for epidemiologiske metoder som kreves for å beskrive forekomst av risikofaktorer og sykdom i befolkningen. I vid forstand er epidemiologiske metoder deler av grunnlaget for forebyggende medisin, helsetjenesteforskning og allmennmedisin. Området forebyggende medisin omfatter videre virkemidler og metoder som benyttes bl.a. for å påvirke handlingsmønster. Dette danner en del av grunnlaget for arbeid med miljørettet helsevern i kommunene.

Folkehelsevitenskap dekker et noe videre emneområde enn det som omfattes av samfunnsmedisin som medisinsk spesialitet. Studiet i folkehelsevitenskap gir i tillegg undervisning i helseøkonomi, samt organisasjon og ledelse knyttet både til primær- og insitusjonshelsetjeneste.

Utdanningen i folkehelsevitenskap kvalifiserer helsepersonell for ledende stillinger i helsevesenet og er et tilbud til dem som har eller tar sikte på slike stillinger både i kommune, fylkeskommune eller stat. Utdanningen representerer også en innføring i forskning i samfunnsmedisinske fag.

Master of Philosophy Programme in Health Promotion, Universitetet i Bergen

Dette to-års studiet er et samarbeid mellom det psykologiske og det medisinske fakultet. Programmet administreres av HEMIL-senteret (Senter for helse-, miljø- og levekårsforskning). Tyve studenter, en halvdel norske og en halvdel utenlandske, tas opp hvert annnet år. Studentene har ulik bakgrunn med utgangspunkt i utdanning tilsvarende cand. mag. Målet for studiet er å kvalifisere studentene til forskning og effektive tiltak i helsefremmende arbeid.

Master of Philosophy International Community Health, Universitetet i Oslo

Dette studiet retter seg mot studenter fra akademiske miljøer i utviklingsland som allerede samarbeider med norske forskningsmiljøer, NORAD eller andre norske organisasjoner og helsepersonell i Norge som har interesse for arbeid i utlandet. Målet for studiet er å kvalifisere studentene til forskning på kommunebasert helsefremmende og forebyggende arbeid på den internasjonale arena og til å bruke forskningsbasert kunnskap i utvikling av praksis.

Nordisk utdanning i folkehelse

Ved Nordiska Hälsovårdshögskole i Göteborg som eies og drives av Nordisk Ministerråd har det fra 1978 vært tilbudt en rekke utdanningskurs i forskjellige tema knyttet til folkehelse. Det gis enkeltkurs, diplom for folkehelse (Public Health), Master of Public Health, Master of Science og doktorgrad. Utdanningen retter seg mot ulike faggrupper i helse- og sosialsektoren. Ved skolen drives også forskning på områdene helsepolitikk, ulikheter i helse, epidmiologiske trender, miljø og folkehelse og helse- og omsorgsarbeid.

Etterutdanning ved Statens institutt for folkehelse

Ved Folkehelsa er det i gang tre kurs med fokus på samfunnsmedisin og folkehelsearbeid for kommuneleger, fysioterapeuter og helsesøstre/sykepleiere, et kurs for hver av profesjonene.

Kommunelegekurset:

Dette kurset dekker bl.a. kravene til teoridelen av spesialistutdanningen i samfunnsmedisin.

Kurset legger vesentlig vekt på forvaltning og lederskap, helseadministrasjon, helseøkonomi, miljørettet helsevern i bred forstand og bruk av epidemiologi og statistikk som hjelpemidler. Det legges til rette for faglig fordypning i analytisk virksomhet, rådgiverfunksjon og andre sentrale samfunnsmedisinske oppgaver. Det legges stor vekt på å belyse hvordan helsetjenesten best kan fungere i samfunnet som helhet, særlig med tanke på at tjenestens forebyggende og kurative virksomhet når alle, også svake og sårbare grupper. Kurset skal øke deltakernes kunnskaper i andre helsefag, samfunnsfag, økonomi og politikk og gi innsikt i beslutningsprosesser i samfunnet og i helsetjenesten.

Utdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid for fysioterapeuter:

Utdanningen vektlegger helsefremmende og forebyggende arbeid og bruk av vitenskapelig kunnskap som grunnlag for beslutninger og tiltak. Målgrupper for kurset er primært fysioterapeuter som arbeider i kommunehelsetjenesten. Utdanningen fokuserer på tre hovedområder: folkehelsearbeid, kunnskapsbasert praksis og helsetjenestekunnskap.

Etterutdanning i folkehelsevitenskap for helsesøstre og sykepleiere:

Etterutdanningskurset kan tematisk deles inn i tre hovedemner : kunnskap og verdigrunnlag for helsesøstre og sykepleiere i kommunehelsetjenesten med hovedvekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, folkehelsekunnskap og folkehelsevitenskapelig metodikk samt helsetjenestekunnskap med fokus på planlegging, organisering og flerfaglig samarbeid.

SAMPLAN - kurs i samfunnsplanlegging

Helhetstenkning og vilje og evne til å se muligheter og samarbeid utenfor snevre sektorgrenser, er en viktig forutsetning og utfordring for folkehelsearbeid i kommunene. SAMPLAN, som arrangeres av Kommunenes Sentralforbund, Miljøverndepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet, er et kurs i samfunnsplanlegging på høyt nivå for praktikere fra ulike sektorer. Deltakerne kommer fra bydeler, kommuner, fylkeskommuner, regionale statsetater, direktorater og departementer, høgskoler, frivillige organisasjoner og privat næringsliv.

Samfunnsplanlegging er summen av planleggingsaktivitetene hos mange aktører. Aktørene kan enten jobbe på en koordinert og samordnet måte for felles beste, eller motarbeide hverandre slik at den enes virksomhet ødelegger for den andre. På dette kurset får deltakerne innsikt og ferdigheter som hjelper dem til å bidra konstruktivt til en helhetlig samfunnsplanlegging, uansett hvilken del av helheten de jobber med til daglig.

Grunnutdanninger på høgskolenivå

For de fleste helseprofesjonene har det kommet nye rammeplaner for grunnutdanningen som bl.a. har som siktemål å ivareta samarbeid og tverrfaglighet. En felles innholdsdel på 10 vekttall i rammeplanene er obligatorisk for barnevernspedagog-, ergoterapeut-, fysioterapeut-, radiograf-, sosionom- og vernepleierutdanningene. Det arbeides med å gjøre det samme for sykepleierutdanningen. Den felles innholdsdelen skal bidra til at studentene tilegner seg nødvendig kunnskap og forståelse i en felles referanseramme for yrkesutøvere i helse- og sosialtjenestene. Dette kan stimulere til bedre samarbeid mellom yrkesutøvere med forskjellige profesjonsutdanninger. Slikt arbeid på tvers i studietiden er et godt utgangspunkt for å tilegne seg kunnskap om folkehelsearbeid.

I St.meld. nr. 48 (1996-97) Om lærerutdanning avklares grunnlaget for det videre arbeidet med nasjonale rammeplaner for lærerutdanningen. De omfattende skolereformene (Reform-94 og Reform-97) krever en omlegging av innhold, organisering og struktur i utdanningen av lærerer til alle trinn i opplæringssystemet.

Gjennom Reform-97 har grunnskolen fått et utvidet virkeområde til også å være et sosialt og kulturelt senter for lokalmiljøet samt å ha ansvar for skolefritidsordningen. På den måten er grunnskolereformen en familie-, skole-, barne- og kulturreform. Skolen blir slik en enda viktigere arena for barn og unges oppvekstmiljø enn tidligere. Dette stiller nye krav til lærerrollen. Den nye rammeplanen for lærerutdanningen gjenspeiler dette. Studentene skal gjennom utdanningen utvikle sine evner til å ta utgangspunkt i barns og unges erfaringer og interesser og til å la elevene være medarbeidere og påvirke sin egen læring. Studentene skal bl.a. få innsikt i hvordan opplæring som både tar hensyn til sosial utvikling og som balanserer krav og overkommelighet, har betydning for at elevene utvikler selvrespekt og tro på egne forutsetninger.

Embetsstudiene i medisin

Ved alle universitetene er viktige temaer i folkehelsearbeidet med i den samfunnsmedisinske undervisning av studentene. En viktig føring for den moderne medisinerutdanningen er prinsippet om forskningsbasert undervisning, dvs. at man ønsker å vise studentene forskningsbasert kunnskap, gi dem en basal forståelse av framgangsmåter i forskning og trene dem i kritisk vurdering av forskning. Emnevalget spenner fra helsevaner blant innvandrere (studert med kvalitative metoder) til teknisk-hygienisk kunnskap om avfallshåndtering (basert bl.a. på laboratorieforskning).

Ved Universitetet i Oslo er medisinerutdanningen under omlegging i og med innføringen av ny studieplan som startet i 1996 (Oslo -96). Allmenn- og samfunnsmedisin har her en sentral plass. Undervisningen i samfunnsmedisin gis hovedsakelig i 1. og 10. halvår. Problembasert læring er en sentral del av det pedagogiske opplegget. Det betyr bl.a. at det brukes mindre tid på kateterforelesninger om tradisjonelt forebyggende arbeid og andre samfunnsmedisinske temaer, og at gruppeoppgavene og litteraturen studentene tilbys blir desto mer sentrale. Det vil være et viktig mål å sikre at folkehelsearbeidet og ganske særlig legens rolle i dette, får en sentral plass i den samfunnsmedisinske utdanningen.

Det pågår i Oslo et målrettet arbeid for å «akademisere» samfunnsmedisinen, dvs. sikre at den anvendte samfunnsmedisinske funksjon i samfunnet skal baseres på bruk av pålitelig kunnskap, som sammen med informasjon om verdier og kostnader skal sikre at beslutningstakere på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå får nødvendige premisser på bordet. Det innebærer at man prøver å forme utdanningen slik at alle studenter skal trene seg i å se både det kliniske og det samfunnsmedisinske perspektiv for et bestemt helseproblem, alle studenter skal trene seg i kritisk vurdering av forskningsbasert informasjon og tilrettelegging av kunnskap for beslutningstakere (bl.a. om forebygging og miljørettet helsevern), og at noen studenter skal få lyst til å arbeide med samfunnsmedisin på heltid etter endt turnustid.

Spesialistutdanning i samfunnsmedisin

De nye reglene for spesialistutdanning i samfunnsmedisin er gjort gjeldende fra 1.1.1998. For å få denne spesialiteten kreves inntil fire års tjeneste fordelt på tre års tjeneste i stilling/praksis med samfunnsmedisinske oppgaver på kommunalt, fylkeskommunalt eller statlig nivå og ett års stilling/praksis i kommunehelsetjenesten, hvorav minst halvparten av ukentlig arbeidstid skal være i kurativ virksomhet i åpen, uselektert praksis. Kandidaten skal også gjennomføre veiledet utdanningsprogram med normal varighet på tre år, hvorav minst ett år i stilling/praksis i kommu-

nehelsetjenesten. Kandidaten må ved avslutning av utdanningsprogrammet kunne dokumentere at en rekke konkrete krav om aktiviteter er innfridd.

Krav til teoretisk utdanning kommer i tillegg. Den kan være spesialistkurs i samfunnsmedisin ved Institutt for Samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø eller Kommunelegekurset ved Folkehelsa i Oslo. Også utdanning til graden Master of Public Health i Norge og i utlandet vil kunne godkjennes.

Det er for tiden liten interesse for samfunnsmedisin som medisinsk spesialitet slik kravene er i dag. Men det er stor interesse for samfunnsmedisin i andre faggrupper, og leger ønsker også å ta utdanningen som kortere kurs slik at utdanningen bedre kan innpasses i dagens kommunale og private virksomhet. De færreste kan stoppe sin virksomhet i 6 - 12 måneder slik utdanningsopplegget krever i dag. Det er ønskelig å gjøre den teoribaserte delen av utdanningen modulbasert på 1-6 ukers varighet. For å fullføre en Mastergrad i folkehelse i et modulbasert system, kan det stilles krav til rekkefølgen av kursene, og kursene må integreres i det normale universitetssystemet.

Embetsstudiene i psykologi

Det er opprettet embetsstudier i psykologi ved alle de fire Universitetene. Embetsstudiene er lagt opp etter en felles mal som kalles Standard for norsk psykologisk embetseksamen, og har en varighet på 10 semestre (5 år). Til sammen tas det nå opp litt over 200 studenter per år.

Ved alle universitetene undervises det i disipliner som er relevante for folkehelsearbeidet. Gjennom den kliniske psykologiske utdanningen får studentene lære om psykisk helse og psykiatrisk sykdom. Innen arbeids- og organisasjonspsykologi undervises det i tema som arbeidsmiljøbelastninger og helse. I sosialpsykologien undervises det i teorier og modeller som har relevans når en skal forstå helseatferd, og hvordan helseatferd kan påvirkes. Innen biologisk psykologi undervises det i temaer som stress og mestring. Innen statistikk- og metodeundervisningen får studentene kunnskaper som er relevante med tanke på evaluering av forebyggende tiltak. Innen samfunnspsykologi undervises det om lokalsamfunnsbaserte strategier i arbeidet for å forebygge psykiatrisk sykdom og fremme mental helse.

Dersom en ser på innslaget av egne, selvstendige undervisningstilbud som handler om sentrale folkehelsetema som epidemiologi, helseatferd, helseopplysning, prinsipper for helsefremmende arbeid, og evaluering av forebyggende tiltak, er dette forbausende lite og har et omfang på til sammen om lag ett vekttall ved hvert av embetsstudiene. Slike temaer inngår som en del av kursene i helsepsykologi, som er plassert i siste halvdel av embetsstudiet.

Det er et klart behov for å styrke innslaget av folkehelsetema ved embetsstudiene i psykologi. Det bør vurderes nærmere om en ved ett eller to av embetsstudiene skulle bygge ut undervisningen i folkehelsetemaer noe sterkere enn ved de andre.

Ved Universitetet i Trondheim tilbyr en et eget hovedfag i psykologi. Som del av dette hovedfaget holdes det et eget 5-vekttalls kurs i helsepsykologi. Hovedfagsoppgavene gir studentene anledning til en grundigere fordypelse i problemstillinger rundt folkehelse og forebyggende helsearbeid.

Ved Universitetet i Bergen er det opprettet et eget helsefag hovedfag. Innen dette hovedfaget er HEMIL-senteret ansvarlig for et hovedfagstilbud i Helsefremmende arbeid og helsepsykologi. Som del av dette hovedfaget inngår et 6-vekttalls kurs i helsefremmende og primærforebyggende arbeid. Også her gir arbeidet med hovedoppgaven anledning til en grundigere fordypning i folkehelsetemaer.

10.9.4 Konklusjoner

– Folkehelseperspektivet i rammeplanene for grunnutdanningene i helse- og sos-

ialfag må følges opp i læreplanene for de enkelte høgskolene.
- Folkehelseperspektivet må bli tydelig og trekkes konkret inn i alle andre relevante opplærings- og undervisningsopplegg.
- Det er viktig å understreke at dette ikke bare skal gjelde for høgskole- og embetsstudier, men også for ulik form for lavere utdanning, herunder fagopplæring.
- Etter- og videreutdanningstilbudene bør utvides til både høgskoletilbud og masterstudier ved universitetene.
- Modulbasert undervisning til spesialiteten samfunnsmedisin må vurderes.
- Folkehelsearbeid er ikke forbeholdt enkelte profesjoner, yrkesgrupper, sektorer og aktører. I folkehelsearbeidet - særlig den helsefremmende aktiviteten, er det i utgangspunktet plass til alle aktører, samfunnssektorer, frivillig sektor og borgerne. Det er derfor viktig å understreke at dette er et felt hvor det skal være unødvendig å kjempe om eierskap og beskytte egne revirer. Er det en gruppe som skal «eie» folkehelsearbeidet må det være borgerne, innbyggerne eller den gruppen et tiltak retter seg mot.

10.10FORSKNINGS-, FORSØKS- OG UTVIKLINGSARBEID

10.10.1 Innledning

Utvalget har i flere kapitler i utredningen pekt på behovet for økt kunnskap om spørsmål av betydning for folkehelsearbeid - dette gjelder både sykdomsforebyggende arbeid og helsefremmende arbeid. Men utvalget er nok også av den oppfatning at kunnskapen er mindre når det gjelder den helsefremmende delen av folkehelsearbeidet enn av den sykdomsforebyggende. Det er ellers i flere av forskningsprogrammene under Norges forskningsråd prosjekter av interesse for begge dimensjonene i folkehelsearbeidet, og det kan etter utvalgets mening bygges videre på disse. Utvalget viser også til at det både når det gjelder samfunnsplanlegging og utdanningspolitikk er viktig at folkehelseperspektivet kommer tungt inn og blir et naturlig hensyn å ta for aktørene på disse feltene. Det sammen vil kunne gjelde forskningsaktivitet.

10.10.2 Noen relevante forskningsprogrammer

Utalget vil her omtale noen få relevante forskningsprogrammer i Norges forskningsråd. Omtalen gir ikke en uttømmende beskrivelse av det enkelte program som er omtalt. Utvalget har heller ikke tatt sikte på å gi en fullstendig oversikt over all forskning som har relevans for folkehelsearbeidet. Hensikten med omtalen er først og fremst å vise til at det allerede pågår mye spennende og nyttig - på forskningsfronten som vist her og på forsøks- og utviklingsfronten som beskrevet gjennom eksempler i *"Mangfold i folkehelseabeidet i kommuner og fylkeskommuner"* i kapittel 5.

Program for forebyggende helsearbeid

Bl.a. har en når det gjelder helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid et eget forskningsprogram «Forebyggende helsearbeid» som betegnende nok sorterer under Området for medisin og helse i Norges forskningsråd. Programmet ble startet allerede i 1989 som det siste av en rekke forskningsprogram under satsingsområdet HEMIL (Helse-, miljø- og levekårsforskning). Programmet har som overordnet mål » å øke kunnskapen om hvilke tiltak som best kan bidra til å forebygge sykdom, skade eller for tidlig død og å fremme positiv helse.» Men det understrekes også i programnotatet at «Slik kunnskap kan bidra til å redusere ulikheter i helse i den norske befolkningen.» (Geir Stene-Larsen i Programnotat, Norges forskningsråd, Oslo, januar 1998). Programmet videreføres i perioden 1997-2000 forutsatt at program-

met også omfatter epidemiologiske problemstillinger. Det kan innenfor rammen av programmet gis støtte til undersøkelser om evaluering av forebyggende tiltak som i denne forbindelse defineres som «offentlige tjenester og ytelser, innsats i frivillige organisasjoner og annen virksomhet som har til hensikt å forebygge helseproblemer og fremme helse. Tiltakene kan ha varig eller midlertidig karakter, det kan være løpende tjenester eller tidsavgrensede kampanjer.»

Prioriterte innsatsområder er:

- Forskning om forebygging av uønskede svangerskap og abort
- Forskning om røyking og tobakksforebyggende arbeid
- Forskning om kosthold og tiltak for å endre kostholdet
- Forskning om forebygging av helseforskjeller mellom ulike sosiale lag
- Forskning om forebygging av ulykker og vold
- Forskning om forebygging av psykososiale problemer

Følgende typer av undersøkelser vil kunne få støtte fra programmet:

- Evaluering av forebyggende tiltak
- Eksperimentelle epidemiologiske undersøkesler innen forebyggende helsearbeid
- Undersøkelser om helse- og sykdomsrelatert atferd som har mer karakter av grunnforskning
- Undersøkelser som spesielt belyser etiske aspekter ved forebyggende tiltak

Det er gjennomført en rekke lokalsamfunnsprosjekter. Her kan bl.a. nevnes et prosjekt om forebygging av ulykker i Harstad som førte til en betydelig nedgang i ulykker. Dette gjaldt fra trafikkskader til skoldingsskader hos barn og fallulykker blant eldre.

Forskningsprogrammet har videre evaluert større satsinger som «Aksjon mot hjemmeulykker», «Samlet plan» og «Folk i form til OL». Erfaringene fra slike satsinger er at rene opplysningstiltak alene sjelden gir registrerbare endringer i atferd eller nedgang i f.eks. forekomsten av skader. Dette illustrerer betydningen av ikke ensidig å satse på kortvarige, sentralt initierte kampanjer, men i stedet satse langsiktig og bygge opp et mer stablit lokalt engasjement.

Et sentralt prosjekt i programmet har vært «Sentrale initiativ og lokal iverksetting». Her har man sett på hvordan myndighetenes sentrale politikk innen miljørettet helsevern nedfeller seg i kommunen. Resultatene fra kommuneanalysene understøtter det syn at de økonomiske og organisastoriske rammebetingelsene er avgjørende for det lokale samarbeidet og engasjement i det miljørettede helsevernet.

Program for Helse i arbeidslivet

Omtalen nedenfor er basert på Programbeskrivelse Helse i arbeidslivet (Norges forskningsråd, august 1994) og notat fra Programstyret for Helse i arbeidslivet (Norges forskningsråd 3.6.98)

Programmet Helse i arbeidslivet er en videreføring av Norges forskningsråds satsing på forkning rundt belastningslidelser og psykososiale helseproblemer i arbeidslivet. Programmet bygger på arbeidet i to tidligere forskningsprogrammer: Bedre helse i arbeidslivet (NTNF) og Arbeid og helse (NAVF) samt på anbefalingene fra Fagutvalg for belastningslidesler. Programmet som sorterer under Området for medisin og helse ble etablert i 1994 og løper ut 1998. Det finansieres av Kommunal- og arbeidsdepartementet, Sosial- og helsedepartementet og Barne- og familiedepartementet.

Hensikten med programmet er i første rekke å stimulere forskning om effekt av ulike tiltak for å bedre helsen i arbeidslivet. Tiltakene kan være innrettet både mot

individuelle og organisatoriske variable. Det er et mål å bringe fagmiljøer og fagtradisjoner sammen i forskning som skaper innsikt på tvers av tradisjonelle grenser.

Overordnet mål for programmet:

Helse i arbeidslivet vil skape kunnskap for å fremme helsetilstanden i norske virksomheter.

Hovedmål:

1. Skape ny kunnskap om forebygging av arbeidsrelaterte helseplager.
2. Skape ny kunnskap om årsaker og mekanismer for arbeidsrelaterte helseplager.
3. Utvikle og styrke miljøer som forsker på arbeid og helse.
4. Styrke forskningssamarbeidet mellom tradisjonelle disiplin- og faggrenser.
5. Styrke koplingen mellom forskningsmiljøene og norske virksomheter.

Satsingsområder:

1. Forskning på intervensjonen og tiltak i virksomhetene i den hensikt å fremme helse og forebygge sykefravær
2. Belastningslidelser: arbeidsrelaterte symptomer fra muskel- og skjelettsystemet
3. Psykiske og kroppslige plager som skyldes psykologiske, sosiologiske eller organisatoriske forhold ved arbeid
4. Arbeidsmiljøproblemer ved kvinnearbeidsplasser

Programmet vil legge vekt på primær forebygging framfor rehabilitering. Programmet vil legge vekt på tiltak for tilpassing av arbeidsplass/organbisasjon framfor tiltak basert på seleksjon.

Forskningsprogrammet omfatter to store intervensjonsprosjekter med fokus på på belastningslidelser. Kvinnerarbeidesplasser, spesielt frontlinjeyrkene er prioritert. Intervensjonene omhandler både individrettede og organisastoriske tiltak.Det vises ellers til omtalen i *"Belastningslidelser"* i kapittel 4.2.4.

I Programstyrets notat av 3.6.98 anbefales en videreføring av forskningen innen feltet arbeid og helse etter 1998.

Program for forskning om kommuneloven

Dette programmet sorterer under Området for kultur og samfunn og er på mange måter en videreføring av Programmet for Kommunalforskning som ble avsluttet i 1997. Forskningsprogrammet om kommuneloven har en varighet fra 1997 til 2002. Forskningsprogrammet berører et bredt spekter av problemstillinger i forholdet mellom stat og kommune, men har fokus rettet mot å vurdere kommunelovens og særlovenes betydning for utviklingen av kommunaldemokratiet og kommunalforvaltningen. Kommunal- og arbeidsdepartementet (nå Kommunal- og regionaldepartementet) har tatt initiativ til programmet.

Formålet med programmet er bl.a. :

– å kartlegge endringene i det kommunale og fylkeskommunale styringsystemet og i den statlige styringen av komunesektoren samt de utslag dette gir for innbyggerne - både som velgere og brukere av kommunale/fylkeskommunale tjenester.
– å studere og analysere virkningen av endringene for kommuneinstitusjonen, for den statlige styringen og innbyggerne.

Hensikten med programmet er:

– å øke det generelle kunnskapsgrunnlaget om og forståelsen for kommuneinstitusjonen og de endringene som har funnet sted der.

– å skape et kunnskaps- og forståelsesmessig grunnlag for eventuell ny lovgivning, for nye/endrede statlige tiltak overfor kommunesektoren og for nye tiltak og endringsprosesser i den enkelte kommune og fylkeskommune med henblikk på bl.a. å stimulere det lokale folkestyret, effektivisere tjenestetilbudet og sikre at innbyggernes behov dekkes i samsvar med nasjonale rammebetingelser.
– å bygge opp og videreutvikle den forskningsmessige kompetansen på dette området.

De prioriterte forskningsområdene er:
1. Politisk organisering m.v. i kommuner og fylkeskommuner
2. Statlig styring av kommunesektoren og forholdet til kommunens og fylkeskommunens autonomi
3. Forholdet til innbyggerne. Kommunal/fylkeskommunal administrasjon. Rollen som folkevalgt
4. Nye beslutningstyper. Interkommunale og interfylkeskommunale tiltak

Programmet omfatter flere prosjekter som er av stor interesse for folkehelsearbeidet. Det vises bl.a. til omtalen av forskningsprosjektet «Kommunedelsutvalg, kommune og lokalsamfunn. Om områdeutvalg som formidlende organ mellom kommune og lokalsamfunn» i underkapittel 8.6 om lokalsamfunnsutvikling.

Forskningsprogrammmet Offentlig sektor i endring - om organisering, verdiskaping og demokratisk styring

Programmet som startet opp i 1997 sorterer også under Området for kultur og samfunn. Programmet er en delvis oppfølging av LOS-programmet (Ledelse, organisasjon og styring) som ble avsluttet i 1996. Programmet skal rette fokus mot hva som sikrer kvalitet, effektivitet og produktivitet i den offentlige tjenesteproduksjonen. Det overordnede målet er å øke innsikten i hvordan offentlig sektor bidrar til verdiskapingen i samfunnet i bred forstand. Forskningen skal rette fokus mot hva som sikrer kvalitet og effektivitet i offentlig forvaltning og tjenesteproduksjon, sett i relasjon til brukernes og samfunnets ønsker, behov og kravet til demokratisk styring og kontroll. Prioriterte forskningstema er:
– Organiseringen av offentlig sektor
– Kvalitet og effektivitet i offentlig forvaltning og tjenesteproduksjon
– Politisk styring og legitimitet

Andre programmer i Norges forskningsråd

Utvalget vil også nevne Norges forskningsråds levekårs- og velferdsforskning. Denne forskningen har bestått av en rekke programmer - noen avsluttede og noen som varer fram til år 2000. Her nevnes bare kort: forskningsprogrammet Velferd og samfunn, delprogram om funksjonshemmede, delprogram om evaluering av velferdslovene, delprogram barnevern, program om arbeidsmarkeds- og regionalforskning og Etikkprogrammet. Et annet interessant forskningsprogram er «Bolig og levekår» (1997-2002). Sentralt i programmet står boforhold og levekår for ulike grupper i befolkningen. Alle disse programmene og delprogrammene ligger innen Området Kultur og samfunn.

10.10.3 Annen forskning som kan være av betydning for folkehelsearbeidet

Utvalget har gått gjennom forslag til forskningstema i flere stortingsmeldinger av relevans for folkehelsearbeidet og vil gjengi noe av dette nedenfor. Oversikten er

ikke ment å være uttømmende, men å gi et inntrykk av noe av det staten finner interessant å få mer kunnskap om.

Forskning om innvandring (St.meld. nr. 17 (1996-97))

Stortingsmeldingen peker på at forskningsinnsatsen når det gjelder internasjonal migrasjon og etniske relasjoner fortsatt er spredt, kortsiktig og i for liten grad bygger på tidligere forskning.

Kommunal- og regionaldepartementet som har en samordnende rolle når det gjelder forskning, forsøk m.v. på innvandrerfeltet, har samarbeidet med Norges forskningsråd om forskningsprogrammet «Internasjonal migrasjon og etniske relasjoner 1991-1996». Dette programmet følges opp med et nytt forskningsprogram om innvandring og storby 1997-2001. Det er i tillegg flere andre programmer som har omhandlet eller omhandler prosjekter om innvandrere, innvandring og et flerkulturelt samfunn. Her kan nevnes Programmet Barn, ungdom og familie (1994-1999), Programet Tvungen migrasjon, ressurskonflikter og utvikling (1996-2001) og Programmet Utdanning, kompetanse og verdiskaping fra 1996.

Forskning om psykiske lidelser m.v. (St. meld. nr. 25 (1996-97))

I St.prp. nr. 63 (1997-98) går det fram at Sosial- og helsedepartementet vil følge opp forslaget i St.meld. nr. 25 (1996-97) Psykiatrimeldingen om økt forskningsaktivitet. Følgende forskningsområder er prioritert:

– Forskning om barns og unges psykiske helse, herunder spiseforstyrrelser.
– Behandlingsforskning som evaluerer ulike typer behandling.
– Helsetjenesteforskning som analyserer behov for ulike typer tjenester og evaluerer endringsprosesser, virkninger av forebyggende tiltak og tjenestenes kvalitet og tilgjengelighet.

Forskning om eldreomsorgen (St.meld. nr. 50 (1996-97))

I omtalen av forsknings- og utviklingsarbeid sies det at det for å forebygge og behandle sykdom og funksjonhemminger, høyne livskvaliteten blant eldre og utvikle en bedre eldreomsorg, er det stort behov for å øke kunnskapen om aldringsprosesser, eldres psykiske og fysiske helse og deres sosiale situasjon samt ulike behandlings- og omsorgstiltak. Det er allerede nå mange miljøer som driver aktivt forsknings- og utviklingsarbeid for å øke kunnskapstilfanget innen eldreomsorgen. Viktige miljøer er universitetsmiljøene og Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA). Det er nylig etablert et nasjonalt kompetansesenter om aldersdemens, og Universitetet i Tromsø får støtte til et program for aldersforskning.

Forskning for funksjonshemmede (St.meld. nr. 8 (1998-99))

St.meld. nr. 34 (1996-97) peker på at det er behov for mer forskning for funksjonshemmede. Flertallet i Sosialkomiteen understreket under behandling av meldingen at forskning for funksjonshemmede er viktig innenfor alle samfunnssektorer, og at dette til nå har fått for liten oppmerksomhet. Komiteen ba om at Norges forskningsråd skal ta med forholdene for funksjonshemmede i alle sine programområder. Sosial- og helsedepartementet har bedt Forskningsrådet om å følge opp dette.

Forskning for funksjonshemmede inngår som delprogram i forskningsprogrammet Velferd og samfunn (1995-1999). Det er et hovedmål at forskningen skal være handlingsrettet til hjelp for offentlig politikk, brukere og brukerorganisasjoner. Hovedtema er: levekår, livsløp og dagligliv og sosiale rammer. Ved avslutning av delprogarmmet vil Sosial- og helsedepartementet ta initiativ til å utvikle forskningsinnsatsen for funksjonshemmede videre.

Stortingsmeldingen om handlingsplan for funksjonshemmede 1998-2001 foreslår et nytt forskningsprogram fra 1999 om livssituasjonen for utviklingshemmede med bakgrunn i reformen for personer med psykisk utviklingshemming.

10.10.4 Kommunikasjon og evaluering - viktige sider ved kunnskapsproduksjonen

Evalueringsvirksomhet foregår på flere nivåer og av ulike aktører. Det legges mer og mer vekt på at handlingsplaner, programmer, enkeltprosjekter m.v. skal evalueres. Denne kan skje på ulike måter: egenevaluering, ekstern uavhengig evaluering, følgeevaluering, etterevaluering m.v. Hvem skal evaluere, og hvilke sider ved virksomheten skal evalueres? Hvem skal bestemme dette? Dette er spørsmål det er viktig å ta opp før evalueringen skal planlegges. Det vises til omtalen av evaulering av et empowermentprosjekt i USA i underkapittel 8.3, av følgeforskningen- og evalueringen av «Det finns bruk för alla» i underkapittel 8.5 samt følgeevalueringen av SOHOs pilotprosjekt som er omtalt i underkapittel 5.4.

I evalueringsvirksomhet som i kunnskapsinnhenting og videreformidling, er kommunikasjon og samarbeid viktig. Hvordan kommuniserer vi, og hvordan samarbeider vi? I *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8 er det vist hvor viktig det er å utvikle tillit i de miljøer en ønsker å gjøre noe sammen med, hvor viktig kulturforståelse er, hvor viktig det er å se på helsefremmende prosesser som noe som kommer «nedenfra og opp» og ikke «ovenfra og ned», hvor viktig språkforståelse er m.v. Utvalget har også vist i omtalen av funksjonshemmede i *"Tendenser - dilemmaer - utfordringer"* i kapittel 7 at forebyggende arbeid i forhold til denne befolkningsgruppen, har vært svært lite vellykket bl.a. fordi tiltakene ikke har vært tilrettelagt for ulike grupper funksjonshemmede. Her kan nevnes bevegelseshemmede og rullestolsbrukere, blinde og svaktsynte, døve m.v. I *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8 er også beskrevet hvor vanskelig det har vært å få involvert innvandrerer/fremmedspråklige beboere i lokalsamfunnsprosjekter som f.eks. Grønland/ Nedre Tøyen prosjektet. Tilsvarende vansker opplevde Smittevernkontoret Gamle Oslo i startfasen. Utvalget går derfor inn for i forslag 5 nedenfor at en i alt folkehelsearbeide skal ta utgangspunkt i en «nedenfra og opp» dimensjon, og at måter å kommunisere på, planlegge på, drive tiltak og prosesser på etc skal ikke bare på papiret men i praksis kommunisere og samarbeide med borgerne på måter de aksepterer og forstår.

10.10.5 Innsamling og spredning av ideer, tiltak, erfaringer, forskningsresultater m.v.

Utvalget viser til *"Mangfold i folkehelseabeidet i kommuner og fylkeskommuner"* i kapittel 5 hvor et mangfold av tiltak, prosjekter og planer i bl.a. kommuner og fylkeskommuner er beskrevet. Det vises også til omtalen av forskningsinnsats i 10.10.2 ovenfor. Som beskrevet begge steder pågår det en menge relevant forsknings-, forsøks- og utviklingsarbeid i tillegg til permanente tiltak på folkehelsefeltet. Det eksisterer nok i noen grad enkelte lokale eller regionale oversikter over dette, men så vidt utvalget kjenner til finnes det per i dag ingen systematisert nasjonal oversikt. Utvalget har stor tro på at en slik oversikt som er tilgjengelig i en sentral kunnskapsbase, vil kunne stimulere ulike aktører - borgergrupper, lokalsamfunn, kommuner, fylkeskommuner, frivillige organisasjoner, statlige myndigheter, forskningsmiljøer m.v. - til bedre kunnskap om og interesse for folkehelsearbeidet.

Utvalget foreslår på bakgrunn av dette at det etableres en nasjonal kunnskapsbase. Det bør vurderes om en slik kunnskapsbase kan samfinansieres av flere

aktører - offentlige som frivillige, evnt samlokaliseres med annen relevant tilsvarende virksomhet. Et annet alternativ er at staten ved de involverte sektordepartementer staten dekker alle utgifter. Etter utvalgets vurdering vil det være hensiktsmessig om Kommunenes Sentralforbund står for driften av en slik kunnskapsbase og ikke en statlig institusjon med forankring i helsesektoren. Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) kan være et annet alternativ nettopp fordi institusjonen ikke er knyttet opp mot noen bestemt sektor. Formålet med kunnskapsbasen bør være todelt. For det første å samle inn den kunnskap og de erfaringene som foreligger eller utvikles. For det andre å videreformidle denne kunnskapen til de som ønsker den. Kunnskapsbasen kan f.eks. benytte seg av moderne informasjonsteknologi gjennom en egen hjemmeside på Internet o.l. og ellers formidle oppdaterte skriftlige kataloger med jevne mellomrom.

10.10.6 Konklusjoner

Forslag 1. Folkehelseperspektivet som et gjennomgående perspektiv

Folkehelseperspektivet tas inn som et gjennomgående perspektiv i alle naturlige programområder i Norges forskningsråd, jf at Norges forskningsråd er bedt om å ta hensynet til funksjonshemmede med i alle relevante programmer.

Forslag 2. Etablering av et forskningsprogram for folkehelsearbeid

Utvalget foreslår at det etableres et eget forskningsprogram om folkehelsearbeid. Programmet bør etter utvalgets vurdering jf beskrivelsen av ulike programmer ovenfor, sortere under Området for kultur og samfunn eller tilsvarende område. Naturlige temaer i et slikt program vil være forskning som tar utgangspunkt i empowermentstrategien, forskning om lokalsamfunn og lokaldemokrati, samt samarbeidet mellom offentlige instanser og frivillige organisasjoner i den grad dette ikke er dekket i andre forskningsprogrammer. Det er også behov for kunnskap om hvordan vi skal bygge ut en effektiv kommunikasjon mellom sentralt nivå, og de som arbeider med det praktiske folkehelsearbeidet lokalt.

Forslag 3. Etablering av et forsknings- og utviklingssenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Gjennom den kartleggingen Helsetilsynet har foretatt i forbindelse med prosjektet «Videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten» har det vist seg at svært lite forskning er utført med basis i helsestasjonene og skolehelsetjenesten. En gruppe helsesøstre (Interessegruppe for utviklings-/ressurssenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten) mener det er nødvendig å samle kompetanse og forskning om barns og ungdoms helse og forebyggende arbeid i et forsknings- og utviklingssenter hvor helsearbeidere i hele landet kan få oppdatert og ny kunnskap - både om faglige forhold og metoder. Et slikt senter sammenliknes med Barnevernets utviklingssenter som har betydd mye for utvikling av barnevernet i kommunene.

Utvalget mener at et slikt senter må knyttes opp til et etablert miljø med forskningskompetanse bl.a. på helsetjenesteforskning og barns og ungdoms helse. Dette forslaget må ses i sammenheng med forslaget om en storsatsing på helsestasjons- og skolehelsetjenesten , jf 10.8.3.

Forslag 4. Evaluering er nødvendig

I utgangspunktet bør alt forsøks- og utviklingsarbeid knyttet til folkehelsefeltet evalueres for å sikre at erfaringer - gode og dårlige - kan formidles videre. Utvalget vil særlig peke på behovet for måten evaluering av empowerment- og lokalsamfunnsprosesser bør skje på. Evalueringen må skje i et nært samarbeid mellom de som skal evalueres, og de som evaluerer. Også her må brukermedvirkning komme

sterkt inn, og det er viktig at partene opptrer som og oppfatter seg som likeverdige parter.

Følgeevaluering synes å være en hensiktsmessig måte ved større og kostbare prosjekter som f.eks. av typen SOHOs pilotprosjekt.

Forslag 5. Samarbeid og kommunikasjon i folkehelsearbeidet må skje på en måte og i et språk som borgerne aksepterer og kjenner seg igjen i

Nettopp ut fra den vektleggingen utvalget har lagt på at folkehelsearbeidet - særlig den helsefremmende dimensjonen - karakteriseres av en «nedenfra og opp» tilnærming, må måter å formulere problemstillinger på, måter å kommunisere på, måter å planlegge, utforme og drive folkehelsearbeid på, skje i prosesser og i et språk som borgerne aksepterer og kjenner seg igjen i. Det må ikke bli slik at borgerne følger seg overkjørt, og at fagfolkene styrer prosessene. Det er spesielt viktig å ha fokus rettet mot dette aspektet ved kommunikasjon og samarbeid når vi har å gjøre med fremmedspråklige og ulike gruper funksjonshemmede som f.eks. syns- og hørselshemmede. Folkehelsearbeidet skal omfatte alle borgere, og da må det også skje på en slik måte at det når ut verbalt, fysisk og praktisk til de det gjelder.

Forslag 6. Etablering av en base for innsamling og spredning av kunnskap og kompetanse

Utvalget foreslår at det etableres en nasjonal kunnskapsbase, fortrinnsvis i regi av Kommunenes Sentralforbund eller en annen instans som har tillit i kommunesektoren. NSD kan være et alternativ. For å vise bredden i, og at sektoransvarsprinsippet ligger til grunn for folkehelsearbeidet, bør kunnskapsbasen kunne samfinansieres gjennom støtte fra «tunge folkehelse» departementer og andre viktige aktører som Kommunenes Sentralforbund. Også ved etablering av en slik kunnskapsbase må en legge vekt på å formidle kunnskap og kompetanse på flere språk, til andre kulturer og til f.eks. syns- og hørselshemmede.

10.11 OPPSUMMERING AV FORSLAG TIL TILTAK

I dette underkapitlet gis en summarisk oversikt over forslagene som fremmes i kapitlene 8, 9 og 10. Begrunnelsen for forslagene er mer utførlig omtalt der.

Livskvalitet - deltakelse - mestring (kapittel 8)

Empowerment som strategi for å virkeliggjøre at det er bruk for alle

Forslag 1

Utvalget foreslår at liknende tiltak som «Det finns bruk för alla» lanseres i Norge. Også andre typer empowermentprosesser er av interesse. Prosessene/tiltakene må følges opp forskningsmessig ved uavhengige forskningsinstitusjoner.

Forslag 2

En bør gjennom en nasjonal kunnskapsbase som foreslått i underkapittel 10.10 samle inn og spre kunnskap og erfaringer fra norske empowermentprosjekter og prosesser som f.eks. Primærmedisinsk verksted, Angstringen, Nasjonalt Egenkraft Senter m.v.

Forslag 3

Det bør vurderes å etablere et nasjonalt eller regionale knutepunkt slik en har gjort i «Det finns bruk för alla» eller etter den modell en har brukt i arbeidet med LA 21 hvor Kommunenes Sentralforbund og frivillige organisasjoner er drivkraft.

Politikk for utvikling av gode lokalsamfunn

Forslag 4

Staten må gi rammebetingelser som gjør det mulig å utvikle gode lokalsamfunn, men det er kommunene som har ansvaret for hvordan dette skal skje i praksis.

Forslag 5

Virkemidler i lokalsamfunnsutvikling:

- Empowerment som bærende prinsipp.
- Områdebasert helhetspolitikk- og administrasjon.
- Frivillige organisasjoner og både formelle og uformelle «områdeutvalg» har en viktig rolle.
- Helhets- og ikke sektorforvaltning må til.
- Mer forskning om lokalsamfunnets betydning for beboerne (spesielle grupper), fordeling av levekår og helse m.v.

Frivillig sektor (kapittel 9)

Omtalen og forslag til tiltak på dette området må ses i nær sammenheng med og delvis som en forlengelse av *"Livskvalitet - deltakelse - mestring"* i kapittel 8 om empowerment og lokalsamfunn. For begge kapitler gjelder en grunnfilosofi som bygger på livskvalitet - deltakelse - mestring.

Forslag 6

Samhandlingen mellom det offentlige og frivillig sektor må styrkes. Dette innebærer at en må finne fram til gode modeller for samarbeid mellom offentlige instanser og frivillige organisasjoner.

Forslag 7

På brukermedvirkningsområdet ligger det store utfordringer for alle som arbeider i offentlige institusjoner. De som arbeider her må lytte til brukeren og ta hensyn til at det er brukeren som opplever det som skjer og de tiltak som settes i verk.

Forslag 8

En god dialog med brukerorganisasjonene vil øke kvaliteten på kommunale tjenester og kan bidra til å utvikle gode nærmiljøer og levende lokalsamfunn.

Forslag 9

Utvalget mener at for å få til et godt samarbeid er en avhengig av en reell medvirkning fra frivillige organisasjoner. Viktige målsettinger i arbeidet framover er:

- Å øke brukermedvirkning innenfor alle sektorer både sentralt, regionalt og i kommunene.
- Å jobbe for en holdnings- og forståelsesendring slik at brukernes problemforståelse legges til grunn for utforming av tjenester og tiltak, forsøks- og utviklingsarbeid.
- Å styrke brukerorganisasjoner slik at de kan ivareta sine roller som påvirkere.
- Å øke opplæringsinnsatsen i brukerorganisasjonene slik at flere medlemmer kan påta seg det å være brukerrepresentant for andre brukere.

Forslag 10

For at folkehelsearbeidet - både den helsefremmende og den sykdomsforebyggende dimensjonen - skal nå fram til mennesker som lever med funksjonshemning, er det nødvendig å ta i bruk ulike og utradisjonelle virkemidler. Det skal være en selvfølge enten det er snakk om opplysningsvirksomhet eller fysiske og sosiale tiltak, at virksomhet og tiltak er tilrettelagt slik at alle kan ha glede og nytte av dem. Tilgjengelighet er her et nøkkelord.

Forslag 11

Utvalget mener frivillige organisasjoners rammevilkår er avgjørende for å få til folkehelsearbeidet lokalt. Dersom målet er å stimulere frivillige organisasjoner, må de sikres offentlige driftstilskudd i rimelig grad både lokalt og sentralt. Det

offentlige må også ta ansvar for tilrettelegging for frivillig organisasjonsliv gjennom praktiske rammebetingelser.

Forslag 12

Utvalget foreslår at det prioriteres stimuleringsmidler til særskilte folkehelseinnsatser i et samarbeid mellom frivillige organisasjoner og det offentlige.

Økonomi som virkemiddel i folkehelsearbeidet (underkapittel 10.2)

Forslag 13

Utvalget ser med interesse fram til iverksetting av et forsøk med å tildele øremerkede tilskudd som rammetilskudd. I tillegg til at det legges opp til at forsøket skal evalueres med utgangspunkt i om en har oppnådd mer effektiv oppgaveløsning, og om prioriteringene i forsøkskommunene avviker fra andre kommuner, foreslår utvalget at forsøket også evalueres med hensyn på folkehelseeffekt. Utvalget finner i tillegg en forsøksordning med lokal beskatningsfrihet interessant. En slik ordning vil kunne gi kommunene større handlefrihet dersom det er behov for å få gjennomført spesielle tiltak. En slik ordning vil også ha en bedre sosial profil enn økte inntekter gjennom økt brukerbetaling, herunder bruk av avgifter.

Forslag 14

Utvalget er kjent med at Sosial- og helsedepartementet for tiden arbeider med en stortingsmelding om utjevning av levekår. Det vises til 2.1.4 for nærmere omtale. Utvalget slår fast at det viktigste virkemidlet for å redusere helseulikheter og sosiale ulikheter i den norske befolkning er å utjevne levekår.

Forslag 15

Utvalget er enig i at bruk av øremerkede tilskudd kan være et egnet virkemiddel spesielt når det gjelder iverksetting av nye prioriterte tiltak overfor utsatte grupper og for å oppnå en mer rettferdig fordeling. Utvalget vil likevel spesielt framheve at bruk av øremerkede tilskudd svekker lokaldemokratiet, og utvalget ønsker derfor ikke foreslå et generelt øremerket tilskudd til folkehelsearbeid. Dette standpunktet er også begrunnet i at utvalget definerer folkehelsearbeid så bredt og sektorovergripende, at det ville virke mot sin hensikt med en statlig styrt øremerket ordning på dette området.

Forslag 16

Utvalget foreslår et stimuleringstilskudd til kommunale empowerment- og lokalsamfunnsprosesser, forsøk og tiltak kanalisert gjennom fylkeskommunene. Det vises til omtalen i underkapittel 10.4. og forslag 32 og 36 nedenfor.

Forslag 17

Utvalget mener det er viktig, sett i et folkehelseperspektiv, at kurative og ikkekurative helsetjenester (lege- og fysioterapitjenester) blir likestilt i finansielt henseende. Utvalget foreslår derfor at alle aspekter ved ovenstående alternative tiltak for å styrke ikke-kurativt helsearbeid i kommunene utredes nærmere.

Forslag 18

Utvalget foreslår at det iverksettes en forsøksordning der kommuner (og/eller fylkeskommuner) får disposisjonsrett over, og ansvar for, deler av kortidsytelsene i folketrygden; sykepenger og rehabiliteringsordninger. Forsøket må ses i sammenheng med forsøksordningen som er foreslått under Jobbskaping i kommunene. Forsøket bør følges av en evaluering som spesielt ser på utviklingen i kommunenes folkehelsearbeid og brukernes oppfatning av ordningen.

Forslag 19

Utvalget foreslår at det iverksettes en forsøksordning der kommuner får disposisjonsrett over, og ansvar for deler av arbeidsmarkedsetatens midler til arbeidsmarkedstiltak. En slik reform vil innebære muligheter for at kommuner eller

fylkeskommuner i større grad kan bruke disse ressursene til å utforme jobber som passer for innbyggere som ønsker å arbeide, men som har problemer med å finne/fungere i ordinært arbeid, dvs. en bedre samordning av passive og aktive virkemidler. Forsøket må ses i sammenheng med forsøksordningen som er foreslått over om desentralisering av trygdeytelser. Forsøket bør følges av en evaluering som spesielt ser på utviklingen i brukernes oppfatning av ordningen. Det vises ellers til forslag 1 hvor utvalget lanserer igangsetting av empowermentprosesser i Norge etter mønster fra f.eks. «Det finns bruk för alla».

Forslag 20

Det vises ellers til kommunalkomiteens merknader i Innst. S. nr. 250 om kommuneøkonomien 1999, hvor komiteen påpeker viktigheten av at lovgivningen for ulike sektorer må ta hensyn til behovet for å legge til rette for etablering av servicekontorer, der ulike tjenester kan samlokaliseres og desentraliseres. Flertallet i komiteen forventer at Regjeringen foretar en gjennomgang av særlovgivningen med sikte på en bedre samordning og samarbeid mellom ulike offentlige kontorer, og snarest mulig kommer tilbake til Stortinget med dette senest i forbindelse med kommuneøkonomiproposisjonen for år 2000. Utvalget mener at dette er en svært viktig sak spesielt ut fra et folkehelse- og brukermedvirkningsperspektiv.

Forslag 21

Utvalget ønsker for øvrig å peke på viktigheten av bruken av økonomiske virkemidler i miljøpolitikken i Norge for å påvirke tilpasning/adferd i miljømessig gunstig retning, sett i sammenheng med den store betydningen miljøet har for folks helse. Økonomiske virkemidler bør også i større grad benyttes innenfor ernæringspolitikken for å oppmuntre til et sunt kosthold. I denne sammenheng mener utvalget det bør ses nærmere på virkemidler for å øke forbruket av frukt, grønnsaker og fisk, samt virkemidler for å vri forbruket av fettholdige til mindre fettholdig(e) melk og melkeprodukter.

Samordning av andre rammebetingelser (underkapittel 10.3)

Endringer i lov- og regelverk

Forslag 22

Rettslig regulering av elevers arbeidsmiljø er etter utvalgets mening en viktig sak.

Det arbeides med dette som en oppfølging av ny opplæringslov og en vurdering av forskrift om miljørettet helsevern i barnehager, skoler m.v. Utvalget vil på bakgrunn av dette arbeidet, ikke foreslå noe utover dette.

Forslag 23

Samordning av konsekvensutredninger etter plan- og bygningslovens bestemmelser.

Etter utvalgets mening ligger forholdene til rette for en samordning av konsekvensutredninger etter plan- og bygningsloven og kommunehelsetjenesteloven. En felles forskrift for konsekvensutredninger etter begge lovverk er derfor en nærliggende ide.

Helhetlig samfunnsplanlegging etter plan- og bygningsloven

Forslag 24

Kommuneplanen og økonomiplanen skal være utgangspunkt for alt folkehelsearbeid i kommunene. Utvalget mener at dersom folkehelsearbeidet skal komme sterkere inn i samfunnsplanleggingen og sikres ressurser, vil det være hensiktsmessig at det faste utvalg for plansaker i kommunene får hovedansvar for planleggingen. Kommunene kan på frivillig grunnlag vurdere om det kan være nyttig å velge en politisk representant til å ivareta folkehelseperspektivet i dette utvalget. Utvalget vil understreke betydningen av at en slik representant skal være folkevalgt og ikke en av kommunens tjenestemenn.

Forslag 25

Utvalget mener at eventuelle delplaner om folkehelsearbeid må være en frivillig oppgave, og at kommuner og fylkeskommuner selv må vurdere om en delplan kan være en hensiktsmessig arbeidsform.

Forslag 26

Helse- og sosialtjenesten vil med eventuelle helse- og levekårsprofiler og kunnskap om helsetilstand og sosiale forhold i kommunen, være viktige premissleverandører i det kommunale plan- og økonomiarbeidet.

Forslag 27

Plan- og bygningslovens og kommunelovens bestemmelser om informasjon, innsyn og deltakelse i plan- og budsjettprosessene, slår fast prinsippet om reell borger- og brukermedvirkning. Å følge opp denne form for aktiv medvirkning er svært viktig for å lykkes i å skape et godt folkehelsearbeid.

Forslag 28

Kommunene må legge et folkehelseperspektiv til grunn også i arealplanleggingen. F.eks. er det viktig å være oppmerksom på behovet for arealer til fysisk aktivitet, mosjon, idrett, trygge skoleveier, trafikksikre bo- og nærmiljøer samt tilrettelegging for funksjonshemmede.

Fylkeskommunenes og statens framtidige rolle som støttespillere for folkehelsearbeidet i kommunene (underkapittel 10.4)

Fylkeskommunens rolleForslag 29

Fylkeskommunen skal utarbeide en en fylkesplan som skal samordne statens, fylkeskommunens og komunenes virksomhet. Dette skal også gjelde folkehelsearbeid.

Forslag 30

Fylkeskommunene kan planlegge og gjennomføre egne helsefremmende og forebyggende tiltak overfor innbyggerne i fylket. Flere fylkeskommuner har utarbeidet helse- og levekårsprofiler og har dermed mye informasjon om hvor behovene er størst, og hvilke problemer som er til stede. Utvalget anbefaler fylkeskommunene å utarbeide slike profiler i samarbeid med kommunene i fylket. Fylkeskommunene vil også etter forslaget i utkast til ny lov om spesialisthelsetjenesten, ha et selvstendig ansvar for å drive sykdomsforebyggende tiltak knyttet til spesialisthelsetjenesten.

Forslag 31

Fylkeskommunen må ses på som en felles ressurs for kommunene i fylket. Fylkeskommunen har ofte en kompetanse som mange kommuner ikke har. Dette gjelder f.eks. planfaglig kompetanse. Fylkeskommunen kan dermed ha en støttefunksjon som kompetanseorgan overfor kommunene.

Forslag 32

Det foreslås i underkapittel 10.4 at det etableres en statlig stimuleringsordning til folkehelsearbeid, jf forslag 36. Fylkeskommunene vil ha en viktig rolle i å administrere ordningen på vegne av staten. Dette krever at fylkeskommunene har personell- og andre driftsressurser. Utvalget har som grunnsyn at den enkelte fylkeskommune selv skal bestemme hvor i den fylkeskommunale administrasjon denne oppgaven skal ligge. Utvalget vil likevel peke på at enkelte fylkeskommuner har valgt å legge administrasjonen av folkehelseabeidet til sentraladministrasjon og den enheten som arbeider med plan- og utviklingsarbeid. Utvalget vurderer dette som en god modell tatt i betraktning den vekten utvalget legger på kopling av helhetlig samfunnsplanlegging og folkehelsearbeidet.

Statens rolle

Forslag 33

Et delprosjekt om folkehelsearbeid koples til Miljøverndepartementets prosjekt «Kommunene og fylkesplanleggingen».

Forslag 34

Et flertall (Ellingsen, Arum og Ånstad) foreslår at plan- og bygningsloven i sin helhet forvaltes av Kommunal- og regionaldepartementet. Mindretallet (Borgersen og Billing) går inn for at nåværende ansvarsdeling opprettholdes slik at Miljøverndepartementet forvalter plandelen og Kommunal- og regionaldepartementet byggesaksdelen.

Forslag 35

Sektoransvarsprinsippet ligger til grunn slik at det enkelte fagdepartement må tydeliggjøre sitt ansvar på egne områder i det helsefremmende arbeidet. Det er naturlig at fylkesmannen som samordnende regional statsforvaltning har en sentral rolle. Sosial- og helsedepartementet må fortsatt ha en pådriverrolle i det sykdomsforebyggende arbeidet med fylkeslegen som pådriver på regionalt nivå.

Forslag 36

Det foreslås en statlig stimuleringsordning til forsøks- og utviklingsarbeid i kommunene. Ordningen bør administreres og kanaliseres via fylkeskommunene til viderefordeling til kommuner - gjerne i samarbeid med frivillige organisasjoner, borgersammenslutninger m.v. Staten må også bære utgiftene til fylkeskommunenes driftsutgifter til ordningen. Se ellers forslag 32. Hovedmålsettingen med ordningen må være å stimulere borgerne, nærmiljø, lokalsamfunn og kommuner til å sette i gang empowerment- og lokalsamfunnsprosesser i eget lokalmiljø for på denne måten å styrke folkehelsearbeidet. Utvalget foreslår at det ikke skal kreves egenandel ved tildeling av stimuleringstilskudd. Erfaringene fra forsøks- og utviklingsarbeidet kan samles opp i den kunnskapsbasen som er foreslått i underkapittel 10.10., jf forslag 55.

Organisering av folkehelsearbeidet i kommuner og fylkeskommuner (underkapittel 10.5)

Forslag 37

Utvalget har som grunnsyn at kommunene skal stå fritt til å organisere seg politisk og administrativt som de vil. Utvalget foreslår ingen endringer i dagens lov- og regelverk på dette området. Det utvalget gjør i dette underkapitlet er å gi en oversikt over måter folkehelsearbeidet kan organiseres på - både politisk og administrativt. På et punkt har utvalget imidlertid en klar mening: Kommunemodellen synes å egne seg best for det helsefremmende arbeidet, mens sektormodellen kan egne seg for det sykdomsforebyggende arbeidet.

Legen og folkehelsearbeidet i kommunene (underkapittel 10.6)

Forslag 38

Leger har sentrale oppgaver i folkehelsearbeidet. Det er viktig at dette arbeidet får vekstbetingelser også når fastlegeordningen skal gjennomføres.

Forslag 39

Utvalget foreslår på ny en videreføring av fastlønnstilskudd til de kommuner som ønsker dette, jf forslag i utvalgets Delutredning I.

Forslag 40

Det foreslås å likestille kurative og ikke-kurative helsetjenester i finansiell henseende, jf forslag 17.

Forslag 41

Takster og per capita tilskudd må i framtiden samordnes med lønnsfastsettelsen for kommuneleger som fortsatt må skje i forhandlinger med Kommunenes Sentralforbund. Dette er en nødvendig forutsetning for å få søkere til de altfor mange ledige kommunelegestillingene.

Spesielt om tiltak for å bedre svangerskaps- og fødselsomsorgen (underkapittel 10.7)

Det vises til omtalen av tiltak for å bedre de psykososiale forhold rundt svangerskaps- og fødselsomsorgen i underkapittel 10.7. Som nevnt føler utvalget at det ikke har tilstrekkelig faglig kompetanse på dette området. Oppsumeringen nedenfor gis derfor som vurderinger og ikke forslag.

Vurdering

Det viktigste potensialet for forbedring av forholdene til de som i dag er i en utilfredsstillende psykososial situasjon, ligger i bedret økonomi, utdanning, boforhold, sterkere sosiale nettverk m.v. Imidlertid finnes det holdepunkter for at måten kvinner med psykososiale problemer blir møtt på under svangerskapet, kan ha positiv betydning for kvinnens mestring og muligens derfor også barnets somatiske og psykiske helse senere.

Vurdering

Kvinnens egne preferanser og interesse for å gjøre arbeidet under svangerskapet ordentlig, er like viktig som hvem som forestår svangerskapsomsorgen.

Vurdering

Det er spesielt viktig at den som forestår svangerskapsomsorgen har gode nok kunnskaper om normale følelsesmessige forandringer i svangerskapet og evne til å skille det normale fra det som bør henvises videre. Kunnskapene om dette feltet er i dag ikke gode nok hos mange helsearbeidere. Feltet bør derfor styrkes i videre- og etterutdanningen av allmennpraktikere og gynekologer.

Vurdering

Fastlegeordningen kan være et særdeles godt utgangspunkt for gravide med psykososiale problemer. Kvinnens fastlege tilpasset geografiske forhold, kan ha et overordnet ansvar under graviditeten og også følge opp mor og barn etter fødselen.

Vurdering

Det er spesielt viktig at kvinnens ønske om jordmorkontroll ikke motarbeides av legen.

Vurdering

For at den psykososiale delen av svangerskapsomsorgen skal forbedres og endringer evalueres, er forskning i form av prospektive studier nødvendig.

Spesielt om helsestasjons- og skolehelsetjenesten (underkapittel 10.8)

Forslag 42

Utvalget foreslår et fem-årig program «Folkehelsearbeid for barn og unge 0 - 20 år. Helsestasjon og skolehelsetjenesten i fokus». Sammen med de tiltak som er foreslått i statsbudsjettet for 1999 vil dette utgjøre et kraftig løft for folkehelsearbeidet overfor barn og unge. Dette må ses i sammenheng med forslag 52. Utvalget understreker at behovene hos kronisk syke barn og unge samt hos barn og unge som lever med funksjonshemning må inkluderes i programinnsatsen.

Forslag 43

Viktige elementer i et slikt program:

1. Myndighetene følger opp arbeidet til prosjektlederne i Aksjonsprogrammet Barn og helse som avsluttes i 1999 slik at de blir permanente. Prosjektlederne kan fungere som forebyggingsrådgivere/kommuneveiledere fra år 2000.
2. Myndighetene satser på helsestasjon for barn og unge med særlig fokus på å styrke skole- og ungdomshelsetjenesten.
3. Som oppfølging av opptrappingsplan for psykisk helsevern, styrkes helsestasjons- og skolehelsetjenesten med hovedfokus på forebygging av psykososiale problemer, og med vekt på tverretatlig samarbeid om forebyggende oppgaver.
4. Som oppfølging av nasjonal kreftplan styrkes kommunenes lokale engasjement når det gjelder kost, mosjon ogrøykfrihet.

5. Ideene og tiltakene i Helsetilsynets veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten gjennomføres.
6. Myndighetene sørger for at erfaringene fra større prosjekter og relevante handlingsplaner som f.eks. prosjektet «Tidlig intervensjon» i Nord-Trøndelag, spres og følges opp.

Utdanning av personell til folkehelsearbeid (underkapittel 10.9)

Forslag 44

Folkehelseperspektivet i rammeplanene for grunnutdanningene i helse- og sosialfag må følges opp i læreplanene for de enkelte høgskolene.

Forslag 45

Folkehelseperspektivet må bli tydelig og trekkes konkret inn i alle andre relevante opplærings- og undervisningsopplegg. Det er viktig å understreke at dette ikke bare skal gjelde for høgskole- og embetsstudier, men også for ulik form for lavere utdanning, herunder fagopplæring.

Forslag 46

Etter- og videreutdanningsaktivitetene bør utvides til både høgskoletilbud og masterstudier ved universitetene.

Forslag 47

Modulbasert undervisning til spesialiteten samfunnsmedisin må vurderes.

Forslag 48

Folkehelsearbeid er ikke forbeholdt enkelte profesjoner, yrkesgrupper, sektorer og aktører. I folkehelsearbeidet - særlig den helsefremmende aktiviteten.- er det i utgangspunktet plass til alle aktører. Er det en gruppe som skal «eie» folkehelsearbeidet må det være borgerne, innbyggerne eller den gruppen et tiltak retter seg mot.

Forsknings,- forsøks- og utviklingsarbeid (underkapittel 10.10)

Forslag 49

Folkehelseperspektivet tas inn som et gjennomgående perspektiv i alle naturlige programområder i Norges forskningsråd.

Forslag 50

Det etableres et forskningsprogram for folkehelsearbeid under Områddet for kultur og samfunn i Norges forskningsråd. Prioriterte tema kan være forskning om empowerment, lokalsamfunn, brukermedvirking, kommunikasjon mellom lokalt nivå og staten samt samarbeid mellom offentlige instanser og frivillige organisasjoner.

Forslag 51

Det etableres et forsknings- og utviklingssenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Senteret må knyttes opp til et etablert miljø med forskningskompetanse på bl.a. helsetjenesteforskning og barns og ungdoms helse. Det vises til forslag 43 ovenfor.

Forslag 52

Forsøks- og utviklingsarbeid knyttet til folkehelsefeltet må være gjenstand for evaluering slik at erfaringene kan gi lærdom og spres videre. Måten evaluering skjer på er svært viktig - særlig når det gjelder helsefremmende forsøks- og utviklingsarbeid av typen empowerment- og lokalsamfunnsprosesser. Evalueringen må planlegges og drives i nært samarbeid med de eller det som skal evalueres. Brukermedvirkning må komme sterkt inn, og det er viktig at partene opptrer som og oppfatter seg som likeverdige parter. Følgeevaluering kan være hensiktsmessig ved større og kostbare prosjekter.

Forslag 53

Samarbeid og kommunikasjon i folkehelsearbeidet må skje på en måte og i et språk som borgerne/målgruppen aksepterer og kjenner seg igjen i. Dette er særdeles viktig i forhold til fremmedspråklige og mennesker med ulik kulturell bakgrunn, samt ulike grupper funksjonshemmede. Uten respekt og gjensidig tillit er samarbeid og kommunikasjon vanskelig -kanskje umulig - å få til.

Forslag 54

Det etableres en nasjonal kunnskapsbase for innsamling og spredning av ideer, planer, tiltak og erfaringer av det som skjer på folkhelsefeltet. Kunnskapsbasen kan drives av Kommunenes Sentralforbund eller en annen instans som har tillit i kommunesektoren. Utvalget presiserer at ansvaret for en slik idebank ikke må legges til en sentral instans for helsesektoren.

Forslag 55

Utvalget mener at en også i Norge bør legge fram en nasjonal rapport om levekår og sosiale forhold samtidig med folkehelserapporten etter mønster fra bl.a. Sverige og Australia.

KAPITTEL 11

Administrative og økonomiske konsekvenser

Utvalget har i kapitlene 8 Livskvalitet-deltakelse-mestring, 9 Frivillig sektor og 10 Muligheter-strategier-tiltak, fremmet forslag til tiltak som kan bidra til å styrke folkehelsearbeidet i Norge. Forslagene er samlet i underkapittel 10.11 Oppsummering av forslag til tiltak.

Utvalget har lagt vekt på at folkehelsearbeidet må forankres lokalt dersom det skal oppnås varige resultater. Det er her folkehelsen utvikles og vedlikeholdes fordi det er her folk bor og virker. Videre har utvalget lagt vekt på at folkehelsearbeidet først og fremst er en politikerjobb. Det er bare politikerne som kan legge rammer slik at innbyggerne bor tilfredsstillende, opplever trygge og gode oppvekstmiljøer, satser på å utvikle «sikre» lokalsamfunn som skal omfatte alle som oppholder seg der m.v. Selv om det i *"Mangfold i folkehelseabeidet i kommuner og fylkeskommuner"* i kapittel 5 er gjort rede for mangfoldet i folkehelsearbeidet i kommuner og fylkeskommuner, er det mye som peker i retning av at denne type arbeid ikke prioriteres høyt nok. De fleste av utvalgets forslag er derfor knyttet til kommunesektoren.

I mandatet er utvalget blant annet blitt bedt om å legge fram forslag til definisjon av begrepet folkehelsearbeid, foreta en analyse av status for folkehelsearbeidet i dag og vurdere og legge fram forslag til hva statens og fylkeskommunenes rolle bør være i forhold til folkehelsearbeidet i kommunene. Utvalget er også bedt om å utrede de psykososiale forhold rundt svangerskaps- og fødselsomsorgen Dette er alle temaer som i seg selv verken medfører administrative eller økonomiske konsekvenser.

Videre er utvalget bedt om å beskrive, vurdere og legge fram forslag til organisering av folkehelsearbeidet og bruk av virkemidler i kommunene.

Utvalget har lagt til grunn at arbeidet for å øke helsemessige og sosiale ressurser og arbeidet for å minske sykdomsbelastningen i befolkningen er to forskjellige dimensjoner i folkehelsearbeidet, og at det verken er mulig eller hensiktsmessig å skille disse to dimensjonene klart fra hverandre. Utvalget har imidlertid markert at det er mest ugjort i arbeidet for å øke helsemessige og sosiale ressurser, og at innsats og nytenkning først og fremst må rettes mot denne dimensjonen. Denne tenkningen har også vært lagt til grunn i utvalgets vurderinger knyttet til hvilke roller staten og fylkeskommunene bør ha i forhold til folkehelsearbeidet i kommunene, samt i drøftingen av organisering og bruk av virkemidler.

Når det gjelder organisering tolker utvalget det slik at det dreier seg om gode modeller for samarbeid både innen og mellom forvaltningsnivåene og ikke en diskusjon om hvordan for eksempel kommunene og fylkeskommunene skal organisere seg. Utvalget har derfor i kapittel 10 kommet med en rekke eksempler på hvordan kommuner og fylkeskommuner kan organisere folkehelsearbeidet, både administrativt og politisk. Når det gjelder statens rolle og organisering av folkehelsearbeid, foreslår utvalget at mulige tiltak i folkehelsearbeidet bør gjennomgås i en egen utredning med henblikk på en klar ansvarsplassering i de forskjellige departementer som igjen må ha en pådriverrolle i arbeidet med hvert enkelt tiltak ut fra sitt fagdepartements sektoransvar. Men utvalget peker også på at det er et meget påtrengende behov for samordning departementene imellom, ikke minst når det gjelder politikk overfor kommunesektoren.

Utvalget har lagt stor vekt på planlegging som virkemiddel i folkehelsearbeidet og peker i denne sammenheng på mulighetene som ligger i en samordnet planleg-

ging, mer bestemt en helhetlig planlegging etter plan- og bygningsloven. I underkapittel 3.2 Rammen rundt folkehelsearbeid i kommunene slår utvalget fast at alt kommunalt planverk bør ha som utgangspunkt at alle politiske og administrative opplegg underordnes prinsippet om å styrke folkehelsen. Et flertall i utvalget går inn for at Kommunal- og regionaldepartementet skal forvalte hele plan- og bygningsloven. Begrunnelsen er at rammebetingelsene for lokalsamfunnsutvikling bør samordnes og samles i et departement der det er naturlig og praktisk mulig. Plan- og bygningsloven er et godt eksempel på dette. Et mindretall fraråder dette, fordi en slik samordning neppe uten videre vil innebære en endring for det lokale folkehelsearbeidet, jf at utvalget viser til at økte statlige krav til hvordan kommunene skal utføre sine oppgaver ikke er hensiktsmessig på et område som nettopp krever tiltak på tvers av sektorgrenser, og hvor kommuner og fylkeskommuner skal stå fritt.

Når det gjelder bruk av økonomiske virkemidler har utvalget i kapittel 10 bl.a. fokusert på kommunenes inntekter og insentiver knyttet til styrking av folkehelsearbeidet. Utvalget har også redegjort for at det er andre faktorer som har betydning for standarden på tjenestetilbudet og prioriteringen av oppgaver som etterspørsel, kostnadsforhold, effektivitet og politiske prioriteringer. Som det framkommer av utvalgets forslag er det ikke så mye «friske» penger som er mangelvare, men mangel på fleksibilitet til å bruke ressurser - penger, personell og regelverk - på andre måter enn det tradisjonelle og sektorbestemte. Nedenfor presenteres hvilke forslag som krever økte ressurser, og hvilke forslag som legger opp til «omprioriteringer» av eksisterende ressurser.

Forslag som krever økte ressurser:

- Utvalgets forslag om at det opprettes et eget forskningsprogram for folkehelsearbeid under Området for kultur og samfunn i Norges forskningsråd, herunder bl. a. å utvikle modeller for hvordan frivillig sektor kan medvirke i folkehelsearbeidet, og modeller for hvordan funksjonshemmedes og kronisk sykes behov kan inkluderes i de generelle folkehelsestrategiene.
- Utvalgets forslag om at det etableres et forsknings- og utviklingssenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
- Utvalgets forslag om at det etableres en idebank for folkehelsearbeid (kunnskapsbase) som eventuelt knyttes til Kommunenes Sentralforbund eller en annen ikke-statlig institusjon.
- Utvalgets forslag om en statlig stimuleringsordning forankret i Kommunal- og regionaldepartementet, hvor midler kanaliseres til kommuner, lokalsamfunn og eventuelt frivillige organisasjoner via fylkeskommunene. En slik finansieringsordning kan f.eks. stimulere til igangsetting av prosesser av typen «Det finns bruk för alla» og andre empowerment- og lokalsamfunnsprosesser.

Utvalget har ikke foretatt en detaljert beregning av ressursbehovet.

Forslag basert på omprioriteringer av ressurser:

- Utvalgets vektlegging av utjevning av levekår som et viktig virkemidlet for å redusere helseulikheter og sosiale ulikheter i befolkningen.
- Styrking av kommunenes såkalte frie inntekter blant annet ved å tildele øremerkede tilskudd som rammetilskudd og en ordning med lokal beskatningsfrihet.
- Utvalgets forslag om at også ikke-kurative helsetjenester (legetjenester og fysioterapitjenester) må delfinansieres med øremerkede statlige midler for å rette opp det markante skille i hvordan kurative og ikke-kurative helsetjenester blir finansiert. Tilskuddet på statsbudsjettet bli dekket inn ved at kommunene vrir bruken av tjenestene noe mer i retning av ikke-kurative helsetjenester enn tilfellet er i dag. En slik utvikling vil medføre innsparing på trygdens utgifter til

kurative helsetjenester. Utvalget foreslår i tillegg at det utredes muligheten for en egen takst for ikke-kurative helsetjenester. Utvalget understreker også betydningen av at forhandlinger om legers lønn, herunder takster og per capita tilskudd, samles i Kommunenes Sentralforbund. Takster og per capita tilskudd må i framtiden fastsettes samtidig med lønnsfastsettelsen slik at størrelsen på takster og per capita tilskudd står i et rimelig forhold til resultatet av lønnsforhandlingene. Dette er en nødvendig forutsetning for å få søkere til de altfor mange ledige kommunelegestillingene.

- Utvalgets forslag om at det iverksettes en forsøksordning der kommuner og/eller fylkeskommuner får tilgang til deler av korttidsytelsene i folketrygden.
- Utvalgets forslag om at det iverksettes en forsøksordning der kommuner/fylkeskommuner får tilgang til arbeidsmarkedsetatens midler til arbeidsmarkedstiltak.
- Utvalget forslag om at økonomiske virkemidler i større grad enn i dag bør benyttes innenfor ernæringspolitikken for å oppmuntre til et sunnere kosthold, herunder blant annet; momskompensasjon/forbrukersubsidier, differensiert merverdiavgift, tollsatser - importvern, priser og tilskudd i jordbruksavtalene og bruk av særavgifter. Dette er virkemidler som både medfører økte/reduserte utgifter over statsbudsjettet og økte/reduserte inntekter i statskassen.
- Utvalgets betoning av de mange ulike aktører og sektorer som det er behov for i folkehelsearbeidet. Det er ikke snakk om nye stillinger og lønnsmidler til disse, men en annen måte å bruke personellressursene på. Dette gjelder både på kommunalt og fylkeskommunalt nivå.

Litteraturoversikt

Rapporter

Aambø, Arild (1998): Fra ord til handling. Folkehelsearbeidet i et flerkulturelt miljø.

Førde, Reidun (1998): Den psykososiale delen av svangerskapsomsorgen - bør den styrkes?

Mauritzen, Thomas (1998): Japan: Folkehelsearbeid i et aldrende samfunn.

Pettersen, Betty (1997): Søkelys på samfunnsmedisinen.

Øvrige

Ad Notam (1993): Kvinnehelseboka, Gyldendal

Andresen, Øyvind (1998): Samfunnsspeilet nr. 2/1998

Andrews, Therese (1994): Tverrsektorielt samarbeid om miljørettet helsevern i kommunene

Arbeidsdirektoratet og Rikstrygdeverket (1998): Velferd nr. 4/98.Australian Institute of Health and Welfare (1996): Australia's Health

Barne- og familiedepartementet/Kommunenes Sentralforbund (1997): Fra barnetråkk til ungdomsting.

Berge, Kristin Bredal, Hauge, Lars S., Tellnes, Gunnar (1998): Natur-Kultur-Helseaktiviteter i Akershus

Bergstrøm, Anna og Westerlund, Hugo (1997): Det finns bruk för alla - en metod i utveckling. Statens institut för psykosocial miljömedicin.

Berkman, L. F. (1995): The role of social relations in health promotion. Psychosomatic reasearch 57:245-54.

Bjerkdahl, Tor (1997): Helseundersøkelsene 1968-1995: Fra medisinske diagnoser til egenvurdert helse, Samfunnsspeilet 2/97

Black, Sir Douglas (1980): Ulikheter i helse i England etter 2. verdenskrig

Blom, Svein (1997): Hvorfor er så mange ensomme? Samfunnsspeilet nr. 4/1997
Brekke, Mette (1998): Fordeling av velstand er fordeling av helse. Tidsskrift for Den norske lægeforening 1/1998
Carling, Jørgen (1997): Innvandring demper eldrebølgen. Samfunnsspeilet nr. 4/1997
Chambers, Robert: Whose Reality Counts? Putting the first last. Development Studies. University of Sussex, UK
Dahl, Espen (1994): FAFO-rapport 170: Sosial ulikhet i helse: Artefakter eller seleksjon?
Den norske lægeforening (1995): Akademisk styrking av samfunnsmedisinen
Eide, Arne H. og Hem, Karl-Gerhard (1998): Funksjonshemmedes levekår 1987-95. Samfunnsspeilet nr. 2/1998.
Einarsen, Ståle, Hellsøy, Odd H., Matthiesen Stig Berge og Raknes, Bjørn Inge (1995): Mobbing og harde personkonflikter. Helsefarlig samspill på arbeidsplassen. Sigma forlag, Oslo.
Elstad, Jon Ivar (1994): Desentralisering av trygdeytelser, Trygd og tjenester: Utredning om overføring av trygdemidler til kommuner/fylkeskommuner. Kommunenes Sentralforbund Temahefte III.
Fugelli, Per (1996): Velferdsstaten - en sosialmedisinsk disseksjon. Foredrag ved Nordiska Hälso och Sjukvårdskonferansen, Wasa
Grimsmo, Anders (1995) Artikkel i Utdanningshåndbok i samfunnsmedisin, Den norske lægeforening.
Grøtvedt, Liv (1998): Helseprofil i Akershus. Ulikheter i sykdom, livsstil og helsetjenester. Stiftelsen for helsetjenesteforskning
Guldbrandsen, Ole (1997): Samfunnsspeilet nr. 3/1997
Guldvog og Waaler (1996): Utviklingen av dødligheten i Norge - et internasjonalt perspektiv, Tidsskrift for Den norske lægeforening 30/1996.
HEMIL (1993): HEMIL-rapport nr. 3/1993: Interkommunalt samarbeid om miljørettet helsevern.
Hjort, Peter (1997): FNs standardregler: Et samfunn for alle - men hvem har ansvar for det? En kartlegging i sju departement og i funksjonshemmedes organisasjoner, Rådet for funksjonshemmede.
Holck, Gidske (1995): Levende lokalsamfunn. Prinsipper og strategier for områdeforvaltning. Kommuneforlaget
Hollnagel, H. og Malterud, Kirsti (1998): Scand J. Prim Health Care
Hordaland fylkeskommune og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (1996): Helse- og levekårsatlas for Hordaland og Noreg
Johannesen, Asbjørn (1997): Samfunnsspeilet nr. 4/97
Keilman, Nico og Tysse, Tone Ingrid (1997): Flyktninger forblir, nordboere reiser hjem. Samfunnsspeilet nr. 4/1997
Kommunal- og regionaldepartementet (1998): Rapport fra det tekniske beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi
Kommunenes Sentralforbund (1996): Støtte fra EU? Kommuneforlaget
Kompetansesenter for informasjonsteknologi i helsetjenesten A/S (KITH) (1996): Definisjonskatalog for allmennlegetjenesten - rapport 1/96.
Kongsvik, Trond, Lysø, Roald og Sletterød, Niels Arvid (1998): NTF-rapport 1998:4
Kreftregisteret (1998): Cancer in Norway
Landstingförbundet (1966): Jämlikhet i hälsa - hur ska dom åstadkommas?
Larsen, Finn Breinholt (1997): Forebyggingsrådets politikk for sundhedsfremme i Århus Amt.
Lopez, AD og Murray CJL (1996): The global burden of disease. WHO/Harvard

School of Public Health/Verdensbanken
Lundemark Andersen og Vinther-Jensen, Århus Amt (1997): Empowerment i praksis. Et sundhedsfremmeprosjekt for arbeijdsfrie.
Lødemel, I. Og Flaa, J. E. (1993): FAFO-rapport 156/93
Nanda, Arun , WHO (1998): Foredrag ved den 8. norske epidemiologikonferansen i Oslo
Nordhagen, R. og Hurlen, P. (1996): Folkehelse i forandring. Folkehelsa - Universitetsforlaget
Nordlandsforskning (1997): NF-rapport nr. 17/97
NOS (1995): Levekårsundersøkelsen
NOU 1998: 17 Frivillige organisasjoner.
NOU 1997: 20 Omsorg og kunnskap. Norsk kreftplan
NOU 1997: 7 Piller, prioritering og politikk
NOU 1997: 1 Regelverk om tilskudd til barne- og ungdomsorganisasjoner
NOU 1996: 26 Om barneombudet og barndom i Norge
NOU 1996: 10 Effektiv matsikkerhet
NOU 1996: 9 Grønne skatter - en politikk for bedre miljø og høy sysselsetting
NOU 1996: 1 Et enklere og mer rettferdig inntektssystem for kommuner og fylkeskommuner
NOU 1995: 20 Elektromagnetiske felt og helse. Forslag til en forvaltningsstrategi.NOU 1995: 18 Ny lovgivning om opplæring
NOU 1995: 6 Plan for helse- og sosialtjenester for den samiske befolkningen i Norge
NOU 1991: 10 Flere gode leveår for alle.
NOU 1991: 7 Spesialisthelsetjenesten m.m.
NOU 1984: 28 Helserådstjenesten
Nylenna, Magne (red) (1995): Utdanningshåndbok i samfunnsmedisin, Den norske lægeforening.
Olsen, B. C. R. (1993): «Den vet hvor skoen trykker....». Norges kommunal- og sosialhøgskole, rapport nr. 93:1
Olsen, B. C. R. og Rossholt, N.: Å være i samme båt ..... likemannsarbeid i funksjonshemmedes organisasjoner, Sosial- og helsedepartementet.
Ot.prp. nr. 46 (1997-98): Om lov om grunnskolen og den videregående opplæringa (opplæringslova)
Ot.prp. nr. 36 (1996-97): Opplæringslova
Ot.prp. nr. 91 (1992-93): Smittevernloven
Ot.prp. nr. 40 (1986-87): Om miljørettet helsevern.
Ot.prp. nr. 66 (1981-82): Kommunehelsetjenesteloven
Ot.prp. nr. 36 (1980-81): Kommunehelsetjenesteloven
Pedersen, Jan Tore (1992): Vanntette skott eller åpne dører. Enhetsforvaltning av sosialhjelp, trygd og arbeidsmarkedstiltak under frikommuneforsøket i Grimstad. Universitetsforlaget
Penguin (1992): Inqualities in Health
Prahl, Arne (1997): TemaNord 1997:511. Social/sundhed. Nordisk Ministerråd
Ramm, J. (1997): God helse, flere sykdommer, Samfunnspeilet 2/97.
Rickertsen, Kyrre (1995): Landbruksøkonomisk forum nr. 1/95
Rikstrygdeverket (1998): Rapport nr. 7 1998
Rognerud, Marit og Stensvold, Inger (1998): Oslohelsa. Utredning om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene, Ullevål sykehus, Klinikk for forebyggende medisin
Rosèn, M. (1997): Längre liv, livskvalitet och funksjonsförmåga. Läkartidningen nr. 36
Rusmiddeldirektoratet (1998): Kommunenes rusmiddelarbeid

Røiseland, Asbjørn (1995). Tidsskrift for Den norske lægeforening
Røiseland, Asbjørn (1996): Statlige målsetninger og lokal praksis. Om kommunenes arbeid med miljøbetingede helseproblem. NF-rapport nr. 11/96.
Røiseland, Asbjørn (1998): Forebyggende helsearbeid uten «forebyggende helsearbeid?». NF-rapport nr 7/98. Nordlandsforskning.
Røiseland, Asbjørn og Aarsæther, Nils (1998): Mellom kommune og lokalsamfunn. Teorier om kommune og lokalsamfunn og hypoteser om institusjonelle koblinger. NF-arbeidsnotat nr. 1004/98. Nordlandsforskning
Rådet for funksjonshemmede (1998): Brukermedvirkning i kommunene
Samfunnsspeilet nr. 3 og 4/1997
Sanner, Tor (1991): Hva koster sigarettrøyking samfunnet?. Tidsskriftet for Den norske lægeforening nr. 28/91
Seip, Anne-Lise (1994): Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920-75.
Socialstyrelsen (1997): Folkhälsorapporten
Sosial- og helsedepartementet (1996): Folkehelserapporten
Sosial- og helsedepartementet (1997): Handlingsplan 1997-2002, Forebygging av ulykker - hjem, skole og fritid
Sosial- og helsedepartementet (1997): Helsemessig og sosial beredskap - forslag til lov, juli 1997
Sosial- og helsedepartementet (1998): Delutredning I om innpassing av samfunnsmedisinske og andre offentlige legeoppgaver i en fastlønnsordning?
Sosial- og helsedepartementet (1998): Handlingsplan for helse- og omsorgspersonell 1998-2001 - Rett person på rett plass
Sosial- og helsedepartementet og SSB (1998): Styrings- og informasjonssystemet for helse- og sosialtjenesten i kommunene 1998
SOU (1997): En tydligare roll för hälso- och sjukvården i folkhälsoarbetet 1997:119
SSB (1998): SSBs Rapporter 98/11, SSB og Folkehelsa: Hanna Bild, Kari Kveim Lie, Rannveig Nordhagen og Jon Erik Finnvold.
SSB (1998): Rapport 98/11SSB (1997): Levekår blant innvandrere 1996
SSB (1997): US nr. 35
SSB (1998): Barne- og familiestatistikk pr. 01.01.98
SSB: Inntekts- og formuesundersøkelsene
St.meld. nr. 44 (1997-98) Tilleggsmelding om statens forhold til frivillige organisasjoner
St.meld. nr. 50 (1996-97) Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet - respekt - kvalitet
St.meld. nr. 40 (1996-97) Matkvalitet og forbrukertrygghet
St.meld. nr. 34 (1996-97) Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre
St.meld. nr. 31 (1996-97) Om distrikts- og regionalpolitikken
St.meld. nr. 29 (1996-97): Regional planlegging og arealpolitikk
St.meld. nr. 27 (1996-97) Om statens forhold til frivillige organisasjoner.
St.meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene
St.meld. nr. 24 (1996-97) Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste
St.meld. nr. 23 (1996-97) Trygghet og ansvarlighet - Om legetjenestene i kommunene og fastlegeordningen.
St.meld. nr. 17 (1996-97) Om innvandring og det flerkulturelle Norge
St.meld. nr. 16 (1996-97) Narkotikapolitikken
St.meld. nr. 4 (1996-97) Langtidsprogrammet 1998-2001

St.meld. nr. 35 (1994-95) Velferdsmeldingen
St.meld. nr. 14 (1994-95) Levekår og boforhold i storby
St.meld. nr. 50 (1993-94) Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste
St.meld. nr. 16 (1993-94) Lat ikkje graset gro att mellom grannar».
St.meld. nr. 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid.
St.meld. nr. 23 (1992-93) Forholdet mellom staten og kommunane
St.meld. nr. 36 (1989-90) Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane
St.meld. nr. 41 (1987-88) Helsepolitikk mot år 2000 - Nasjonal helseplan
St.prp. nr. 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006
St.prp. nr. 61 (1997-98) Om Nasjonal kreftplan og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus
St.prp. nr. 60 (1997-98) Om kommuneøkonomien 1999 m.v.
St.prp. nr. 58 (1997-98) Handlingsplan for redusert bruk av rusmiddel (1998-2000).
St.prp. nr. 54 (1997-98) Grønne skatter og Stortingets behandling
St.prp. nr. 26 (1997-98) Om samtykke til godkjenning av EØS-komitéen sitt vedtak nr. 73/97 av 4. oktober 1997 om endring av protokoll 31 til EØS-avtala om EFTA-statane si deltaking i Fellesskapet sitt handlingsprogram for førebygging av narkotikamisbruk
St.prp. nr. 1 (1997-98) Statsbudsjettet for Sosial- og helsedepartementet
St.prp. nr. 1 (1997-98) Statsbudsjettet for Finansdepartementet
St.prp. nr. 1 (1997-98) Statsbudsjettet for Landbruksdepartementet
St.prp. nr. 1 (1996-97) Statsbudsjettet for Sosial- og helsedepartementet.
Statens helsetilsyn (1994): Handlingsplan mot selvmord 1994-99
Statens helsetilsyn (1998): Veileder for forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. IK-2619
Statens helsetilsyn (1998): Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten IK-2617
Statens tobakksskaderåd (1995): Offentlige utgifter forbundet med røykingThürmer, H. (1993): ISM skriftsserie nr. 26 1993: Risk factors for, and 13-year mortaly for cardiovasccular disease by socioeconomic status
Wallerstein, N.: Empowerment and health; The theory and practice of community change. Community Delevopment Journal Vol 28, no 3
Wallerstein, Nina (1992): Powerlessness, Empowerment and Health: Implications for Health Promotion Programs. American Journal of Health Promotion. Vol. 6, No. 3
Webster's Encyclopedic Unabrigded Dictionary
Westin, Steinar (1998): Velferdspolitiske virkemidler. Tidsskrift for Den norske Lægeforening 1/1998.
WHO og Ministry of Health Republic of Indonesia (1997): Jakarta-deklarasjonen om helsefremmende arbeid inn i det 21. århundre (oversatt og utgitt av Statens helsetilsyn).
Wildavsky, Aaron (1997): Doing better and feeling worse: The political pathology of health policy.
Wilkinson, Richard (1996): Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality. Routledge.
Wilkinson, Richard: Health inequalities: relative or absolute material standards? BMJ;314:591-5

Vedlegg 1

Den psykososiale delen av svangerskapsomsorgen - bør den styrkes?

Reidun Førde, Legeforeningens forskningsinstitutt, Senter for medisinsk etikk

1 HVA ER ET PSYKOSOSIALT PROBLEM?

«Psykososial» er et begrep som ofte er brukt, men sjelden definert. Begrepet inneholder en forståelse av det intime forholdet det er mellom individets særtrekk og hennes sosiale forhold. Særlig barns fysiske og psykiske helse er sårbar for ikke-optimale forhold i oppvekstmiljøet. Et godt sosialt nettverk kan være en avgjørende faktor for mestringen når problemer oppstår, akkurat som mangel på sosialt nettverk gjør enkeltindivid mer sårbare for ytre og indre påkjenninger.

2 DAGENS SVANGERSKAPSOMSORG

Tradisjonelt har svangerskapsomsorgen vært sett på som en del av forebyggende helsearbeid der målsetningen har vært en ukomplisert fødsel av et friskt barn. Rutinene har vært konsentrert rundt somatiske risikofaktorer som kan forutsi et uønsket forløp av svangerskap og fødsel. Medisinens tradisjonelle fokus har altså vært på fysiske forhold og på risiko. Det er viktig å framheve at Norge i dag ligger svært gunstig an med hensyn til perinatale komplikasjoner både for mor og barn. Tall fra medisinsk fødselsregister i Bergen viser at andelen dødfødte pr. 1000 fødsler sank fra 13,5 i 1976 til 6,4 i 1996.

NOU 1984:17 framhevet imidlertid svangerskapet ikke bare som en fysisk prosess, men også en prosess med følelsesmessige og sosiale konsekvenser både for kvinnen og hennes omgivelser. I følge denne er et av målene for svangerskapsomsorgen å:

> «Sikre at svangerskap og fødsel forløper på en naturlig måte, slik at morens somatiske og psykiske helse og hele hennes sosiale velvære blir best mulig.» Videre heter det at svangerskapsomsorgen skal «være et tilbud om støtte og veiledning i den endringsprosessen svangerskapet er, slik at kvinnen og mannen i størst mulig grad blir i stand til å ta vare på seg selv og sitt barn».

I tråd med dette ble det i NOU 1984:17 anbefalt at det i framtidens svangerskapsomsorg burde legges økt vekt på psykososiale forhold.

Svangerskapsskjemaet som ble innført i 1984 har bidratt til at gode rutiner er blitt innarbeidet i svangerskapsomsorgen og har på den måten hatt betydning for en kvalitetsforbedring av arbeidet. Men på tross av at de psykososiale sidene av svangerskapsomsorgen altså ble framhevet allerede i 1984, bærer dagens rutiner fortsatt preg av et tradisjonelt fokus på somatiske forhold. Nå må det framheves at mange gravide også innenfor dagens tradisjonelle svangerskapsomsorg opplever å bli tatt godt vare på, også psykisk. I konsultasjonen er det, og bør det også være, plass til improvisasjon utover rutiner.

Det har vært en økt oppmerksomhet mot psykososiale sidene av svangerskapsomsorgen blant allmennpraktikere (Førde, 1995). Det er tegn som tyder på at de psykososiale forholdene rundt gynekologi og fødsel reflekteres sterkere i kurs i videre- og etterutdanningen. Det synes også å være økende oppmerksomhet mot

disse sidene av faget blant mange gynekologer. Jordmødre har tradisjoner for å være opptatt av de mykere sidene av faget, og dette er en lett forståelig grunn til at mange kvinner i dag ønsker å gå til kontroll hos jordmor.

3 HVORFOR VEKT PÅ DEN PSYKOSOSIALE DELEN AV SVANGERSKAPSOMSORGEN

3.1 Svangerskapet som livsfase

Svangerskapet stiller store krav til kvinnens evne til omstilling og mestring. I denne livsfasen skal hun ikke bare tilpasse seg store fysiske forandringer, men også omstille seg til morsrollen med alle de endringene denne medfører i hennes liv. Det er vist at gravide ikke bare gjennomgår fysiske forandringer. Også mentalt skjer det forandringer hos de fleste gravide (Lagercranz, 1979; Nilson og Almgren, 1970; Brudal, 1983). Dette gir seg blant annet utslag i økt følelsesmessig labilitet, økt følsomhet og engstelse og endringer i seksuelle behov med de utfordringene dette representerer også for parforholdet (Lagercranz 1979, Nilson og Almgren, 1970, Brudal, 1979).

Svangerskapet kan sees på som en modningskrise som inntreffer hos alle gravide uavhengig av deres mentale helse, og de følelsesmessige forandringene kan oppleves nesten like sterkt som de fysiske endringene (Bibring, 1959, 1961). Det er viktig å framheve at psykiske forandringer i svangerskapet er liksom de fysiske, naturlige endringer som «står i livets tjeneste», som forberedelse til fødsel og den krevende tiden etterpå (Bibring, 1959, 1961). For ikke å sykliggjøre de følelsesmessige forandringene, er det altså grunn til å understreke at personlig modning og økt følsomhet mot barnets behov er positive resultat av denne modningskrisen.

Det har vært en tendens til ensidig å se på den følelsesmessige ubalansen og økte følsomheten som et potensiale for psykisk sykdom hos kvinnen. Hos noen kvinner kan også svangerskapet indusere alvorlige psykiske lidelser som psykoser og alvorlige depresjoner, både i selve svangerskapet og i tiden etter fødselen (Brudal, 1979). Alvorlige depresjoner etter fødselen kan selvfølgelig ha store konsekvenser både for kvinnen selv og hennes familie. Men også moderate plager kan vanskeliggjøre en optimal start for kvinnen og hennes familie. Media har i det siste pekt på at depresjoner etter fødsel er svært hyppig og framhevet at helsevesenet ofte viser manglende oppmerksomhet mot disse plagene. Det er videre en generell erfaring hos mange som møter kvinner med langvarige og alvorlige gynekologiske og samlivsmessige problemer, at problemene ikke sjelden kan ha startet rundt svangerskap og fødsel uten at kvinnene den gangen fikk hjelp. Kan slike problemer tas hånd om før de utvikler seg til alvorlige problemer, er selvsagt mye vunnet.

Et godt sosialt nettverk, støtte fra familie, venner og ikke minst partneren, betyr mye for hvordan kvinnen mestrer tilværelsen i svangerskapet og tiden etter fødselen. Det moderne samfunnet har endret seg ved at kjernefamilien i dag er mer isolert enn tidligere. Noen kvinner har et dårlig sosialt nettverk og blir derfor mer sårbare i en slik omstillingsfase som svangerskapet er. Dette gjeldes i særlig grad de som fra før av er psykisk sårbare. For disse familiene kan den støtten et godt fungerende helsevesen kan gi, være svært viktig.

Det har vært vist at måten kvinner med følelsesmessige problemer blir møtt på er svært viktig (Bibring, 1959). Bibring har påpekt at selv relativt store problem har påfallende stor nytte av relativt enkel samtalebehandling og støtte i svangerskapet (Bibring, 1961). En forutsetning for at kvinnen kan få nødvendig støtte og hjelp er at hun føler stor nok trygghet til at problemer kan bringes opp i konsultasjonen uten at hun føler seg stigmatisert. Andre viktige forutsetninger er at lege eller jordmor

kjenner til betydningen av de psykiske sidene av svangerskap og fødsel, at de har evne til å kommunisere med kvinnen og også kompetanse til å kunne skille ut de hverdagslige forandringene som de selv kan ta hånd om fra de mer alvorlige som krever henvisning til spesialist.

Ikke alle pasienter presenterer følelsesmessige og sosiale vansker som psykososiale problem. Dette gjelder selvfølgelig også i svangerskapet. Ofte kan det ligge psykososiale problem bak hos pasienter som kontakter lege med fysiske plager. Når plagene ikke synes å ha forklaring i fysisk sykdom, er det viktig at disse sees i en større og mer helhetlig sammenheng. Dette kan hindre unødvendige og lite hensiktsmessige og potensielt skadelige utredninger som i verste fall kan føre til at symptomene forsterkes og sementeres. Like ille er at dersom ikke problemene identifiseres skikkelig, får ikke kvinnene den hjelpen hun trenger på det tidspunktet da hun kan nyttiggjøre seg hjelpen mest.

3.2 Psykososiale problem hos barn

Psykososiale problem, også blant barn er hyppige (Sommerschild og Grøholt, 1989; Den norske lægeforening, 1998) og synes å være økende. Hvert syvende barn har psykososiale problemer her i landet. Noe under halvparten av disse har uttalte vansker (Den norske lægeforening, 1998). Adferdsforstyrrelser rapportert i barnehager og skoler og selvmord blant unge synes å være økende problem. Media har med jevne mellomrom fokusert på barnemishandling og omsorgssvikt og også på legers manglende evne og kanskje også vilje til å engasjere seg i disse problemene på barnas side.

Det har vært vist at barn med mødre med psykososiale problem i svangerskapet oftere har psykomotoriske problemer (Lagercrantz, 1979; Sydsjø, 1992; Laucht et al, 1996). Identifikasjon av, og tidlig intervensjon på, helseproblem er medisinske ideal. Helsestasjon og skolelegearbeidet er tuftet på disse idealene. Det er hevdet at forebyggende psykososialt arbeid blant barn bør starte allerede i svangerskapet (Hauge et al, 1982; Sydsjø, 1992). Dersom dette skal kunne gjøres, er det nødvendig at det utvikles gode rutiner for den psykososiale delen av omsorgen slik altså NOU 1984:17 også påpekte. Disse rutinene må inkorporeres i de allerede eksisterende rutinene.

Barnemishandling og omsorgssvikt er dypt tragisk, ikke bare for barna, men også for de foreldrene som ikke mestrer sine foreldreoppgaver. Slike problemer starter sjelden over natten, men er som regel et resultat av langvarige og dype problemer.

I svangerskapet møter kvinnen helsevesenet omlag 12 ganger. Dette er en enestående anledning til å bli kjent med familien, både deres problemer og ressurser, for å kunne støtte opp om mestringsevnen. Mange foreldre eller blivende foreldre vil vegre seg for å avdekke sine problemer av frykt for at de kan bli funnet mindre egnet som foreldre. Helsevesenets oppgave er imidlertid ikke å være dommere, men å se problemer som kan minskes eller forebygges. Det er i svangerskapet at tillit eller mistillit til helsevesenet kan skapes.

For at kvinner med alvorlige sammensatte problemer kan hjelpes, er det viktig at hjelpeapparatet blir opplevd som allierte og ikke som kontrollører slik at kvinnen ber om hjelp når det er nødvendig etter at barnet er født. Som nevnt kan lege eller jordmor selv representere en viktig støtte for familien og kan kompensere for manglende eller svakt sosialt nettverk. Videre kan de formidle kontakt med andre instanser som sosial- og familievernkontor, psykolog/psykiater, spesialister i rusmiddelomsorg, helsesøster og fødeavdeling.

Svaktfungerende familier trenger ofte betydelig innsats fra hjelpeapparatet for å sikre barnet en best mulig oppvekst hos foreldrene. På den måten kan de kanskje hjelpes før problemene blir for store. Alternativet kan være senere omsorgsovertagelse, en løsning som av og til dessverre er nødvendig, men ikke desto mindre, er dypt tragisk både for foreldre og barn.

3.3 Sammenheng mellom psykososiale og somatiske problem

Som for mange andre helseproblem (Rognerud og Stensvold, 1997), er det mye som tyder på at komplikasjoner rundt svangerskap og fødsel og helseproblem hos barn senere har en sammenheng med psykososiale forhold (Adler et al, 1993; Brezinka og Kettel, 1995; Hagoel et al, 1996; Nuckolls et al, 1972). For eksempel er det vist at både dødfødsel og død i de første leveuker og i resten av første leveår henger sammen med foreldrenes utdanning (Arntzen, et al, 1988). Hva det er med utdanning som er beskyttende i forhold til mangel på utdanning, er imidlertid ikke lett å gjennomskue fullt ut. Likedan slår sivil status ut i perinatale komplikasjoner (Bergsjø et al, 1992). Hva det er ved det å være enslig mor som gjør en mer utsatt for komplikasjoner, har vi heller ingen fullgod forklaring på. At psykososiale forhold synes å ha så stor betydning også på somatiske forhold, representerer en stor utfordring for svangerskapsomsorgen. Hvordan kan gravide unngå forhold som utsetter dem selv og barnet for unødig helserisiko, og hvordan kan svangerskapsomsorgen organiseres slik at disse ukjente «risikofaktorene» nøytraliseres?

Noe av forklaringen på forholdene over kan gis gjennom den risikofaktoren vi vet røyking, alkohol og andre rusmidler er for komplikasjoner i svangerskapet og for barnet senere. Røyking er mer uttalt blant kvinner med lav utdanning og blant kvinner med psykososiale problemer (Haslam et al, 1997). Men selv når røyking er korrigert for, finnes forskjeller mellom de psykososialt priviligerte og de ressurssvake.

Om stress, depresjon og angst som ikke representerer alvorlig psykisk lidelse har konsekvenser for fødselsvekt og somatiske komplikasjoner, er vanskelig å si helt sikkert. Her er forskningsresultatene motstridende, antagelig fordi selve forskningen er metodologisk krevende (Herrera et al, 1992; Jacobsen et al, 1997; Førde, 1995). Schei har påvist en sammenheng mellom mishandling i svangerskapet og lavere fødselsvekt (Schei, 1993). En studie fra 1992 fant en klar sammenheng mellom perinatale komplikasjoner og bl.a. følelsesmessige problem: «The result of this study suggest that psychosocial risk assessment alone and in interaction with biomedical risk assessment may significantly improve the ability to identify women who may experience perinatal complications» (Herrera et al, 1992).

Perinatal dødelighet og sykelighet er som allerede nevnt lav her i landet. Et område der det har vært skuffende liten framgang har vært i antallet barn som er født med lav fødselsvekt (for tidlig fødte og barn med intrauterin veksthemming) (Rognerud, 1997). Disse komplikasjonene har sammenheng med psykososial helse (Alexander og Korenbrot, 1996; Rognerud, 1997). Barn med lav fødselsvekt er også mer utsatt for komplikasjoner i forbindelse med fødselen og sykdommer senere. I løpet av det tidsrommet som svangerskapsomsorgen er utbygget har altså antallet barn med lav fødselsvekt vært nedslående konstant. Det samme gjelder også forskjellene mellom de sosioøkonomiske klassene (Oakley, 1988). Kanskje er det ved å bedre de psykososiale forholdene hos de gravide kvinnene som har det vanskeligst, at man har mest å hente, også med hensyn til en ytterligere reduksjon av sykelighet og dødelighet (Lindmark og Cnattingius, 1991; MacLennam 1986; Alexander og Korenbrot, 1995). Om helsevesenet er den viktigste aktøren i dette omfattende og viktige arbeidet er et annet spørsmål.

4 HELSEVESENETS ROLLE I FOREBYGGING AV PSYKOSOSIALE PROBLEM

Dersom man har ambisjoner om å bedre perinatal dødelighet og sykelighet ved å bedre den psykososiale delen av svangerskapsomsorgen, er det som nevnt et stort metodisk problem at man mangler sikre holdepunkter for hvilke konkrete faktorer det er som gir den økte risikoen. Dermed blir også effektiv intervensjon vanskeliggjort, og dersom vi intervenerer, er det vanskelig å vite sikkert hva det er som eventuelt virker.

Er det så vist at intervensjon på psykososiale forhold hos gravide har effekt? Studier som har søkt å vise effekt av psykososial støtte til gravide kan synes nedslående idet de ikke viser sikre holdepunkter for effekt på de grove og viktige objektive målene, sykelighet og dødelighet hos barnet (Villar et. al, 1992). Dette bør likevel ikke føre til den konklusjonen at det ikke nytter (Hodnett, 1993).

Et godt argument for et utvidet perspektiv på svangerskapsomsorgen er at de gravide selv ønsker å framstå som annet en beholdere for fosteret. En annen grunn kan være at følelsesmessig og sosial støtte kan ha betydning for ikke så lett målbare forhold som mestring, følelsesmessig helse osv. Det er således vist at sosial støtte til gravide har effekt på de gravides egen helse (Gjerdingen et. al, 1991, Oakley, 1988). Det er også vist at psykisk støtte under fødselen har redusert lengden av fødselen og fødselskomplikasjoner (Klaus et al, 1986; Sosa et al, 1980).

Det er problemer knyttet til å vise effekt av de fleste rutineprosedyrer i svangerskapsomsorgen. Det er faktisk ikke vist vitenskapelig tilfredsstillende at svangerskapsomsorgen bidrar til redusert perinatal mortalitet (Villar og Bergsjø, 1997). Heller ikke røykeintervensjon, og røyking vet man med sikkerhet er risikofylt for barnet (Backe, 1994; Villar og Bergsjø, 1997). For å kunne vise effekt av ulike tiltak trengs store materialer og ideelt sett også oppfølging over tid bl.a. også for å påvise ulike typer effekter (tiltak kan ha flere og også utilsiktede virkninger som man ikke kjenner til på forhånd). Denne typen viktige prospektive studier er dessverre en mangelvare, også i vårt land.

5 ETISKE SPØRSMÅL KNYTTET TIL ET UTVIDET PERSPEKTIV I SVANGERSKAPSOMSORGEN

I Norge er de fleste av dagens gravide friske ressurssterke kvinner med et godt sosialt nettverk. Man kan hevde at aldri noen gang har så mange gravide kvinner hatt det materielt bedre og hatt så gode kunnskaper om svangerskap og fødsel. Friske ressurssterke kvinner greier seg antakelig godt gjennom et svangerskap med et minimum av svangerskapskontroller. Ressursmangelen i helsevesenet blir stadig mer påtrengende. Dersom ikke nytten ved den psykososiale delen av svangerskapsomsorgen er dokumentert, kan man spørre om det er etisk riktig å bruke flere ressurser på denne delen av helsetjenesten når så mange oppgaver står uløst.

Et problem i nær tilslutning til dette har med medikalisering av enda et menneskelig «normalområde» å gjøre. Dersom helsetjenester blir brukt til å dekke allmennmenneskelige behov, er det da riktig at høyt kvalifisert helsepersonell skal bruke tiden sin til samtaler om tema som slekt og venner like godt kunne klare? Og dersom det sosiale nettverket er dårlig, er det riktig at helsevesenet skal erstatte dette? Likevel, det er et faktum at mye av en leges arbeid er nettopp å prate med folk. Det å heve blikket fra det somatiske til å anerkjenne de individuelle sosiale og følelsesmessige sidene hos den gravide er dessuten ikke nødvendigvis svært tidkrevende (Førde, 1995). Det dreier seg oftest mer om en holdning enn bruk av tid og andre ressurser. Dersom lite ressurskrevende støtte også viser seg å kunne bidra til økt mestring og minske sykelighet (Bibring et al, 1961), kan det være en men-

ingsfull bruk av ressurser. Men det forutsetter igjen at det er mulig å skille ut dem som trenger et særskilt tilbud på dette området fra dem som bør kunne klare seg med et minimum. Ressurshensyn gjør at man heller ikke på dette området kan styre etter etterspørsel. Selv om det er vist at de fleste kvinner er mer fornøyde når de får god tid til å prate, betyr det ikke at alle skal få dekket dette behovet av helsevesenet. Det er også vist at en reduksjon av konsultasjoner der dette har vært vurdert faglig forsvarlig, har ført til mindre fornøyde gravide (Sikorski, 1996). Dette er ikke nødvendigvis problematisk dersom de kvinnene som har fått mindre tid er de ressurssterke, og så lenge de kvinnene som har hatt behov for psykososial oppfølging av spesielle årsaker har fått den hjelpen de har behov for.

For at behov for ekstra omsorg kan identifiseres og behovene for hjelp i svangerskapet avdekkes, må deres emosjonelle helse og sosiale nettverk kartlegges, både ressurser og problem (Herrara et al, 1992; Førde, 1995). Noen kvinner kan oppleve dette som utidig «dyneløfting». Det at det er tydelig for den gravide at problemene blir kartlagt for at best mulig hjelp kan ytes i svangerskapsomsorgen, vil minske følelsen av uhensiktsmessig inntrenging i privatsfæren til den gravide. En forutsetning for at de psykososiale forholdene kan berøres skikkelig er som nevnt evne til kommunikasjon og evne til å skape trygghet fra lege eller jordmors side.

For at kartlegging av de psykososiale forholdene i graviditeten kan la seg forsvare etisk, må problemene følges opp på en skikkelig måte. Det må settes av nok tid i svangerskapsomsorgen til de nødvendige konsultasjoner og henvisninger (psykolog, familievernkontor, sosialkontor o.a). Det kan være etisk problematisk dersom problemer blir identifisert uten at det finnes ressurser til å følge opp med nødvendig hjelp. Eksempel på dette er et åpenbart behov for psykolog-hjelp til gravide med dype følelsesmessige problemer (for eksempel alvorlig depresjon, angst, tidligere seksuelt misbruk), men der de psykologene som i beste fall finnes har måneder eller års ventetid. Et annet dyrt knapphetsgode flere steder er barnehager. I tilfeller der man har å gjøre med en ressurssvak mor uten sosialt nettverk blir behovet for barnehageplass åpenbart, både for å avlaste mor og å sikre barnet viktig sosial kontakt. Dette kan kanskje være den viktigste og mest effektive form for forebyggende tiltak hos svaktfungerende familier. Helsevesenets rolle blir å motivere mor til å søke barnehage og politikernes rolle å legge de praktiske forholdene til rette slik at barnet faktisk kommer i barnehage.

Trygge materielle forhold, boforhold, trivsel, gode sosiale nettverk osv, har stor innflytelse på sykdom og helse generelt. I forhold til betydningen av politiske vedtak er de justeringer som helsevesenet kan gjøre for å sikre forholdene over og derigjennom også bedre folkehelsen, marginale. Selvsagt gjelder dette også svangerskap og fødsel. På den annen side er det her som så ofte ellers, snakk om et både og, ikke et enten eller, både en bedring av den psykososiale omsorgen til gravide og vilje til politiske løft for å bedre de forholdene som vi vet virker inn på kvinners og barns helse.

I det følgende diskuteres innhold og organisering av svangerskapsomsorgen med fokus på en styrking av omsorgen for kvinner med psykososiale problemer.

6 HVORDAN KAN DEN PSYKOSOSIALE DELEN AV SVANGERSKAPSOMSORGEN BEDRES

6.1 Innholdet i omsorgen

For at svangerskapsomsorgen skal kunne individualiseres også ut fra psykososiale ressurser, må også disse forholdene rundt kvinnenes liv berøres rutinemessig på samme måten som det spørres om bruk av medikament og sukkersyke ved utfylling

av svangerskapsskjema i dag. Forhold som må antas å være viktige for å vurdere omsorgsbehovet er støtte fra nettverket, støtte fra partner, tidligere psykiske problem som angst, søvnløshet og depresjon, opplevelser av tidligere svangerskap, fødsler og aborter og tidligere barns helse og trivsel. I denne sammenhengen er det som tidligere nevnt, like viktig å få fram ressurser og styrker som problemer (Førde, 1996).

En forutsetning for at svangerskapsomsorgen skal bli bedre med hensyn til psykososiale risikofaktorer er at alle som deltar i denne omsorgen får økte kunnskaper om betydningen av dette arbeidet. Dette bør være et sentralt tema i grunnutdanning og videreutdanning av leger og jordmødre. Når dette gjøres, bør også de etiske aspektene ved å gå inn i dette feltet diskuteres.

Et problem med at dette feltet tillegges økt vekt er at man i dag ikke har vitenskapelig sett gode nok kunnskaper om hvilke «risikofaktorer» rundt kvinnen og hennes nettverk som bør vies økt oppmerksomhet og hva som kan utelates for at effekten av arbeidet kan bli best mulig og eventuelle negative effekter minst mulig. Dette er bekymringsfullt, og forskning bør derfor være en forutsetning for økt satsing på dette området. Hvordan kvinnene opplever en slik form for omsorg og hva ved en eventuell form for intervensjon som «virker», må følges opp av gode prospektive studier.

6.2 Hvordan kan omsorgen organiseres

Hvem skal ha ansvaret?

Det avgjørende for hvor svangerskapsomsorgen skal foregå er selvsagt først og fremst hvem kvinnen ønsker å gå til svangerskapskontroll hos og hvilken tillit hun har til vedkommende. Viktigere enn hvilken profesjon som forestår svangerskapsomsorgen er antagelig interesse og engasjement vedkommende helsearbeider har i dette arbeidet.

Målet med den psykososiale delen av svangerskapsomsorgen er at kvinnen og hennes familie skal være i stand til å fungere best mulig og mest mulig uavhengig av hjelpeapparatet. Helsearbeidere kan som allerede nevnt kompensere for manglende sosialt nettverk i denne perioden, men nettverk kan også skapes med utgangspunkt i svangerskapsomsorgen uten at ressurser trekkes ut av helsevesenet. Noen har for eksempel gode erfaringer med å samle gravide med termin omtrent samtidig til svangerskapskontroll samme dag i uka slik at de kan bli kjent med hverandre. Selvhjelpsgrupper som Ammehjelpen og Fødsel i Fokus har som eksempel bidratt til både nettverksskaping og økt mestring, kanskje mer enn hva profesjonelle har klart.

6.2.1 Jordmors plass

I kraft av sin utdanning har jordmor en sentral plass rundt svangerskap og fødsel. Jordmorkontrollene er i motsetning til en travel allmennpraksis mindre preget av et høyt tempo. Jordmødrene har som nevnt også tradisjoner for å være mer opptatt av de «myke» sidene av graviditeten og har også best forutsetninger for å bearbeide fødselsangst. Kontakt med jordmor i svangerskapet kan kompensere for manglende kvinnefellesskap. Jordmor har gode forutsetninger for å følge friske gravide gjennom svangerskapet. Det er viktig at gravide får orientering om dette tilbudet, at de selv får velge hvor de vil gå, og at kvinnens faste lege ikke motarbeider dette frie valget.

6.2.2 Allmennpraktikerens plass

Allmennpraktikerens fortrinn, mer enn i svangerskapsomsorgen generelt, kan sees særlig tydelig knyttet til arbeidet med de gravide med sammensatte problemer. Problem somatiseres, de mest ressurssvake verbaliserer ikke sine problemer. De oppsøker lege fordi de får kroppslige plager, og ber sjeldnere om henvising til psykolog enn mer verbaliserende ressurssterke kvinner. Å håndtere sammensatte psykososiale problemer er del av allmennpraktikerens hverdag.

Mange allmennpraktikere har viktige kunnskaper om pasientene sine, og kjenner ofte familie og sosialt nettverk. Et annet fortrinn som allmennpraktikeren har overfor nettopp disse gravide, er kontinuiteten i allmennpraksis. Mange allmennpraktikere kjenner de gravide hun får til svangerskapskontroll fra tidligere, ofte over mange år, og vil også ofte følge familien etter fødselen. Kvinnen kan allerede ha etablert et tillitsforhold til legen sin fra tidligere konsultasjoner. I tillegg sitter allmennpraktikeren sentralt i hjelpeapparatet og er vant til å samarbeide med både 2. linjetjenesten og andre deler av helse og sosialtjenesten. Evne til tverrfaglig samarbeid er særlig nødvendig i dette arbeidet.

6.2.3 Helsesøsters plass

I dag spiller helsesøster en liten rolle i kontrollen av friske gravide. Helsesøster kan ha en viktig funksjon når det gjelder støtte til familier med psykososiale problemer etter fødselen. Hun vil ha en helt sentral rolle i oppfølgingen av familien den første tiden. Det kan derfor være nyttig å tilby kontakt med helsesøster allerede i svangerskapet for at kvinnen kan orientere seg om hvilke tilbud helsestasjonen har, kontakt kan skapes og være en viktig forutsetning for samarbeid med resurssvake familier i den aller første tiden etter fødselen. Denne kontakten vil da komme i tillegg til konsultasjonene hos allmennpraktiker/jordmor.

6.2.4 Gynekologens plass

I større tettsteder finnes en del privatpraktiserende gynekologer som kontrollerer normale svangerskap, ofte i samarbeid med en jordmor. Gynekologens plass i svangerskapsomsorgen er imidlertid først og fremst som henvisningsinstans for kompliserte somatiske svangerskap.

6.3 Hvor skal omsorgen foregå

En tilpasning av tilbudet som bygger på geografiske forhold, den gravides ønsker og behov og de tilgjengelig helsetjeneste-ressurser må tilstrebes. Nettopp ut fra hensyn til kvinner med sammensatte problemer er det viktig at svangerskapsomsorgen ikke utvikler seg til en særomsorg fordi koordineringen av hjelpetiltakene lett blir vanskelig og mangelen på helhetsperspektiv lett kan føre til at omsorgen blir mangelfull.

Det er mange modeller for svangerskapsomsorg som kan fungere godt. Disse vil bli diskutert her ut fra de særlige utfordringene som psykososiale problemer i graviditeten reiser.

6.3.1 Delt omsorg rundt gravide med psykososiale problemer

En delt omsorg mellom lege og jordmor vil ha fordelen av at mange gravides ønske om å ha kontakt med jordmor kan etterkommes. Den delte omsorgen gir også muligheter for faglig utvikling for både lege og jordmor og fungerer godt rundt uko-

mpliserte svangerskap. Dersom jordmor og lege samarbeider godt, kan også jordmor og lege støtte hverandre i mange vanskelige vurderinger som knytter seg til omsorgen av gravide med store psykososiale problem. Ulempen er tap av kontinuitet for både kvinne og lege/jordmor, tap av informasjon og til slutt økte ressurser til samordning. Ulempen ved å måtte forholde seg til mange personer er kanskje særlig stor for kvinner med psykososiale problemer. Disse kvinnene trenger ofte tid for å få tillit til helsearbeideren. Dessuten er kontinuitet en viktig forutsetning for et best mulig kjennskap til kvinnen og hennes behov.

Som allerede nevnt kan kvinner med psykososiale problemer ofte ha behov for henvisninger til og behandling i andre deler av hjelpeapparatet utover den/de som skal forestå svangerskapsomsorgen (somatisk spesialundersøkelse, rusmiddelomsorg, psykiatrisk helsetjeneste). Det kan lett bli mange personer kvinnen må forholde seg til i denne tiden. De færreste gravide ønsker å ha kontakt med mange personer i svangerskapskontrollen. En god koordinering og samling av informasjon er helt nødvendig. Som allerede nevnt vil allmennpraktikeren stå sentralt i dette arbeidet, særlig dersom legen også er kvinnens faste lege. En helt avgjørende forutsetning er at legen tar denne oppgaven alvorlig.

6.3.2 Organisasjonsmodeller

Svangerskapsomsorgen foregår på helsestasjonen

Fordelen med å ha svangerskapsomsorgen på helsestasjonen er bl.a. at kvinnen da blir kjent på helsestasjonen hvor hun senere skal gå med sitt barn. På helsestasjonen arbeider jordmor, lege og helsesøster sammen, og modellen ligger særlig godt til rette for dette samarbeidet. Videre markerer denne modellen at dette er forebyggende, ikke kurativt, helsearbeid. Nettopp derfor kan kanskje terskelen for å be om hjelp være lavere enn når man må henvende seg i en travel legepraksis, og helsestasjonen kan derfor være særlig viktig for familier med dårlig nettverk.

Men helsestasjonsmodellen har også åpenbare ulemper knyttet nettopp til gruppen gravide med psykososiale problemer. Dersom legen bare arbeider på helsestasjonen mangler han/hun ofte tidligere kjennskap til kvinnen, og det kan derfor ta lenger tid før kontakt og tillit skapes. Fordi kvinnen etter denne modellen bare ser legen noen få ganger i løpet av svangerskapet, med måneders mellomrom, er det en uttalt erfaring blant mange leger, etter at modellen har vært prøvd ut i noen år, at det er vanskelig for legen å bli kjent med kvinnen når jordmor har de fleste kontrollene. Følgelig kan det ofte være vanskelig å mobilisere et engasjement utover å gjøre de tradisjonelle somatiske undersøkelsene skikkelig. Modellen kan derfor sies å tømre fast rollene som mange leger nettopp ønsker seg bort fra: jordmor står for de myke sidene, legen for de nødvendige og viktigste fysiske kontrollene. Ulempen er også at kvinnen ved behov for legetjenester utover helsestasjonsdagen, som behov for sykmelding, behov for henvisning ved akutt oppståtte plager og følelsesmessige problemer, må ta kontakt med egen/annen lege slik at et minimum av tre personer har kontakt med kvinnen (helsestasjonslege, jordmor og egen lege). For de med sammensatte problemer kan som allerede påpekt, flere andre komme inn i tillegg. Ulempen ved denne modellen er bl.a. også at jordmor og helsesøster må forholde seg til mange ulike leger.

En måte å begrense antallet personer som den gravide må forholde seg til, er å la ulike leger med praksis i kommunen også ha helsestasjons-praksis der han/hun møter sine «egne» gravide. Denne modellen vil ikke komme i konflikt med fastlegeordningen, men noen leger vil ikke ha mange nok gravide i sin praksis til å fylle en hel/en halv dag i uka. I mange mindre kommuner i Norge møter kvinnen den samme lege både på legekontoret og på helsestasjonen. I slike kommuner fungerer

svangerskapskontrollen godt både for kvinnen som da får svangerskapsomsorg på helsestasjonen (ofte også i samarbeid med jordmor) og får beholde sin egen lege, og for legen som beholder kontinuiteten og oversikten.

Svangerskapsomsorgen foregår i kvinnens faste leges praksis

Kontrollene kan da foregå enten ved at legen forestår svangerskapsomsorgen alene, eller ved at legen knytter til seg jordmor. Svært mange leger arbeider i dag i gruppepraksis slik at flere kan bruke samme jordmor enten ved å ansette henne selv eller ved at jordmor er kommunalt ansatt og fordeler seg på mange ulike legekontor. Denne modellen lar seg lett tilpasse fastlegeordningen. Fordelen med denne modellen er at kvinnen får beholde kontakten med samme/egen lege hele svangerskapet og at jordmor og leges samarbeid blir smidigere. Kvinnen forholder seg til et legekontor som stort sett er bemannet hele uken, og all informasjon om kvinnen samles på et sted. Ulempen er at jordmor må forholde seg til mange legepraksiser og at samarbeidet med helsesøster blir mindre naturlig. Men det som gjelder samarbeid mellom lege og jordmor, gjelder også samarbeid mellom disse to og helsesøster, innstilling til samarbeide er viktigere enn fysisk nærhet.

Svangerskapsomsorgen foregår hos jordmor alene

Fordelen med denne modellen er at kvinnen får kontakt med en person. Jordmor er i tillegg en person som vil kunne tilby relativt god tid. Ulempen er at kvinner vil måtte oppsøke lege når de trenger sykmelding, henvisning til fysioterapi og mange spesialundersøkelser. Kvinner med alvorlige psykososiale problemer vil ofte i større grad enn ressurssterke ha somatiske plager og komplikasjoner som nødvendiggjør legeintervensjon, sykmelding og henvisning.

7 KONKLUSJON

De psykososiale forholdene til gravide og småbarnsfamilien er viktige både for somatisk og psykisk sykelighet. Psykososiale problemer synes å være økende blant barn og unge.

De viktigste potensialene for forbedring av forholdene til dem som i dag har utilfredsstillende psykososiale levekår ligger i bedret økonomi og utdanning hos de gruppene som er dårligst stilt, bedre bomiljø, styrking av sosiale nettverk etc. Imidlertid finnes det holdepunkter for at måten kvinner med psykososiale problemer blir møtt på under svangerskapsomsorgen, kan ha positiv betydning for kvinnens mestring og muligens derfor også barnets somatiske og psykiske helse senere. Særlig for de mest sårbare gravide med svake sosiale nettverk, kan den støtten hun mottar i svangerskapsomsorgen være særlig viktig.

Kvinnens egne preferanser og interesse for å gjøre dette arbeidet ordentlig, er like viktig som hvem som forestår svangerskapsomsorgen. Det som fungerer godt for friske ressurssterke gravide, behøver ikke være optimalt for kvinner med sammensatte problemer. Særlig viktig for denne gruppen gravide er at den som forestår omsorgen har gode nok kunnskaper om normale følelsesmessige forandringer i svangerskapet og evne til å skille det normale fra det som bør henvises videre. Kunnskapene om dette feltet er i dag ikke gode nok hos mange helsearbeidere. Dette området bør derfor styrkes i videre- og etterutdanningen av allmennpraktikere og gynekologer.

For gravide med sammensatte psykososiale problemer er det særlig viktig at en person har det helhetlige ansvaret for omsorgen. Dette for å sikre ansvarspulverisering og at informasjon spres for mye. Evne til tverrfaglig samarbeide er en viktig forutsetning. Videre er kontinuitet viktig både for den som forestår omsorgen og for den gravide selv.

Fastlegeordningen kan være et særdeles godt utgangspunkt for denne gruppen gravide. I denne vil kvinnens egen lege, tilpasset geografiske forhold, kunne ha det overordnete ansvaret, kunne tilpasse omsorgen til den enkelte kvinnes spesielle behov og også kunne følge opp mor og barn senere. Det er særdeles viktig at kvinnens ønske om jordmorkontroll ikke motarbeides av legen.

For at den psykososiale delen av svangerskapsomsorgen skal forbedres og endringene evalueres, er forskning i form av prospektive studier nødvendig.

Litteratur:

Adler NE, Boyce T, Chesney MA, Folkman S, Syme L. Socioeconomic inequalities in health. No easy solution. JAMA 1993: 269: 3140-5.

Alexander GR, Korenbrot CC. The role of prenatal care in preventing low birth weight. Future Child 1995: 5: 103-20.

Arntzen A, Magnus P, Bakketeig LS. Foreldres utdanningslengde relatert til dødelighet rundt fødsel og i første leveår. Tidsskr Nor Lægeforen 1988; 108:3082-5.

Backe B. Studies in antenatal care. (Dissertation). Trondheim; TAPIR, 1994.Bergsjø P, Førde R, Sjøli SI, Telje J, Thesen J. Svangerskapsomsorg i allmennpraksis. Oslo:

Bergsjø P, Villar J. Scientific basis for the content of routine antenatal care. Ll, Power to eliminate or alleviate adverse newborn outcomes; some special conditions and examinations. Acta Obst Gynecol Scand 1997;76:15-25.

Bibring GL, Dwyer TF, Huntington DS, Valenstein AF. A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. I. Some propositions and comments. Psychoanalytic study of the child 1961; 16: 9-24.

Bibring GL. Some considerations of the psychological processes in pregnancy. Psychoanalytic study of the child 1959; 14: 113-20.

Brudal LF. Fødselens psykologi. Lærebok i forebyggende arbeid. Oslo: Aschehoug, 1983.

Brudal LF. Psykiske reaksjoner hos kvinner og menn i tilknytning til fødsel. En prospektiv studie med særlig henblikk på forebyggende arbeid. Oslo: Norsk psykologiforening, 1979.

Den norske lægeforening. Rapport om forebyggende helsearbeid for barn og unge, 1998.

Førde R. From antenatal control to antenatal care - a case study in clinical reasoning and methodolgical fallibility.

Førde R. Inclusion of psychosocial conditions in clinical practice and the problem of medicalization. Theo Med 1996; 17: 151-61.

Gjerdingen DK, Froberg DG, Fontaine P. The effects of social support on women's health during pregnancy, labor and delivery, and the postpartum period. Fam Med 1991; 23: 370-5.

Hagoel L, Van-Raalte R, Kalekin-Fishma D, Shifroni G, Epstein L, Sorokin Y. Pykososial and medical factors in pregnancy outcome : a case study of Israeli women. Soc Sci Med 1996; 40:567-71.

Haslam C, Draper ES, Goyder E. The pregnant smoker: a preliminary investigation of the social and psychological influences. J Publ Health Med 1997; 19: 187-92.

Hauge IM, Næss PO, Evensen ÅR, Sundby HS. Helsestasjonen og familien med det nyfødte barn. Oslo, Bergen, Tromsø: Universitetsforlaget, 1982.

Herrera JA; Hurtado H, Cacera D. Antepartum biopsychosocial risk and perinatal outcome. Fam Pract Res J, 1992; 12:391-9.

Hodnett ED 1993. Support from caregivers for socially disadvantaged mothers. In: Enkin MW, Keirse MJNC, Renfrew MJ, Neilson JP (eds). Pregnancy and childbirth module. Cochrane Database of Systematic Reviews: Review No. 07674. Oxford: Update Software, 1993, Disk Issue 2.

Klaus MH, Kennell JH, Robertson DD, Sosa R. Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. BMJ 1986; 283: 585-7.

Lagercrantz E. Förstføderskan och hennes barn. Stockholm: Wahlström & Widstrand, 1979.

Laucht M, Esser G, Schmidt MH, Ihle W, Marcus A, Stohr RM, Weindrich D. Viereinhalb Jahre danach: Mannheim Risikokinder im Vorschulalter. Z Kinder Jugenpsychiatr 1996 ;24:67-81.

Lindmark G, Cnattingius S. The scientific basis of antenatal care. Report from a state-of-the-art conference. Acta Obstet Gynecol Scand 1991; 70: 105-9.

Lumley J. Strategies for reducing smoking in pregnancy. In: Enkin MW, Keirse MJNC, Renfrew MJ, Neilson JP (eds). Pregnancy and childbirth module. Cochrane Database of Systematic Reviews: Review No. 073312, Oxford: Update Software, 1993, Disk Issue 2.

MacLennam AH. Is traditional antenatal care worthwhile? Healthright, 1986; 5:22-7.

MacLennan AH. Is traditional antenatal care worthwhile? Healthright 1986; 5: 22-7.

Nilsson Å, Almgren PE. Para-natal emotional adjustment - A prospective investigation of 165 women. Acta Psychiatr Scand, suppl. 220. Copenhagen: Munksgaard, 1970.

Nuckolls KB, Cassel J, Kaplan BH. Psychosocial assets, life crises and the prognosis of pregnancy. Am J Epidemiol 1972; 95: 431-41.

Oakley A. Is social support good for the health of mothers and babies? J Reprod Infant Psychol 1988; 6: 3-21. Oslo: Oslo Universitet; ISBN 82-7703-009-6, 1995.

Rognerud M. Fødselsstatistikk. I: Rognerud M, Stensvold I. (red). Oslohelsa. Oslo: Ullevål sykehus. Klinikk for forebyggende medisin, 1997: 91-9.

Schei B, Samuelsen SO, Bakketeig LS. Does spousal physical abuse affect the outcome of pregnancy? Scand J Soc Med 1993; 19: 26-31.

Sikorski j, Clement S, Das S, Smeeton N, A randomised controlled trial comparing two schedules of antenatal visits; the antenatal care project. BMJ 1996; 312:546-53.

Sosa R, Kennell J, Klaus M, Robertson S, Urratia J. The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor and mother-infant interaction. N Engl J Med 1980; 303: 597-600.

Sydsjö G. Psyckosociala riskgraviditeter och deras utfall. Linköping: Linköping University Medical Dissertations # 350, 1992. Universitetsforlaget, 1991.

Villar J, Bergsjø P. Scientific basis for the content of routine antenatal care. L. Philosophy, recent studies, and power to eliminate or alleviate adverse maternal outcomes. Acta Obstet Gynecol Scand 1997; 76:1-14.

Villar J, Ubalo F, Barros F, Victoria C, Langer A, Belizan JM. A randomized trial of psychosocial support during high-risk pregnancies. N Engl J Med 1992; 327: 1266-71.

Vedlegg 2

Fra Ord til handling Folkehelsearbeid i et flerkulturelt miljø

Arild Aambø, Primærmedisinsk verksted. Senter for dialog og utvikling

Det er ikke tingene i seg selv som bekymrer oss, men meningene vi har om disse tingene

Epiktetos, Zen to Go

En ser at det går an å skape sjanser, og henter ut krefter og tanker som en aldri før har hatt.

Nils Arne Eggen, NRK TV1, etter fotballkamp Brasil - Norge 23 06 98

Das Was des Kunstwerks interessiert die Menschen mehr als das Wie; jenes können sie einzeln ergreifen, dieses im Ganzen nicht fassen.

Goethe, in Maximen und Reflexionen

Innledning: Fra en statisk beskrivelse til en dynamisk.

Etter at Sir Douglas Black i 1980 avga en rapport om ulikheter i helse i England etter 2. verdenskrig har sammenhengen mellom sosial ulikhet og helse vært gjenstand for en økende oppmerksomhet fra en rekke ulike forskere. Også i Norge har problemområdet blitt satt på dagsordenen. Til tross for en positiv samfunnsutvikling med en generell nedgang i mortaliteten har en i Norge sett en økende forskjell i mortaliteten mellom de sosioøkonomisk velstående og de som ikke henger med i velstandsutviklingen, og det er berettiget å hevde at sosial ulikhet er et alvorlig helseproblem.[i]

Undersøkelser viser også at sosiale ulikheter betyr mere for helse og sykelighet i Sverige og Norge enn f. eks. Spania og Sveits. Sammenhengen mellom sosial ulikhet og helse synes å være uavhengig av den absolutte materielle standard og mye tyder på at ulikhetene i helse er større i land der *egalitære prinsipper* har vært rådende[ii].

Hvordan virker så de vanskelige sosioøkonomiske forholdene inn på folks helse når det ikke er absolutt fattigdom dette dreier seg om? Ettersom nesten alle har oppnådd en minimumsstandard må en forklaring ta utgangspunkt i hvordan psykososiale forhold virker inn på folks helse. At psykososiale forhold har en sterk innvirkning på folks generelle helsetilstand er vist både ved epidemiologiske studier og ved eksperimentelle studier. Richard Wilkinson har i sin bok «Unhealthy Societies« gitt en utførlig beskrivelse av mulige sammenhenger[iii]. Han skriver:

> «The problem is not so much that there is a shortage of potential pathways, but that there are a vast number of possibilities that are all quite plausible in the light of what is already known. The work which is needed to rule out some and confirm the importance of others will take some years.»

Ulikt inntektsnivå reflekterer viktige sider i forholdet mellom individet og en sosial gruppe. I rike samfunn må denne forskjellen sees på ut fra den mening en slik ulikhet blir tillagt og ut fra betydningen dette har for ens sosiale status. Dette er ikke ensbetydende med at dårlige boforhold og usunn kost ikke har betydning for folks helse, men de psykososiale faktorene som er knyttet til sosial status virker sterkere. Wilkinson refererer bl.a 4 uavhengige studier som viste at uselektert arbeidsledighet, dvs arbeidsledighet som oppstår ved nedleggelse av en fabrikk el.l. virket sterkt negativt på folks helsetilstand og at denne negative virkningen startet allerede når det ble signalisert innskrenkninger på arbeidsplassen. Undersøkelsene

viste tydelig at helsen ble forringet som en konsekvens av usikre jobbforhold. De samme mekanismene ser ut til å gjelde for folks bosituasjon. Når en er usikker på om en kan klare å betale husleien for neste måned skaper dette for de aller fleste et betydelig stress. Til og med når det gjelder barneulykker, som en i utgangspunktet skulle tro var lite avhengig av psykososiale faktorer, er det påvist sammenhenger med om moren er deprimert eller ikke. I mange tilfelle vil det være ikke så mye et spørsmål om 'hvordan en har det, men hvordan en tar det', men hvem ville vel ikke reagere dersom det oppstod usikkerhet omkring jobb eller bosituasjon?

En studie hvor en fulgte 752 middelaldrende menn i 7 år viste at dødsratene var over $3^1/_2$ gang så høye blant de som hadde erfart mer enn 3 episoder med alvorlig stress. Slike episoder var: å bli rettsforfølget, tvunget til å flytte, skilsmisse eller separasjon, alvorlige økonomiske problemer, usikkerhet vedr. arbeid, alvorlig bekymring for noen i familien, alvorlig sykdom i familien, å bli gjort overflødig, bli tvunget til å skifte jobb, at et familiemedlem dør. Listen er ordnet slik at de mest betydningsfulle episodene kommer først. At folk reagerer på slike hendelser med desperasjon, sinne, bitterhet, hjelpeløshet eller aggressivitet er forståelig. Mange opplever det som om livet er dominert av depressive følelser, sårbarhet, usikkerhet med hensyn til jobb og bosituasjon, håpløshet og isolasjon. De materielle omgivelsene vil ofte i tillegg være en konstant påminnelse om egen nedverdigelse, om sosial marginalisering og devaluering. Det er det vedvarende stresset som slike følelser fremkaller, som kan virke ødeleggende for helsen.

Wilkinson refererer Berkman som sier[iv]:

> «Between 1979... and 1994 there have been eight communitybased prospective studies that reveal an association between what we have now come to call social integration and mortality rates, usually deaths from all causes. ...Overall, they consistently show that people who are isolated are at increased mortality risk from a number of causes. Furthermore, they have several important methodological strengths which give us confidence in their findings....
>
> In the first of these studies, from Alameda County, men and women who lacked ties to others (in this case, based on an index assessing contacts with friends and relatives, marital status, and church and group membership) were 1.9 to 3.1 times more likely to die in a 9-year follow up period...than those who had many more contacts.»

Wilkinson refererer også til mange studier som viser at mere og bedre kvalitet på den sosiale kontakten mellom folk, både i hjemmet og i lokalsamfunnet, har en helsefremmende virkning og det ser ut også ut til at sosial støtte er en viktig faktor for at folk skal kunne endre sin respons til stressfremkallende hendelser og omstendigheter.

Deltakelse på godt og vondt.

Ideologien har lenge vært klar: Under Alma Ata konferansen i 1978 ble det satt fokus på betydningen av deltakelse fra lokalbefolkningen i det helsefremmende arbeidet. Deltakelse er problematisk. Altfor ofte har fagfolk invitert til deltakelse hvor lekmenn er med på å utføre arbeidet eller de er spurt om å si sin mening uten at det har blitt noe mere ut av det. Deltakelse krever innflytelse over hele prosessen - fra planlegging til feiring av gode resultater når arbeidet er gjort, evt at en blir med for å reflektere over hvorfor det ikke gikk som planlagt. Mange vegrer seg for å delta fordi de føler at det er en altfor 'ulik match'. Ottawa-charteret 1986 lanserte begrepet «empowerment»[1] som en prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre sin helse.

«Empowerment» som bærende prinsipp.

Wallerstein[v] hevder at personer som over lengere tid befinner seg i marginaliserte og/eller spesielt krevende situasjoner og som opplever maktesløshet og mangel på kontroll over egen livssituasjon er mere utsatt for sykdom. «Empowement» retter seg mot denne mangel på kontroll ved å fremme deltakelse i aktiviteter i lokalsamfunnet, styrke følelsen av tilhørighet i lokalsamfunnet og i sosiale nettverk, og ved å fremme en tro hos folk på at de kan kontrollere sin verden. På denne måten vil «empowerment» også lede til sosial og miljømessig endring. Rapport[vi] beskriver «empowerment» som at folk oppnår kontroll over sitt eget liv i en sammenheng hvor de deltar sammen med andre for å endre de sosiale og politiske realiteter de lever under. En spesielt tiltalende forståelse av «empowerment» er at folk blir i stand til å finne sine egne problemer og sine egne løsninger. (Braithwhite and Lythcott 1989). En slik forståelse krever en ny forståelse av ekspertens rolle i denne form for arbeid.

Det er ikke uvanlig å snakke om «empowerment» som en psykologisk prosess hvor det er individet som står i sentrum og at det er individet som får mere kontroll over sin egen livssituasjon. Noen vil imidlertid hevde at en ikke kan snakke om «empowerment» uten at hele grupper begynner å kreve innflytelse. Dette reiser spørsmålet: Hvordan kan en skape prosesser som har i seg en evne til å bre seg?

Eksempler på prosjekter som sikter mot mestring og deltakelse:

I det følgende omtales enkelte prosjekter som har tatt problemene på alvor og som kan tjene til å illustrere hva «empowerment» dreier seg om.

«The Tenderloin Senior Outreach Project» 1979-83

Tenderloin var et av problemdistriktene i San Francisco med mye kriminalitet, prostitusjon, stoff- og alkoholmisbruk, feilernæring etc. I dette området bodde ca 8000 eldre menn og kvinner på enkeltrom i hospitser. I 1977 begynte en å planlegge et prosjekt for å øke sosiale nettverk og bygge opp en følelse av et lokalsamfunn blant de eldre. Mere enn 100 studenter ved 4 regionale universitet deltok i prosjektet. En ønsket fra begynnelsen av å bygge opp tillit og å 'starte lite'. Blant de mere enn 40 hjelpeorganisasjonene i distriktet var det særlig den katolske kirke (som i ca 25 år hadde hatt et tilbud om gratis måltider) som hadde befolkningens tillit, og en allierte seg derfor med denne for å få innpass. Prosjektmedarbeiderne benyttet seg av gratis blodtrykkskontroller for å komme i kontakt med de eldre. De oppholdt seg i herbergets resepsjon en dag i uken, hvor de målte blodtrykk og 'svarte på spørsmål'. Etter mere enn ett år med slik aktivitet begynte den første gruppen av eldre å danne seg. Ettersom kontakten økte og tilliten vokste begynte gruppedeltakerne å meddele seg om problemer, bl.a angst for kriminalitet, ensomhet og maktesløshet.

Etter hvert ble det så dannet grupper i andre hospitser og høsten 1981 gikk disse sammen om å lage et prosjekt for å redusere kriminaliteten i området. Det følgende året sank kriminaliteten med 18 prosent, og politisjefen i området tilskrev dette for en stor del prosjektets arbeid. Sommeren 1983 fulgte et nytt prosjekt, denne gangen med fokus på ernæring.

---

1. empowerment blir av og til overstatt til 'myndiggjøring'. Det engelske begrepet er mere omfattende. I følge Webster's Encyclopedic Unabridged Dictionary har ordet en 3-delt betydning:
1) å gi makt eller autoritet til
2) å gjøre i stand til
3) å tillate

Minkler skriver om prosjektet[vii]*:*

> «... actual application of the problem posing methodology was effective only after considerable community development groundwork had been laid. Specifically, high levels of trust and rapport among hotel residents had to be reached before outside facilitators could ethically and effectively help residents explore the root causes of problems they faced».

Fra det publiserte materialet om prosjektet er det tydelig at måten å etablere kontakt på ikke er likegyldig. Det å utvikle innpass og tillit krever tid, tålmodighet og vedvarende engasjement, og det er en styrke om en kan bygge videre på allerede etablerte relasjoner. Tidsperspektivet er antakelig spesielt viktig. Dersom en blir for mye fiksert i at en allerede tidlig i prosjektperioden skal oppnå resultater kan dette i sin tur utarme prosjektet. Dette prosjektet viser 'spredning' eller at det har overføringsverdi - både i forhold til andre hospitser med lignende problematikk og i forhold til andre problemområder. En slik spredningseffekt kommer enda tydeligere fram i neste prosjekt:

«Baldia Soakpit Pilot Project» 1979-1988

Baldia var et av de mest belastede tilflytningsområdene i Karachi, Pakistan med mere enn 200 000 innbyggere i 1979, da prosjektet startet. Kvinnene i Baldia var blant de fattigste av de fattige og hadde svært lite utdanning. Den viktigste hindringen for utdannelse var tradisjonelle skikker som bandt kvinnene til hjemmet. Prosjektet, som ble støttet av UNICEF, ble startet som et samarbeidsprosjekt mellom Karachi universitet, 'Department of Social Work', som stod for de sosiale og motiverende aspektene ved prosjektet og Pakistan Jaycees som var ansvarlig for det tekniske. Etter at det var montert latriner i hjemmene til folk fikk kvinner og barn opplæring i å holde disse vedlike. Det ble delt ut informasjonsmateriell, og i denne prosessen begynte kvinnene å innse betydningen av å kunne lese og skrive.

Det ble etter hvert utviklet en form for hjemmeskole og høsten 1981 begynte kvinnene å se etter unge jenter som hadde litt skolegang. De utvalgte ble så gitt opplæring i å undervise barn og voksne. I løpet av noen mnd var 300 barn og 100 kvinner involvert i prosjektet. De fleste av kvinnene hjalp også til i forhold til sanitærprogrammet. Det ble reist lignende skoler i andre nabolag. I 1988 var der 120 lærere og 4 000 barn (av disse 2 600 jenter) involvert i utdanningsopplegget. Lærerne fikk også, etter at mødrene hadde uttrykt et stort behov for et forebyggende helseprogram, også opplæring i helsearbeid og vaksinering.

Et problem oppstod da de unge jentene som underviste kom i konkurranse til private utdanningssentra hvor det var menn som underviste. Mennene begynte å lage problemer for jentene, som ble ertet og trakassert på gaten. Prosjektleder måtte derfor arbeide for å skape beskyttelse for huslærerne, og hun lyktes i å få etablert støtte fra barnas foreldre. Problemet førte også til at huslærerne organiserte seg (Home School Teacher's Welfare Organization, Baldia Town). Konflikten løste seg imidlertid ved at de mannlige lærernes barn ble vaksinert av huslærerne.

Det blir her tydelig at folk i utgangspunktet ikke nødvendigvis er i stand til å se hvilke barrierer som skiller de fra et bedre liv. I stedet for å forsøke å overbevise folk om hvilke problemer de har ble det initiert et samarbeid og underveis ble det skapt situasjoner hvor problemene ble synlige og motivasjonen for endring økte. Selv om prosjektleder på forhånd var oppmerksom på de manglende lese- og skriveferdighetene, ventet hun til kvinnene selv forstod betydningen av en slik barriere før hun aksjonerte. For 'eksperten' ble det således en utfordring ikke å arbeide hardere med problemet enn de som eier det. Ved å respektere sosiale og kulturelle

begrensninger ble disse bevisstgjorte og gjenstand for refleksjon. Prosjektleder konkluderte med at å forbedre, styrke og bygge videre på eksisterende strukturer og kompetanse i lokalsamfunnet utvikler trygghet, tillit og aksept fra de som står utenfor prosjektet.

> «The people want to be convinced that improvement is not treatening to their basic traditional values. --- they have a basic understanding of community development in a collective manner, whether men or women. But individual emancipation is considered as a western or an outside attitude towards development. --- they could see a difference between women participating in the development of their community, and when they try solely to challenge traditions.
>
> Building on the traditional patterns laid down for women in the communities, and by adopting a slow, demonstrative process and keeping within the cultural and historical system, the project managed to break very strong and vital cultural barriers, to women's active role in the community's progressive development. --- a shift in ideas from rigid traditional barriers to limited flexibility. The women expressed their views and feelings by saying that they had risen in their own self-esteem. They had more independance, felt fulfilled in that they were doing something worthwhile, which they had never thought were possible in their families.
>
> -once the community understood the program and its outcome, and trusted the intention of the project, all the traditional barriers were lifted to the women's participation in community development.»

I dette prosjektet kom kvinnene som deltok i konflikt med de mannlige lærerne. Konflikten løste seg når de mannlige lærerne også kunne profittere på kvinnenes arbeid. At alle involverte parter tjener på prosjektet er en utfordring, men er trolig nødvendig for at prosjektet skal kunne utvikle seg på en gunstig måte. I dette prosjektet satset en på kvinner. Betydningen i å involvere kvinner i helsearbeidet blir tydelig også fra et annet prosjekt i Karachi:

«The Primary Health Care Programme in Karachi», Neelem Colony, Pakistan.

Dette er et prosjekt hvor sit: «health was integrated with sanitation, literacy and income-generation to provide a comprehensive package of socio-economic uplift».[viii] Prosjektet ble implementert av 'Health Education and Literacy Project (HELP) og ble startet på bakgrunn av høy spedbarnsdødelighet og mangelfull ernæring i et tilflytningsområde i Karachi. Initiativtakerne erkjente at forebyggende helsearbeid i seg selv ikke er en tilstrekkelig motiverende faktor for å skape endring. Ved å kombinere lese- og skrivekyndighet, helse, hygiene med muligheter for inntekt for kvinnene ble det mulig å skape en stor forbedring i mødrenes kunnskaper om immunisering, behandling av diare hos barn og hygiene.

Prosjektet viste at en ved å skape tiltalende kombinasjoner av ulike aktiviteter/ målsettinger kan skape den nødvendige motivasjon for videre samarbeid. En slik tilnærming krever at en kan arbeide på flere nivå samtidig.

Evaluering av slike prosjekter er et problem. Spesielt er det vanskelig å vite hvilke kriterier en skal sette for fremgang. «The Chicago Experience» var et evalueringsprosjekt som tok tak i dette spørsmålet.

«The Chicago Experience»

startet som et samarbeid mellom University of Illinois i Chicago og et utviklingsprosjekt (Developing Communities Project - DCP) som var rettet mot alkoholmis-

bruk i en bydel i Chicago, Greater Roseland Area. Det som kjennetegnet dette området var økende fattigdom, høy forekomst av blyforgiftning, drap, barnedødelighet og dessuten høye fødselstall blant tenåringene. 94 prosent av de som bodde i området var afro-amerikanere. Utviklingsprosjektet ville utvikle ledere som kunne organisere innbyggerne i bydelen i kampen mot denne 'negative statistikken' og fremme livskvalitet i lokalsamfunnet.

Universitetet ble koblet inn i forbindelse med at prosjektet skulle evalueres. Vesentlige spørsmål for forskeren var: Hvordan fremskaffe informasjon som er valid, autentisk og nyttig? Vil det å samarbeide med målgruppen øke informasjonens kvalitet, pålitelighet og gjennomslagskraft? Hvordan vil fagfolk med en tradisjonell utdannelse reagere på et slikt direkte og ansvarlig samarbeid med borgerne?

Fra de evaluertes synsvinkel fremkom et nytt sett av spørsmål: Vil forskeren kun oppta vår tid, pumpe oss for informasjon og så la oss sitte tilbake med noe som ikke er brukbart? Kan vi uten videre overlate til forskeren å tenke og bekymre seg om hva som måtte gagne vårt arbeid? Hvordan kan utenforstående skjønne hvilke saker som er viktige for ledere i vårt lokalsamfunn? Kanskje vil forskerne lære fra oss, men hva vil vi lære fra de?

Mistilliten til det etablerte ble av en av deltakerne i prosjektet uttrykt slik:

> «Many of us recognize that we have been degraded because our communities and our roles as citizens have been surrendered to the control of managers, therapists and technicians. We forget about the capasity of every single one of us to do good work.».

Professor Kelly, som har stått for evalueringen, foreslo at evalueringen skulle søke å dokumentere utviklingen av lederskap. I stedet for at en utenforstående ekspert kom inn i prosjektet for å bedømme lederne etter såkalte 'objektive' kriterier (d.v.s kriterier som er fastsatt av andre) ville han initiere et samarbeid med målgruppen og gi målgruppen innflytelse over valg av fokus for evalueringen, hvilke metoder som skulle anvendes og hvordan en skulle definere lederskap. På denne måten kunne lederskap bli i samsvar med kulturelle normer og forventninger om medbestemmelse og personlig kontroll. Det ble antatt at dersom en lyktes i å realisere den latente styrken i et slikt samarbeid, ville en også kunne skape infrastrukturer som kunne fremme prosjektets videre utvikling og generere mere samarbeid.

Ekspertens rolle ble å facilitere reaksjoner på spørsmål som ble stilt, i den hensikt å generere nye spørsmål som i sin tur kunne stilles og forstås i samarbeid med brukeren.

Ved å gi anerkjennelse for det som allerede var oppnådd, ble der skapt muligheter for å bygge videre på resultatene. En antok videre at å dokumentere utvikling av ledere på denne måten, ville øke engasjementet i befolkningen og stimulere til en øket oppmerksomhet og bevissthet om lokalbefolkningens egne positive ressurser.

«If the collaboration has been in fact ecological, the DCP staff, the members of the Community Research Panel, and the University researchers would all have gained new informational, ideological, and spiritual resources that were not present when work began. It is hoped that we will gain individually and collectively. It is hoped that new interdependencies, new policies, new ways of worrying, and new forms of organizing can be tried out and evolved for the next generation of community organizers, community leaders, and research investigators.» Kelly 1992[ix].

Grønland/Nedre Tøyen prosjektet 1978-82.

Også i Norge har det forekommet at en gruppe fagfolk går inn i en bydel for å organisere interesserte beboere til felles innsats for nærmiljøet sitt. Et eksempel på dette er Grønland/Nedre Tøyen prosjektet i perioden 1978-82. Prosjektet ble muliggjort gjennom økonomisk samarbeid mellom Oslo kommune, Norges kommunal - og Sosialhøgskole og flere departementer. Grønland/Nedre Tøyen området var på den tiden karakterisert av rask avfolkning (innbyggertallet sank i perioden 1968 - 78 med 33 prosent), få grøntarealer og naturlige lekeområder for barn, akselererende forfall i kommunale og private leiegårder, betydelig boligspekulasjon, forurensnings og støyproblemer som følge av den sterke trafikkøkningen, stort innslag av eldre, enslige og innvandrere i befolkningen og lavere gjennomsnittsinntekter enn i byen forøvrig.[x]

Prosjektet, ledet av sosionom Laila Kjelman, ville bidra til en pedagogisk prosess der prosjektmedarbeiderne i samarbeid med lokale krefter tilegnet seg ny kunnskap ved å løse konkrete arbeidsoppgaver. Ved hjelp av organisering og medvirkning ønsket en å sette de berørte i stand til å fremme sine krav og arbeide for en realisering av disse, innenfor de rammene som et lokalt initiativ setter. De viktigste overordnede målene for prosjektet var:

– bidra til økt samhold, trivsel og miljø i området, det man forbinder med et godt sosialt nettverk.
– å forbedre den offentlige service i området.
– å styrke lokaldemokratiet ved organisering av beboergrupper med sikte på økt medvirkning og større gjennomslagskraft overfor myndighetene.
– å fremme kravene til svakstilte grupper.

Prosjektet omfattet også helsearbeid. Dr. Ida Hydle var ansvarlig for delprosjektet 'Eldre, ernæring og helse', det ble opprettet et 'kostkops', og en helsegruppe for pakistanske kvinner.

Arbeidet gav resultater på mange områder. Bl.a. kan nevnes at det ble startet en beboerforening, og foreningen fikk sin egen avis, «Grønlandsposten» med ca 4 nr. pr. år. Det ble dannet eldretreff og startet tiltak for barn og unge. I samarbeid med beboerforeningen gjennomførte prosjektet i 1980 en boligundersøkelse som fikk stor mediaomtale og som førte til at kommunen vedtok en tilleggsbevilgning på 10 mill kroner til istandsetting av kommunale gårder. Undersøkelsen førte også til en effektivisering av kommunens boligtilsyn. Lokalene i Grønland 28 ble i løpet av prosjektperioden pusset opp, og ble brukt (og brukes fortsatt) som et uformelt bydelshus. Flere av tiltakene som ble satt igang i prosjektperioden lever videre også i 1998.

Prosjektet erfarte at sjansene for å aktivisere beboerne økte når:

– interesseorganiseringen foregår i et relativt lite og naturlig avgrenset geografisk område.
– avfolkningen ikke har kommet for langt og utflyttingen ikke er større enn at det fortsatt er en viss stabilitet i lokalmiljøet.
– det finnes et tilstrekkelig antall beboere med noenlunde like holdninger, verdier, økonomi m.v som gjør det forholdsvis lett å finne fram til felles interesser og danne en representativ og sammensveiset beboerorganisasjon.
– problemene i området er så store at folk finner det bryet verdt å bruke sin fritid sammen med andre for å forsøke å rette på forholdene.
– beboere av økonomiske og andre årsaker ikke ser flytting til andre bydeler som noe reelt alternativ. Når alternative løsninger ikke finnes, blir det nærliggende å forsøke å gjøre noe med den foreliggende situasjon.

Thyness skriver i en artikkel om prosjektet at sit: «Til sist vil mulighetene for å lykkes i høy grad bero på at beboerne har tillit til prosjektmedarbeiderne og deres motiver for å etablere seg i bydelen. For Grønland/Nedre Tøyen prosjektet var prosjektlederens utpregede lederegenskaper og evne til å skape respekt og tillit av største betydning for arbeidet.»

Evalueringen viste at til tross for mange gode resultater på andre områder, klarte prosjektet aldri å etablere et omfattende og langvarig samarbeid med de mange innvandrergruppene i bydelen.

En grunn til at en i så liten grad klarte å mobilisere innvandrermiljøene kan være forhold rundt kontaktetableringen. Denne foregikk ved at skriftlig informasjon om prosjektet ble lagt i alle postkasser i området. Dessuten ble beboerne i halvparten av gårdene oppsøkt og intervjuet. Hensikten med det oppsøkende arbeidet var både å presentere prosjektet for beboerne, innhente informasjon om hvilke ønsker, behov og problemer beboerne var opptatt av, og sist men ikke minst å finne ut beboernes interesse for å gjøre noe med dette i samarbeid med andre i strøket.

En slik tilnærming forutsetter, i tillegg til at målgruppen har de nødvendige språkkunnskaper, at de 'moralske betingelsene for dialog'[2] er oppfylt, d.v.s.

1. alle involverte har en opplevelse av at de blir lyttet til
2. den nødvendige tillit til at folk virkelig mener det de sier er tilstede
3. at en kan akseptere hverandres meninger

At slike betingelser er oppfylt i forhold til etniske minoriteter er ingen selvfølge. Det tar tid å utvikle den nødvendige tillit, folk må erfare at de blir lyttet til og at deres meninger tas på alvor.

At en ikke fikk den ønskede kontakten med innvandrermiljøene kan videre ha sammenheng med at de faktorene som øker sjansene for å lykkes i aktiviseringsarbeidet er mangelvare i mange innvandrermiljøer i Oslo indre øst. Ofte er der lite stabilitet i innvandreres nærmiljø og deres naturlige nettverk følger ikke bydelsgrensene. Blant de mange ulike etniske gruppene er der svært divergerende holdninger og verdier. Mange opplever at deres materielle situasjon, selv om den er vanskelig, er bedre enn hvor de kom fra. Det betyr ikke at de ikke har mange problemer, men de er ofte av en annen karakter. Overfor hjelpeapparatet har mange vansker med å formulere sine problemer på en slik måte at det blir forståelig for hjelperen. Dessuten er det for mange vanskelig i vårt kompliserte system å finne fram til en hjelper som ser det som sin oppgave å arbeide med nettopp deres problem. Ikke minst krever det stor grad av kulturkunnskap å vite hvordan en kan utløse den nødvendige hjelp, som i stor grad er begrenset av behovsprøving og etablerte kriterier. Dette kan lett skape følelser av motløshet og hjelpeløshet. Hjelperen på sin side opplever ofte at deres grunnlag for å yte hjelp svikter. Dette kan føre til frustrasjon og i verste fall at klienten blir klandret for situasjonen.

Primærmedisinsk verksted 1994-1997.

Primærmedisinsk verksted var i perioden 1994-98 et prosjekt i Bydel 6, Gamle Oslo hvor en forsøkte å ta grep om nettopp disse problemene. Prosjektet ble mulig gjennom midler fra Miljøbyen Gamle Oslo, og ble evaluert av Byggforsk.[xi xii xiii]

En hovedmålsetting i prosjektet var å utvikle tilnærminger som kunne oppleves som meningsfulle i en flerkulturell sammenheng, samtidig som tilnærmingene var relevante ut fra faglige kriterier. En konsentrerte seg om 4 innsatsområder: Helse

2. Begrepet 'moralske betingelser for dialog' eller 'moral conditions under which language practices are possible' ble ifølge Prof. Rom Harre, Oxford introdusert av Antony Holiday 1988, i hans bok Moral Powers. Det har ikke vært mulig å sjekke denne kilden.

som kommunikativ kompetanse, ernæringsproblematikk med spesiell vekt på fjernkultur, samarbeid med 2. og 3.linjetjenesten og smittevern.

Helt fra oppstart av prosjektet ble det ansett som vesentlig å etablere et samarbeid med representanter for innvandrerbefolkningen. Det ble ansatt en indisk kvinne med lang erfaring som tolk i hjelpeapparatet, og hun fikk i oppgave å forsøke å etablere kontakt. Etter 1/2 år lyktes det å etablere en gruppe som bestod av pakistanske kvinner som var interesserte i sin egen og sine barns helsetilstand. I stedet for å fortelle de hva de burde gjøre ut fra vår 'forutforståelse' av situasjonen, ble kvinnene invitert til å utarbeide et kokekurs hvor de skulle undervise norske helsearbeidere og andre interesserte i tradisjonell pakistansk matlaging. Gjennom de forberedende aktivitetene oppstod en arena for gjensidig læring, og tilliten til prosjektet ble gradvis etablert. 10 mnd etter at gruppen ble opprettet ble det første kokekurset avviklet. Tilbakemeldingen fra deltakerne var svært god, og som et resultat av dette begynte kvinnene nå å etablere sine egne grupper for å videreformidle informasjonen de hadde fått underveis. Evalueringen på dette tidspunktet viste at kvinnene gjennom denne form for aktivitet ikke bare hadde utvidet sin forståelse for kostens betydning for helsen, men at de faktisk hadde lagt om kostholdet slik at de nå spiste mindre fett, og at andelen umettet fett var øket. Dessuten hadde opplegget ført til mere selvtillit, at de følte seg mere kompetente som foreldre, de kom ut av en ellers isolert tilværelse, språkferdighetene økte og interessen for medbestemmelse likeså. Etter hvert var det flere av kvinnene som kom ut i jobb eller arbeidsmarkedstiltak. Disse positive 'bivirkningene' ble etter hvert så fremtredende at de påvirket hele prosjektet. Etter hvert ble det også opprettet en somalisk kvinnegruppe og en 'internasjonal gruppe' hvor kvinner fra flere forskjellige kulturer deltok.

«Utvikling av «naturlige hjelpere».

De kvinnene som etablerte egne helseopplysningsgrupper fikk veiledning av prosjektleder og det ble i samarbeid med kvinnene utviklet et konsept for 'naturlige hjelpere', d.v.s. ikke-faglærte personer, gjerne med etnisk bakgrunn, som har naturlige kvalifikasjoner og interesse for å samarbeide med fagfolk om helsefremmende tilnærminger. Etter hvert som aktivitetene bredte seg, var det nødvendig å innføre en symbolsk medlemsavgift for de som ville delta i grupper. I perioden jan - okt 1996 hadde 76 kvinner betalt medlemsavgift. 14 personer hadde oppnådd lederstatus (13 kvinner og 1 mann). Det var etablert 15 forskjellige grupper og i dette tidsrommet ble det avholdt over 230 helseopplysningsmøter. Møtene varte ca 3 timer og i gjennomsnitt deltok 6,2 kvinner på hvert møte i tillegg til 2 ledere. Kun 11 prosent av disse møtene ble ledet av profesjonelle helsearbeidere. Aktiviteten ble i stor grad organisert av prosjektmedarbeider Chanden Dhirad.

Byggforsks evaluering av dette arbeidet våren 1997, konkluderte med at kvinnenes måte å lede gruppene på var både helsefremmende og frigjørende. Det helsefremmende ble knyttet til at kvinnene gjennom aktiv dialog tilegnet seg begreper og forståelse som gjorde at de fikk mere oversikt og kontroll med egen situasjon og hverdagsliv. Det frigjørende ble knyttet til at gruppeleder gjennom å fokusere på evner og ferdigheter har inspirert deltakerne og seg selv til å se muligheter for å utvide sitt eget handlingsrom. På evalueringstidspunktet hadde 69 prosent av lederne kommet ut i jobb av ulik art (fra bussjåfør til kokke i barnehage) eller de hadde begynt på skole. Da prosjektet startet var det ingen av kvinnene som var innenfor kvalifiseringssystemet.

Kostholdsundersøkelse som speil for egne vaner:

Som en følge av at kvinnene fikk ansvar for egne helseopplysningsgrupper begynte de å stille spørsmål om hvorvidt de kunne bruke seg selv og sitt eget kosthold

som eksempel i undervisningen. Dette førte til at 6 kvinner i samarbeid med ernæringsfysiolog gjennomførte en kostholdsundersøkelse. I løpet av en uke registrerte de alt de spiste. Opplysningene ble så bearbeidet ved hjelp av 'mat på data'. Resultatene fra denne undersøkelsen viste at i gjennomsnitt inneholdt kvinnenes kost 33 prosentfett (dog med individuelle variasjoner). Dette er vanlig norsk nivå. Derimot inneholdt kosten alarmerende lite vitamin D og jern.

Videreføring av arbeidet med naturlige hjelpere:

I løpet av 1996 ble det, med midler fra Byrådsavdeling for finans og plan, i bydelen opprettet et eget prosjekt for å videreføre det påbegynte helseopplysningsarbeidet. Prosjektet har fått sin egen prosjektleder, egne lokaler etc. og arbeider bl.a. med foreldreveiledning for fjernkulturelle. Flere av kvinnene driver egne 'prosjekter'. Bl.a. kan nevnes at en gruppe pakistanske og somaliske kvinner i samarbeid med barnefysioterapeut har utviklet et tilbud til spedbarnsforeldre om å lære babymassasje. Opplegget ble så tilbudt helsestasjonene i bydelen, som en måte å stimulere mor/barn forholdet på. Siden høsten 1997 har 2 av bydelens 3 helsestasjoner hatt et slikt tilbud en dag i uken. 3 pakistanske kvinner har stått for undervisningen, deltakelsen har vært jevnt god og deltakerne, som for en stor del har vært norske kvinner, har vært svært fornøyde med opplegget.

En kvinne driver sitt eget prosjekt, «Ut av isolasjonen». Med lønnsmidler fra Oslo sanitetsforening arbeider hun med å oppsøke isolerte barnefamilier og gir hjelp på ulike nivåer, fra å undersøke fremdriften i en visumsøknad til aktiviteter med et tydelig terapeutisk tilsnitt. Hun får i dette arbeidet veiledning av prosjektleder.

En somalisk kvinne har tatt initiativ til å danne en Somalisk kvinneforening, med følgende målsettinger:

– å arbeide for at somalisk ungdom kan få hjelp til å realisere de muligheter som ligger i det å vokse opp i et flerkulturelt samfunn, og på denne måten utvikle seg til gode samfunnsmedlemmer.
– å samarbeide med skole, sosialkontor, barnevern, uteseksjon og andre innvandrerorganisasjoner for at de som arbeider i tjenesteapparatet bedre kan forstå somalisk tenkemåte, og at en sammen kan komme fram til gode løsninger.
– å organisere frivillig hjelp og kontakt med isolerte familier.

Foreningen ble opprettet juni 1998 med støtte fra Oslo sanitetsforening. Ca 100 kvinner, noen menn og mange barn møtte opp til konsolideringsmøtet. Det ble dannet eget styre, foreningen fikk sine egne vedtekter og vil i oppstartperioden ha tilhold i Primærmedisinsk verksteds lokaler.

I dag ser en følgende oppgaver for naturlige hjelpere: Når deres kunnskap har blitt trukket fram og konsolidert, og de har utviklet nok selvtillit til å være i en åpen dialog med fagfolk vil de kunne brukes til:

1. Kontaktskapere, veivisere inn i etniske miljøer som har vært utilgjengelige for fagfolk
2. Kulturfortolkere og kulturformidlere
3. Medarbeidere i behandlingssituasjoner
4. Miljøarbeidere, mobiliseringsarbeid
5. Organisasjonsarbeid

Smittevern:

Som et resultat av prosjektet er det videre opprettet et Smittevernkontor i bydelen. Dette var de 3 første årene opprettet som et prosjekt finansiert av Sosial- og helsedepartementet. Smittevernkontoret er i dag en del av bydelens helseavdeling.

Videreføring av Primærmedisinsk verksted:

Det metodiske arbeidet ved verkstedet har vist seg å fungere godt overfor en rekke ulike miljøer, arbeidssituasjoner og problemstillinger, og prosjektet vil nå bli videreført som et fast tjenestested i et samarbeid mellom Bydel 6 Gamle Oslo, Stiftelsen Kirkens bymisjon og Oslo sanitetsforening.

Hva er det så som kjennetegner denne arbeidsmetoden?

Prosjektet tok utgangspunkt i «Solution focused brief therapy«, en familieterapeutisk tilnærming utviklet ved Brief Family Therapy Center i Milwaukee av Steve de Shazer og Insoo Kim Berg. Det metodiske arbeidet er beskrevet i flere sammenhenger [xiv xv xvi]. En intern evaluering våren 1997, hvor det var satt fokus på hva kvinnene selv hadde erfart hadde vært til hjelp viste at det de hadde satt størst pris på og som gjorde at de holdt ut strabasene år etter år var følgende:

Kvinnene erfarte at de ikke ble dyttet inn i en kategori 'muslimske kvinner'. De erfarte at prosjektledelsen ikke ble involvert i hvordan de levde sine liv, og at det ikke ble gjort forsøk på å 'forandre de'. Kvinnene behøvde ikke forklare hvorfor de gjorde som de gjorde. Derimot fikk de erfaring med å ta beslutninger. Det var fokus på kvinnenes egen styrke, og de ble utsatt for situasjoner hvor de kunne vise hva de var flinke til. Gjennom aktivitetene og refleksjonene rundt disse fikk de tak i sine 'glemte erfaringer'. Dessuten hjelp det å snakke med en person fra en annen kulturkrets.

Denne erfaringen kan sees i lys av det metodiske arbeidet ved verkstedet: Gjennom arbeid med konkrete spørsmål har en søkt å skape en orientering mot detaljer i deltakernes egne forslag til løsning i stedet for å fokusere på problemer. Gjennom en felles refleksjon omkring det som allerede har vist seg å gi resultater har ressurser og mestringsstrategier blitt trukket frem. I denne prosessen forsøker lederen å innta en interessert, ikke-vitende holdning, og en forsøker å være tilbakeholden med å gi konkrete råd. Dette er forskjellig fra den vanlige holdningen hvor hjelperen fremstår som ekspert på den hjelpsøkendes problem.

Prosjektleder hevder at en annen vesentlig grunn til at prosjektet ble såvidt vellykket var at det hele tiden ble arbeidet på ulike nivåer. I tillegg til å utvikle «naturlige hjelpere» ble det satt igang et omfattende undervisningsopplegg for ansatte i hjelpeapparatet i løsningsorienterte tilnærminger. I prosjektperioden ble det holdt 110 kursdager for ulike grupper fra bydelens tjenesteapparat. Etter hvert ble en av de naturlige hjelperne dratt inn i undervisningen og bidrog i høy grad til en øket forståelse for andre tenkemåter og for det hensiktsmessige i å lytte til og utvikle brukernes egne løsningsforslag. Evaluering av dette undervisningsopplegget viste at å fokusere på løsning og ikke på problem ble opplevd som en lettelse. Mange gav uttrykk for at de mestret arbeidsoppgaver bedre enn før, særlig overfor pasienter med sammensatte problemer og kompliserte livssituasjoner. Ved på denne måten å introdusere en modell som gir rom for klientenes egne løsninger skaptes en situasjon hvor det også ble rom for samarbeid med de 'naturlige hjelperne'. Det metodiske opplegget ble forsøkt styrket ved at en i samarbeid med 2. og 3.linjetjenesten arrangerte seminarer hvor en søkte å reise en diskusjon om ekspertenes rolle, om forutsetninger for endring og hvordan 'bedring' kan defineres.

Ikke bare en dans på roser!

Både i Grønland/Nedre Tøyen prosjektet og i Primærmedisinsk verksted har en erfart at utviklingsarbeid som bygger på en nærmiljøstrategi og medvirkning fra lokalbefolkningen støter på sterke motkrefter. Problemene kommer klart til syne i 3 vesentlige spørsmålsstillinger som Anne Sæterdal reiste i 1983[xvii]:

> «Hva gjør vi når det vi arbeider med blir brukt som «reklame» for at det offentlige gjør en god innsats, og realiteten er at området har vært neglisjert av det offentlige i en årrekke?
>
> Hva gjør vi når forsøkene «heter» medvirkning/demokratisering og det samtidig bygges inn retningslinjer, tidsplaner, ressursrammer og styringsformer som virker kontrollerende?
>
> Hva gjør vi når forsøksresultat blir bortforklart, f. eks. ved at det stilles eksakthetskrav og generaliseringskrav til resultatet, som hører hjemme innen helt andre typer kunnskapsproduksjon?»

Der er ingen opplagte svar på disse spørsmålene. Med bakgrunn i de erfaringene en har gjort ved Primærmedisinsk verksted vil jeg likevel gi noen kommentarer:

At vellykket prosjektarbeid blir brukt som reklame for at det offentlige gjør en god innsats er neppe betenkelig. Tvert imot kan det være uttrykk for at prosjektet har lykkes i å skape en situasjon hvor alle er vinnere. Dette er både ønskelig og viktig for at prosjektet skal leve videre. Det er forholdet til siste del av spørsmålet som er problematisk: «.. og realiteten er at området har vært neglisjert av det offentlige i en årrekke». Ved Primærmedisinsk verksted har vi forholdt oss til dette som om «det offentlige» mener det de sier og at også «det offentliges stemme» er verdt å lytte til. Vi har forsøkt å ta byråkratene på ordet, og på denne måten søke å utvikle 'moralske betingelser for dialog' (se s.7).

Hva gjør vi så når forsøkene «heter» medvirkning og det samtidig bygges inn retningslinjer, tidsplaner, ressursrammer og styringsformer som virker kontrollerende? Det offentlige tjenesteapparatet har en lang tradisjon på 'tjenesteyting'. Dvs at tjenester tilbys ut fra behovsprøving, og tjenestenes omfang tilpasses et sett av vedtatte kriterier. Gjennom kartleggingsarbeid forsøker en finne fram til de svakeste gruppene for å kunne gi mest hjelp til den som trenger det mest. Utviklingsarbeid følger en annen logikk. I utviklingsarbeid vil en finne ut hva folk er interesserte i å gjøre, hvilke mål de vil bruke energi på å realisere og så gi støtte til dette. Drivkraften er folks egen interesse for saken. Dersom en virkelig skal nå fram med hjelpen til de som trenger det mest må en ofte arbeide med tilgrensende områder. I utviklingsarbeid kan en derfor stå overfor et mylder av aktiviteter som for byråkraten virker ukontrollerbart. Det er derfor viktig at prosjektlederne har evne til å reformulere og til å forhandle fram en forståelse av aktivitetene som kan tilpasses allerede eksisterende planer.

Det blir hevdet at aktiviteter som er motivert av sosiale bånd, å utvikle ferdigheter og å hjelpe andre passer inn i organisasjoner hvor beslutninger tas i fellesskap, hvor det er åpenhet i ledelsen og hvor prosjektarbeid står høyt i kurs.[xviii] Dersom ledere derimot ser det som sin viktigste oppgave på ulike måter å utøve kontroll vil denne type arbeid ofte bli skadelidende. Dersom lederne forlanger at de profesjonelle hjelperne skal sette seg konkrete mål for sitt eget arbeid, vil det videre bli lite plass for deltakelse fra de som skal hjelpes. For Primærmedisinsk verksteds vedkommende ble det en løsning at prosjektet videreføres som et samarbeid mellom Bydel 6, Gamle Oslo, Stiftelsen Kirkens Bymisjon, Oslo og Oslo sanitetsforening. Et slikt samarbeid, hvor frivillige organisasjoner står sentralt antas å gi mere rom for innflytelse, forhandlinger og felles beslutninger.

Til det siste spørsmålet, «Hva gjør vi når forsøksresultat blir bortforklart, f. eks. ved at det stilles eksakthetskrav og generaliseringskrav til resultatet, som hører hjemme innen helt andre typer kunnskapsproduksjon?» må det vel sies at jo tydeligere en kan relatere sitt arbeid til etablerte paradigmer, jo lettere er det å bli hørt. Primærmedisinsk verksted har hatt som mål å skape et 'unntak'. Fokus har hele tiden vært på frigjørelse og endring. Ved å bygge videre på allerede etablert kunnskap om sosiohistoriske forhold har vi forsøkt å finne fram til hva som synes å virke, og så

gjøre mere av dette. Gjennom en omfattende intern såvel som ekstern evaluering, har en så kunnet konsolidere den kunnskap som har blitt utviklet. I prosessen har skjulte begrensninger blitt synliggjort og hindringer blitt bearbeidet. Dette plasserer prosjektet innen paradigmet 'kritisk teori'[xix]. Det handler om å finne fram til målsettinger som de deltakende er villige til å investere energi i for å realisere, og det handler om praktisk anvendbar hverdagskunnskap som kanskje kan inspirere andre til å sette igang liknende prosjekt. I dette arbeidet er det ikke så mye et spørsmål om hvilke aktiviteter, men hvordan et samarbeid initieres, hvordan samarbeidet organiseres og hvordan en kan skape en felles forståelse for resultatene. Dette handler om verdier som er skapt og som nyskapes gjennom sosiale prosesser, - ikke facts i en naturvitenskaplig forståelse av ordet. I stedet for å snakke om 'generaliserbarhet' blir nøkkelordet 'overførbarhet'.

Nærmiljøarbeid av den typen som er referert over er avhengig av idealistiske fagfolk som er villige til å ta på seg mye ansvar med liten eller høyst uklar makt og myndighet. Thyness skriver i sin artikkel om Grønland/Nedre Tøyenprosjektet, Sit: «Lokalsamfunnsarbeideren kommer lett mellom barken og veden. På den ene siden ser myndighetene nødvendigheten og fordelene ved «hjelp til selvhjelp«-tiltak, forbedret service og alternative løsninger. Lokalsamfunnsarbeidet blir hilst velkommen når det løser aksepterte problemer og når det bidrar til effektiv utnyttelse av de offentlige ressurser ved å sørge for at ytelsene når dem som har de største behovene for hjelp.

På den andre siden utfordrer (slike) grasrotprosjekter troen på at administrasjonen og planleggerne alltid vet best, og at det formelle politiske systemet fungerer godt nok. Sit. slutt.

Utfordringene er mange, og det er lett å stange hodet i veggen. De som arbeider med denne type prosjekter vil trolig ha mye å lære av de muslimske kvinnene som har vært engasjert i Primærmedisinsk verksteds arbeid. Deres holdning er at tålmodighet er en dyd, og deres hengivelse til det de tror på utløser uante krefter.

En mye omtalt leder i Lancet[xx] hevdet at epidemiologien har latt seg drive mot de marginale og enkelt målbare biologiske størrelser på bekostning av de store og viktige spørsmål for folkehelsen.

Jenum[xxi] reiser i et debattinnlegg i Tidsskrift for Den norske lægeforening spørsmålet, Sit: Er det i orden at samfunnsforskere og samfunns- og sosialmedisinske institutter beskriver sosial ulikhet og helse generelt og vår pasientpopulasjon spesielt, og deretter toer sine hender? Mens de det angår venter på politikernes eventuelle fremtidige fornuftige samfunnsmessige vedtak og tiltak, venter legene på fastlegeordningen, som forsterker lønnsomheten i kjappe, enkle konsultasjoner og svekker samfunnsmedisinen ytterligere.

Samfunnsmedisineren med sin posisjon i den administrative forvaltningen peker seg ut som en mulig initiativtaker, 'beskytter' og tilrettelegger for den type helsefremmende virksomhet som er beskrevet over. Vil utfordringen være for stor?

Referanseoversikt:

[i] Dahl E: Sosial ulikhet i helse: Artefakter eller seleksjon? FAFO-rapport 170, 1994

[ii] Thelle, Dag: Sammenheng mellom sosial status og helse, i Oslohelsa, utredningen om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene (Rognerud og Stensvold, red.) Ullevål sykehus, klinikk for forebyggende medisin.

[iii] Wilkinson R; Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality. Routledge 1996.

[iv] Berkman, LF The role of social relations in health promotion. Psychosomatic research 57: 245-54. 1995

[v] Wallerstein N: Empowerment and health: The theory and practice of community change. Community Development Journal Vol 28, no3, s 218-227

[vi] Rappaport J: Terms of Empowerment/Exemplars of prevention: Toward a Theory for Community Psychology. American Journal of Community Psychology, Vol 15, No2, 1987

[vii] Minkler M et coll: Social support and social action organizing in a 'grey ghetto': The Tenderloin experience. Int'l. Quarterly of Community Health Education,3(1), 1982-83

[viii] Agboatwalla M, Akram D S: An Experiment in Primary Health Care in Karachi, Pakistan; Community Development Journal, Vol 30 No 4 1995.

[ix] Kelly, James G: Ecological Inquiry and a Collaborative Enterprise: A Commentary on «The Chicago Experience», presented at a symposium «African American Leaders: Research as a Collaborative Process» at the 100th annual meeting of the American Psychological Assosiation, August 16th, 1992, Washington D.C. (upublisert)

[x] Thyness, Paul A: Hjelp til selvhjelp for en bydel - Grønland/Nedre Tøyenprosjektet 1078-82. Sosiologi i dag, no 2 1986, s 55-74

[xi] Søholt, S: Primærmedisinsk verksted - kartlegging av erfaringer med en pakistansk/norsk helseopplysningsgruppe. Byggforsknotat nr.1, 1996

[xii] Bakke, K.M og Søholt, S: Kommunikativ kompetanse i praksis - en evaluering av Primærmedisinsk verksteds opplæring av helsearbeidere. Byggforsknotat nr. 18, 1996

[xiii] Søholt, S: Helsefremmende ledelse - en evaluering av gruppeledere med innvandrerbakgrunn. Prosjektrapport nr. 225, 1997. Norges byggforskningsinstitutt.

[xiv] Aambø A: Tasteful Solutions: Solution-focused work with groups of immigrants. Contemporary Family Therapy, 19(1), Mars 1997, s 63-79.

[xv] Aambø, A: Helseopplysning til innvandrerkvinner - når rollene byttes om. Ernæringsfysiologen Nr 3, 1995 s 6-12.

[xvi] Aambø, A: Selvhjelpsgrupper i Gamle Oslo - erfaringer gjennom veiledning av grupper. Linjer nr 1, 1997 s 24-27.

[xvii] Sæterdal, Anne: Forsøk og forsøk-fru Blom, NIBR-notat 1983:3

[xviii] Rappaport J: Terms of Empowerment/Exemplars of prevention: Toward a Theory for Community Psychology. American Journal of Community Psychology, Vol 15, No2, 1987.

[xix] Delholm-Lambertse,B. Maunsbach,M: Kvalitative metoder i empirisk sunnhetsforskning. Nord med 1997: 112: s 24-7.

[xx] Putting public health back into epidemiology. Lancet 1997; 350:229

[xxi] Jenum, AK: Sosial ulikhet og helse - og hva så? Tidsskr Nor Lægeforen nr. 7, 1998; 118;1088-9

Vedlegg 3

Japan: Folkehelsearbeid i et aldrende samfunn

Thomas Mauritzen, Sosial- og helsedepartementet

Under et opphold i Japan påtok jeg meg på nyåret 1998 å lage en beskrivelse av enkelte sider ved folkehelsearbeidet i landet, som bidrag til et kapittel om forholdene i andre land i Sosial- og helsedepartementets pågående folkehelseutredning.

Folkehelsearbeid i dag et meget vidt begrep. Både på grunn av tiden til disposisjon og fordi det ofte kan være en noe omstendelig prosess å samle informasjon i Japan når man ikke kan bruke landets eget språk, valgte jeg i forståelse med departementet å legge hovedvekten på det grunnleggende folkehelsearbeid sammen med en oversiktlig orientering om det kurative helsevesen. I og med at Japan er det hurtigst aldrende samfunn i verden, var det imidlertid også naturlig å vie mye oppmerksomhet på eldrepolitikken som ledd i folkehelsearbeidet fordi den inneholder viktige elementer i så måte. Og siden den eldre andelen av befolkningen øker raskt, vil den legge stadig mer beslag på oppmerksomhet og ressurser også i folkehelsesammenheng. I den andre enden av skalaen er også utdanningssystemet en viktig faktor, som det er redegjort mer kortfattet for med vekt på forhold av betydning for folkehelsen.

Japan har i tillegg til helsevesenet et vel utviklet velferdssystem, med bl.a. universelle pensjons- og syketrygdordninger, som selvsagt også har betydning for folkehelsen. Dette er det gitt en skissemessig oversikt over som bakteppe for forannevnte temaer.

Selv visste jeg lite om japanske forhold da jeg kom til landet, og jeg har erfart at mange er i samme situasjon. Jeg har derfor som innledning til og bakgrunn for oversikten over systemene tatt med dels litt generell informasjon om land og befolkning, dels noen sentrale trekk ved helse- og sykdomsbildet, og endelig noen såkalte livsstilselementer som kan være av interesse i forbindelse med hovedtemaet.

Det meste av informasjonsinnhenting og skriving foregikk tidlig på nyåret 1998, da jeg opprinnelig hadde frist 1. mars. Da fristen senere ble forlenget, ble fremstillingen supplert i mai. Enkelte oppdateringer er gjort i august på grunnlag av opplysninger i japansk engelskspråklig presse i juli og august 1998.

Til slutt er det tatt med en oversikt over viktige referanser. Det fremgår bl.a. at jeg har fått verdifull bistand fra det japanske Helse- og velferdsdepartementet og Institutt for helseøkonomi og helsepolitikk i Tokyo når det gjelder sentrale deler av materialet. Utvalg og bearbeiding, sammen med innhenting og bruk av informasjon fra andre kilder, er mitt ansvar.

1 LAND, BEFOLKNING OG STYRESETT

Japan er om lag på størrelse med Norge medregnet Svalbard. Det er et langstrakt øyrike, ca. 3500 km. i luftlinje fra Hokkaido i nordøst til de ytterste øyer i sørvest, dvs. dobbelt så langt som Norge. Japan er et fjelland, over to tredeler er ubebodd fjell- og skoglandskap. Landet ligger for det meste i den tempererte sone, men strekker seg inn i den subtropiske lengst i sørvest. Klimaet er gjennomgående mildt med mye nedbør, men varierer en god del fra nord til sør.

Fra 1947 har befolkningen økt fra vel 78 mill. til vel 125 mill., samtidig som det her som i andre industrialiserte land har vært en omfattende flytting fra utkant mot sentrum. Resultatet har på den ene siden vært avfolking og forgubbing i utkantom-

råder, spesielt i fjerne fjellområder og i mindre øysamfunn, og på den annen en vidtgående urbanisering og befolkningskonsentrasjon i tilflyttingsområdene. Tokyo by har nærmere 12 mill. innbyggere, men utgjør sammen med andre byer rundt Tokyobukta et nærmest sammenhengende byområde med rundt 25 mill. De tre storbyområdene Tokyo, Osaka og Nagoya har vel 50 prosent av landets befolkning.

Fødselsraten var like etter krigen 4,54. Gjennomsnittlig levealder var 50,06 år for menn og 53,96 år for kvinner (1947). Barnedødeligheten var i 1947 76,7 pr. 1000 levende fødte, i 1994 var den 4,2. I 1996 var fødselsraten 1,42 (i Tokyo by er den på 1,07), blant de laveste i verden; mens gjennomsnittlig forventet levealder var 77,01 og 83,59 for hhv. menn og kvinner, den høyeste i verden. Det japanske samfunnet har den hurtigste aldringen i verden. Andelen personer på 65 og over er på ca. 15 prosent, og ventes å være ca. 27 prosent i 2025. Andelen på 14 år og under er også ca. 15 prosent. Kvinnene fikk i grunnloven av 1946 for første gang vanlig sivilrettslig status. De har nå høyt utdanningsnivå, og mange arbeider utenfor hjemmet. Men de er gjennomgående konsentrert i typiske kvinneyrker og på de lavere trinn av rangstigen. Mange kvinner slutter fortsatt i arbeid når de gifter seg eller får barn. Færre kvinner gifter seg, og giftemålsalderen er økende. For første gangs ekteskap var den 28,5 år for menn og 26,3 år for kvinner i 1995. Ett av fem første gangs ekteskap blir oppløst. Færre ektepar får barn, og i ekteskap med barn blir barna født senere.

Folkeflytting og endring i befolkningsstruktur har ført til store endringer i tradisjonelle livs- og levemønstre. Lokalsamfunn og nabolagsnettverk er under press. Storfamilie er i økende grad blitt erstattet av kjernefamilie. I mange familier er det nå bare ett barn i familien.

Japan regnes for å være et gjennomgående homogent samfunn. Velstandsutviklingen har bidratt til dette. 90 prosent av befolkningen regner seg som middelklasse. På den annen side har landet også enkelte etniske minoriteter og stigmatiserte sosiale utgrupper som fortsatt har betydelige problemer med å bli akseptert som likeverdige borgere og bli integrert i samfunnet.

Styreformen er en variant av konstitusjonelt monarki. Keiseren er symbol på staten og på folkets enhet. Nasjonalforsamlingen - *Kokkai* - har to kammer. Underhuset er det politisk viktigste. Regjeringen er ansvarlig overfor Kokkai, og er avhengig av dens støtte. Japan har tre forvaltningsnivåer, stat, fylke og kommune. Det er 47 fylker inkludert Tokyo, og ca. 3 200 kommuner av svært varierende størrelse, fra megabyer på flere millioner til småbyer og landsbyer med noen få tusen innbyggere. Tokyo står i en administrativ særstilling, men også de største byene utenom Tokyo har en spesiell status som i noen henseende setter dem i en mellomstilling mellom fylke og andre kommuner, bl.a. i enkelte folkehelsespørsmål. Det er folkevalgte forsamlinger på både fylkesnivå og kommunenivå. Fylkesguvernører og kommuneordførere blir valgt ved direkte valg. Administrasjonen på begge nivåer utfører både egne og statlige oppgaver. Tradisjonelt har Japan hatt et utpreget sentralistisk styringssett. Desentraliseringen har gått langsommere enn i vår del av verden, men har økt de senere år.

2 NOEN TREKK AV HELSE-, SYKDOMS- OG LIVSSTILSBILDET

2.1 Levealder, helse og sykdom

Den høye levealderen er i seg selv et talende uttrykk for god folkehelse. Dette er desto mer bemerkelsesverdig når en tar utgangspunkt i situasjonen i tiden etter avslutningen av 2. verdenskrig. Store deler av Japan var i ruiner, og det var stor materiell og sosial nød. Ernærings- og helsesituasjonen var prekær. Omfattende tyfus-,

kopper- og koleraepidemier rammet hardt. Tuberkulosen var fortsatt den store folkesykdommen.

I 1995 mente nærmere 82 prosent av befolkningen selv at de var ved god helse, mens vel 14 prosent sa at helsen ikke var så god og litt under 3 prosent at helsen var dårlig. Egenoppfatningen støttes av helsestatistikk. Bak den dramatiske forskjellen mellom før og nå ligger flere forhold. Det ble satt i verk systematiske tiltak for å bedre ernæringssituasjonen, med tung amerikansk hjelp. Smittsomme sykdommer ble bekjempet med omfattende vaksinasjonsprogrammer og andre tiltak. Utbredelsen av tuberkulose gikk kraftig tilbake i 1950-årene etter at det ble tatt i bruk rutinemessig skjermbildefotografering og tuberkulinprøver for hele befolkningen, samt BCG-vaksine, alt på offentlig bekostning. Det ble lagt vekt på å skaffe forsvarlig drikkevannforsyning og sterk forbedring av sanitærforholdene. Innsatsen i denne perioden la et grunnlag for folkehelsearbeid som ble videre utviklet i de følgende tiår.

Heller ikke i Japan er høy levealder et entydig tegn på god folkehelse. *Sykdomsbildet* har forandret seg. Akutte sykdommer er avløst av kroniske lidelser. Livsstils- og aldersbetingede sykdommer og plager har innfunnet seg. Man snakker gjerne om kreft, hjernelammelse og hjertekarsykdommer som de tre store «geriatriske sykdommer« eller *seijinbyo,* som rammer middelaldrende til eldre mennesker. I 1995 forårsaket de 60 prosent av alle dødsfall (hhv 28,5 prosent, 15,9 prosent og 15,1 prosent). Utviklingen av disse livsstilssykdommene har vist et noe annet forløp i Japan enn i Vesten. Magekreft var lenge den dominerende kreftformen, men i løpet av 80-årene skjedde det en kraftig økning i lungekreft mens magekreften avtok. Hjerneslag var langt hyppigere dødsårsak enn hjertekarsykdommer, men også her har det skjedd en tilnærming til vestlig mønster. Forskjeller - og deretter tilnærming - i kosthold sies å være en del av forklaringen. Lignende trekk er observert i Korea, Taiwan og til en viss grad China. - Muskel- og skjelettlidelser, inklusive benbrudd, øker med aldringen. Antallet med senil demente og alzheimer har økt betydelig, og er en av de store utfordringene i helse- og eldresektoren.

Et spesielt japansk folkehelseproblem representerer *de mange sengebundne eldre - netakirirôjin.* Langt flere skrøpelige eldre enn i vestlige land tilbringer tiden i sengen. Dette henger sammen med en japansk tradisjon som tilsa at syke og svake eldre mennesker skal holde sengen og hvile. Grunnen til at de er lagt til sengs kan være allmenn alderssvekkelse, slag eller annen sykdom, benbrudd osv. Dette fører til en ond sirkel med stadig svekkelse. Tallet på slike sengeliggende er nærmere 1 million. Mange av dem blir pleiet hjemme. Ved siden av det helseproblemet de selv representerer, er de en stor psykisk og fysisk belastning for pårørende med pleieansvar, i hovedsak kvinner, gjerne døtre eller svigerdøtre. Disse har tradisjonelt plikt til å ta vare på gamle foreldre og svigerforeldre. I dag er mange av kvinnene med pleieansvar også utearbeidende, og får dobbel belastning. Levealderen har gjort disse forpliktelsene mye mer langvarige enn før. Som det vil fremgå av oversikten senere, blir den gamle tradisjonen erstattet av et aktivt rehabiliteringssyn i moderne eldreomsorg.

Den hurtige aldringen og det store antall eldre er blitt et samfunnsproblem med store økonomiske og sosiale konsekvenser. Ikke minst i en situasjon med økonomisk stagnasjon og - nå i det siste - tilbakegang skaper disse trekkene også bekymring blant folk flest. Meningsmålinger viser at *mange er urolig* for hvordan det skal gå dem når de blir gamle og skrøpelige. Også på denne indirekte måten kan det aldrende samfunn sies å ha betydning for folkehelsen i vid forstand.

Tallet på *personer med mentale lidelser* ble i 1993 anslått til nærmere 1,6 mill. Psykiatriske pasienter har tradisjonelt vært en utsatt gruppe også i Japan, bl.a. fordi det var stigmatiserende også for familien å ha et familiemedlem med psykiske

lidelser. Det gjorde det bekvemt for pårørende å gå med på tvangsinnleggelse på institusjon. Det har vært arbeidet med holdningsendringer.

Når det gjelder *HIV og AIDS*, viser statistikken at det i april 1996 var vel 3 600 smittede personer. Det tragiske er at nokså nøyaktig halvparten av disse hadde fått smitten gjennom ubehandlede blodprodukter som følge av omfattende svikt hos legemiddelfirmaer og myndigheter på 1980-tallet. 1 227 personer hadde utviklet AIDS, hvorav 582 som følge av skandalen med forurensede blodprodukter. En rettssak anlagt mot firmaer og myndigheter i 1988 endte åtte år senere med forlik og ydmykende tilbaketog og beklagelse fra Helsedepartementets side. Det måtte en minister med uvanlig handlekraft til for å få byråkratiet til å legge alle fakta på bordet.

2.2 Økonomisk vekst - og noen livsstilselementer

Etter gjenoppbyggingen det første tiåret fulgte perioder med *økende økonomisk vekst* og tilhørende økning i levestandard. Denne utviklingen påvirket i seg selv helsetilstanden i positiv retning, samtidig som den ga grunnlag for en rekke sosiale og helsemessige reformer, bl.a. innføring av universell syketrygd og pensjonsordning i begynnelsen av '60-årene. Det skjedde deretter en sterk utbygging av sykehusvesenet og andre deler av helsestellet.

Den økonomiske veksten hadde samtidig sine skyggesider. *Miljøskadene* var betydelige, og fikk i enkelte tilfelle store og tragiske konsekvenser for liv og helse for de som ble rammet. Det var i 1996 vel 73 000 offisielt godkjente ofre for miljøforurensning. I betraktning av den lange og seige kamp mange slike ofre har måttet kjempe mot bedrifter og byråkrati for å bli anerkjent, kan det reises tvil om det offisielle tall er dekkende for virkeligheten. Etter å ha blitt godkjent, har det i mange tilfeller fulgt en ny kamp for kompensasjon og erstatning. I en av de største og mest omtalte sakene - Minamataskandalen fra 50-årene - har tautrekkingen foregått helt til ganske nylig, og mange har dødd av skadene i mellomtiden. Saken har navn etter Minamata, en by på Kyûshû der en stor bedrift skapte omfattende forurensning ved store utslipp av kvikksølv direkte i havet. Det endte med forgiftning av livet i havet, og av menneskene som spiste fisk og annen sjømat.

Bak velstandsutviklingen ligger hardt arbeid. *Det japanske arbeidslivet* har fra et helsesynspunkt både positive og mindre positive trekk. På den positive må nevnes det utbredte systemet med livslangt arbeidsforhold og dermed stor jobbsikkerhet, samt godt utbygde velferdstiltak i bedriftsregi. Dette gjelder særlig de store og middels store foretakene. Aldersgrensen i store deler av arbeidslivet har ligget rundt 60 år. Ordningen med livslang tilsetting er under press, og for første gang har spørsmålet om jobbsikkerhet nå blitt trukket inn i tarifforhandlingene. Den japanske fagbevegelsen er for øvrig bedriftsbasert, og ikke så slagkraftig som i Vest-Europa. - På den negative siden kommer lange, til dels ekstremt lange arbeidsdager, ofte sammen med lange arbeidsreiser, for mange arbeidstakere. Språket har fått et eget ord - *karoshi* - om død som følge av overarbeidelse. Det er økende oppmerksomhet om dette fenomenet. I begynnelsen av 1998 ble det for første gang i en rettssak avsagt kjennelse om økonomisk kompensasjon til de etterlatte i forbindelse med et tilfelle av karoshi. Mer fritid er nå det «livsstilsgode« som de fleste - og spesielt yngre mennesker - ønsker seg mer av.

Blant barn og ungdom gjør det seg også gjeldende visse livsstils- og sivilisasjonsproblemer av betydning for folkehelsen. Det japanske skolesystemet er sterkt eksamens- og prestasjonsorientert. (Oppbyggingen av utdanningssystemet er kort beskrevet under punkt 8 nedenfor.). Det har i hele etterkrigstiden vært lagt stor vekt på disiplin, orden og utenatlæring. Skolen gjenspeiler det japanske samfunnets

gruppeorientering og vekt på uniformitet. Klassene er gjennomgående store etter norsk målestokk - 40 elever er vanlig. Det holdes opptaksprøver ved overgang til høyere trinn på utdanningsstigen, spesielt fra og med videregående skole og oppover. Det er stor konkurranse om å komme inn på de beste skolene og universitetene. Private «puggeskoler» (*juku/yobiko*) for dem som vil ha hjelp til å forbedre karakterer og forberede opptaksprøver er en stor industri. Mange elever - til dels langt ned i grunnskolen - går på vanlig skole om dagen og på «puggeskole« om kvelden to til tre ganger i uken, særlig i byene. Det gir liten tid til lek og annen utfoldelse sammen med andre. Særlig i storbyene er det mange enebarn, og her er det dessuten mangel på lekeplasser. TV-titting og elektroniske leker blir kompensasjon for mange. Dette mønstret har en både sosial og mental side, og kan dessuten bidra til å forklare tendensen til dårligere syn og fedme blant de unge. Det siste har nok også med spisevaner å gjøre. Det må understrekes at fedme er et meget begrenset fenomen i befolkningen sett under ett. Allergi øker også blant de unge, og problemer i forbindelse med røyking, alkohol og stoffer vekker bekymring også her. Spiseforstyrrelser representerer også et problem.

Også vold og voldsrelaterte problemer er en del av skole- og ungdomsbildet. Mobbing er et erkjent økende problem - til tider med den følge at offeret tar sitt eget liv. Lærervold mot elevene og - særlig i den senere tid - elevvold mot lærerne viser likeledes stigende kurve. I følge Utdanningsdepartementet økte antall voldsepisoder i ungdomsskolen og videregående skole med nesten 32 prosent fra 1995 til 1996, en uhørt stigning hittil. I ungdomsskolen økte episoder med elevvold mot lærere nærmere 50 prosent. Politiet opplyser på den annen side at lovbrudd begått av mindreårige utenfor skolen satte ny rekord i 1997 hva angår både antall og alvorlig karakter. Skolenekt og frafall er økende. For å balansere inntrykket er det nødvendig å understreke at for mange utlendinger fortoner japanske skolebarn seg fortsatt i mange sammenhenger som uvanlig disiplinerte, konsentrerte og veloppdragne. Det må også fremheves at svært mange av dem deltar i mange aktiviteter utenom skolen, både sportslige, kulturelle og andre. En økning på over 32 prosent i antall rapporterte voldsepisoder er påfallende, men totaltallet på 10 575 må også ses på bakgrunn av et elevtall på ca. 9,3 mill i ungdomsskolen og videregående skole sammenlagt. Likevel: Det er en rekke foruroligende - mange japanere vil si alarmerende - tegn på at ikke alt fungerer som det skal, og at det bestående system er under sterkt press.

Boligområdet er det felt hvor det størst forskjell mellom japansk og vestlig standard, i japansk disfavør. Boligstandarden varierer atskillig mellom by og land, men i byene er boliger jevnt over svært dyre på grunn av tomteprisene. Derfor bor også mange langt utenfor bykjernen og får lange arbeidsreiser. Folk bor trangt etter vestlig målestokk. De bor også svært tett - tomtegrunn utnyttes maksimalt.

Når det gjelder *samferdsel,* har bilismen økt sterkt de siste årene. Det var vel 70 mill motorkjøretøyer på veiene i 1995. Av disse var rundt 40 mill personbiler. Men Japan er også et jernbaneland, der tog og T-bane er viktigste transportmiddel i de store byene. Bussnettet er også godt utbygd. I 1995 sto jernbanene for litt under 27 prosent av persontrafikken, mens personbilene sto for nærmere 64 prosent og bussene vel 9 prosent.

Det japanske *kostholdet* med stort innslag av fisk, grønnsaker og nudler, og lite fett, anses ha hatt god virkning på folkehelse og levealder, selv om det også har enkelte negative sider som lite kalsium og mye salt. Påvirkningen fra vestlig moderne matkultur er økende. De store amerikanske hurtigmat-kjedene er godt etablert over hele landet, og japanerne har også her vært flinke til å lage etterligninger. Folk spiser ute i økende grad. Over halvparten av japanerne spiser ute en eller flere ganger daglig. Til hjemmebruk er halvfabrikata og ferdigmat blitt utbredt. Det tradisjonelle kostholdet står likevel fortsatt sterkt. Interessen for mat og ernæring er

stor, og opplysningsnivået høyt, ifølge fagfolk. Programmer om matlaging - bl.a. i form av kokekunstkonkurranser - er hyppige innslag i de store TV-kanalene.

Statistikken for 1996 viser at 33,2 prosent av japanerne *røkte*. Fordelingen på menn og kvinner var hhv 55,1 prosent og 13,3 prosent. Opplysninger i forbindelse med nedsetting av et utvalg i begynnelsen av 1998 sier at røyking blant voksne menn avtar noe, mens den øker blant kvinner og ungdom. Mellom 1991 og 1996 økte det samlede antall studenter og skoleelever som røkte, med 10 prosent. Omkring 12 prosent av årlige dødsfall regnes for å være tobakksrelatert, mens vel 20 prosent av krefttilfellene og nærmere 19 prosent av blodtrykkrelaterte sykdommer anses å ha sammenheng med røyking.

Japanerne har en liberal holdning til *bruk av alkohol*, og anser den som noe positivt når den brukes med måte. Totalavhold på prinsipielt grunnlag ser ut til å være en fjern tanke. Alkoholen oppfattes som et middel til avslapning og hygge, også i hverdagen. Det er et utbredt mønster at arbeidskolleger en eller flere ganger i uken tar en tur på byen etter endt (lang) arbeidsdag. Ved slike anledninger er ytringsfriheten stor, også overfor foresatte, uten at det får konsekvenser; en kontrast til de strengt hierarkiske og disiplinerte forhold som fortsatt gjør seg gjeldende på mange arbeidsplasser. - Tradisjonelt var det først og fremst risvin - *sake* eller *nihonshu* - som ble konsumert; den har fortsatt en sterk stilling, bl.a. har den viktige rituelle funksjoner i shintoismen, Japans innfødte religion. Øl ble introdusert da landet ble åpnet for handel med Vesten i forrige århundre, og er en meget populær drikk. Etter hvert har også konsumet av druevin - importert og egenprodusert - og brennevin av vestlig type, særlig whisky, blitt utbredt. Til tross for et betydelig alkoholkonsum er leversykdommer ikke noe fremtredende trekk. Som dødsårsak figurerer de lavt - prosenten har gått ned de siste årene og ligger på 1,8 (1995). Helse- og sosialstatistikk som har vært tilgjengelig for denne oversikten sier ellers ikke noe om utbredelse og følger av det misbruk som også utvilsomt forekommer.

Narkotikaproblemet er økende bl.a. som følge av økt smugling fra kontinentet, særlig Kina, men er fortsatt mindre utbredt enn i Vesten. Spesielt har tallet på personer som har brutt opiumloven gått sterkt opp i senere år. Det vekker bekymring at mange skoleungdommer - særlig i byene - i følge meningsmålinger viser en avslappet holdning til bruk av narkotika kombinert med nysgjerrighet og lyst til å eksperimentere. Tilgjengeligheten på gaten har økt som følge av flere utenlandske langere. I 1997 ble nærmere 20 000 personer arrestert i forbindelse med bruk av narkotika, det høyeste tallet i løpet av 1990-årene.

Det er stor interesse for *sport og friluftsliv i Japan*. De tradisjonelle japanske kampsportene som judo, kendo, karate m.v. holdes i hevd, også av ungdommen, sumô er en populær publikumssport, og sportsgrener innført fra Vesten har stor tilslutning. Baseball er publikumssport nummer en, men ellers drives det både elite- og amatøridrett over hele feltet, sommer som vinter. Japans gode resultater i Nagano var ingen tilfeldighet. Hindringer for sportslig utfoldelse er knappheten på grunn og derav følgende høye arealpriser. Idrettsanlegg blir dyre, men det har likevel blitt bygd mange slike. Det er nå ca. 300 000 sports- og idrettsanlegg i landet, halvparten av dem innenfor skolen. Offentlig tilgjengelige anlegg utgjør ca. 20 prosent, og private (inkl. bedriftsanlegg) ca. 25 prosent. Når det gjelder typer anlegg er det rundt 50 000 idrettsplasser, like mange gymnastikksaler, 40 000 svømmebasseng og 30 000 tennisanlegg.

Deltakelse i de 10 mest populære formene for sport og friluftsliv i 1996 fordelte seg som følger: Gåing 24,3 prosent, gymnastikk 21,1 prosent, bowling 18,5 prosent, lette ballspill 18,3 prosent, svømming i sjøen 13,3 prosent, lett svømming 13 prosent, golf 12,8 prosent, ski 10,9 prosent, fisking 10,6 prosent og løping 7,6 prosent. Prisen på medlemskap i golf- og tennisklubber i sentrale områder kan være

prohibitive for vanlige folk. Helseklubber og -studioer er utbredt. I forhold til befolkningskonsentrasjonen har de store byene få parker og andre grøntområder.

En spesiell side ved den japanske livsstilen er *badekulturen i tilknytning til de varme kildene*. Det er nærmest utallige kurbad - *onsen* - i mange prisklasser rundt i landet, og de besøkes av millioner av japanere. Onsen er oaser for fysisk og mental oppladning i ro og fred for hele familien, og det mineralrike vannet har ofte legende eller døyvende egenskaper for ulike lidelser. Onsen er også mål for mer belivede utflukter for gutta på jobben, eller for forretningsforbindelser, ved ukeslutt.

Under livsstil må også nevnes det *store mangfold av kulturytringer* innenfor kunst og håndverk av tradisjonelt slag som fortsatt holdes i hevd tross postmoderniseringens ekspressfart. Tradisjonene slår også sterkt ut i de mange festivaler - *matsuri* - som holdes året rundt i nabolag, i byer og områder. De har ofte utspring i shintoistiske ritualer, men er vel for mange blitt fargerik folklore som skaper festlig avveksling fra hverdagen, og bidrar til å opprettholde, eller bygge opp ny, nabolagsfølelse. Men de bidrar selvsagt også til å holde fast ved røttene i en sterkt foranderlig verden. I tråd med denne tradisjonen blir det også stadig «oppfunnet« nye festivaler for å markere ulike begivenheter og formål på en lang rekke områder, bl.a. innenfor helse- og sosialområdet som nevnt nedenfor. Her gjøres det en stor frivillig innsats.

Det er i de senere år bygd et *stort antall kultur- og aktivitetshus* rundt i landet. De er sentre for allsidig virksomhet for folk i alle aldre. Disse sentrene er viktige når det gjelder å opprettholde og videreutvikle sosiale nettverk i en tid med små familier, særlig i byene. Japanerne kan også glede seg over stor rikdom i kulturtilbudene, både innenlandske og en stadig strøm av gjesteopptredener og utstillinger m.v. fra alle deler av verden, ofte av ypperste merke.

Inntrykket av en aktiv livsstil bestyrkes av en *omfattende innenlandsk turisme* i tillegg til reisene utenlands, ikke minst av pensjonister og hjemmeværende kvinner som ikke har barn å ta vare på lenger. I 1995 reiste nærmere 14 mill japanske turister til utlandet, mens det innenlands ble foretatt 187 mill personturer, eller 1,29 turer pr. person når det gjelder rene turistreiser. Det er da ikke tatt med de mange som fortsatt reiser tilbake til familiens hjemstavn i nyttårs- og sommerferien for å treffe slekt og å hedre forfedrenes minne med besøk på gravsted og andre ritualer.

Når det gjelder *religion*, er de to viktigste retningene shintoisme og buddhisme. Den førstnevnte er Japans innfødte religion med røtter tilbake i forhistorisk tid, mens buddhismen først ble introdusert fra Kina på 500-tallet. Begge disse religionene har spilt en stor rolle religiøst, kulturelt og politisk gjennom historien. Kristendommen har aldri fått noen stor utbredelse i Japan tross perioder med aktiv misjonering. Etter meningsmålinger å dømme, er Japan langt på vei et sekularisert samfunn: Omkring to tredeler av befolkningen gir uttrykk for at de ikke har noen tro. På den annen side sier 70 prosent av disse ikke-troende at religiøs følelse er viktig. Og statistikken viser at shintoismen har 117 mill tilhengere, buddhismen 90 mill og kristendommen ca. 1,5 mill, til sammen langt flere enn landets befolkning. Tallene sier på den ene siden noe om den tradisjonelle japanske tendens til synkretisme eller religionsblanding. De kan ha et forhold til mer enn én religion, og blander elementer fra flere. Dette illustreres av at det i mange hjem fortsatt er to alter - et buddhistisk *butsudan* for å hedre og tilbe forfedrenes minne, og et shintoistisk *kamidana* for tilbedelse av shintoistiske guder eller ånder - *kami*. De to religionene har tradisjonelt også stått for en form for arbeidsdeling når det gjelder sentrale begivenheter i livet: Shinto-templene tar seg av ritualer i forbindelse med fødsel, oppvekst og bryllup, mens buddhisttemplene forvalter begravelser og tilbakevendende minneritualer for de døde. For øvrig er kirkebryllup med kristent rituale blitt populært i senere år, ikke av trosgrunner, men fordi det oppfattes som romantisk og stemningsfullt. - På den annen side sier tallene også at japanerne tross manglende tro holder fast ved

religiøse ritualer ved mange viktige anledninger. Det må videre tas i betraktning at begrepet «tilhengere« er noe flytende.

De mange *spillehallene* for kulespillet *Pachinko*, glorete og med høyt støynivå, utgjør en av de største fritidsindustriene i Japan. I 1994 hadde de en omsetning på 30 billioner yen. Populariteten kan skyldes at det er forholdsvis få muligheter for legal spillevirksomhet i Japan.

3 HOVEDELEMENTER I DET JAPANSKE VELFERDSSYSTEMET

Retten til en anstendig minstestandard i sosial velferd og helse er grunnlovsfestet i Japan. Grunnloven av 1946 pålegger også staten på alle områder å beflitte seg på å fremme og utvide sosial velferd og sikkerhet, samt folkehelse. I tiårene etter krigen er det vedtatt en lang rekke lover og iverksatt mange tiltak i tråd med denne forpliktelsen på både det sosiale og det helsemessige området. Japan er ikke, og har heller ikke tatt sikte på å bli, en velferdsstat i skandinavisk betydning. Det er en uttalt målsetting å hindre at utgiftene til helse og velferd kommer opp på nord-europeisk nivå, selv når aldringen når sitt høyeste. Men landet har likevel langt på vei et godt utbygd velferdssystem som gir innbyggerne grunnleggende trygghet på vesentlige områder. Utgiftene til sosial sikkerhet i vid forstand har likevel økt betydelig de senere år, også relativt som del av netto nasjonalinntekt. I 1985 utgjorde de 19,50 prosent, i 1990 19,8 prosent og i 1994 22,3 prosent. (I sosial sikkerhet inkluderes i denne forbindelse bl.a. helse, sosialforsikring i form av syketrygd, pensjoner og ledighetstrygd, støtteordninger som sosialhjelp m.v.).

Sentralt i velferdssystemet står følgende:

Et universelt syketrygdsystem grovt sett inndelt i to hoveddeler - en for arbeidstakere, og en for ikke-arbeidstakere. Syketrygdsystemet er premiebasert, men med tilskudd fra det offentlige. Det har større innslag av egenandeler enn tilfellet er i Norge. Det er tre karensdager, maksimal sykepengeperiode er seks måneder, og dekningsgraden er 60 prosent (40 prosent hvis man ligger på sykehus) - Fødselspenger med 60 prosent i 98 dager går under syketrygden.

- *For eldre* på 70 og over, samt for pleietrengende mellom 65 og 70, gjelder *en egen helsetjenesteordning* med bidrag fra såvel de to syketrygdordningene som det offentlige, samt egenandeler. (Nærmere omtalt nedenfor).
- *En universell pensjonsordning* i to hoveddeler: en *grunnpensjon* for alle fra en nasjonal pensjonsordning, og en *inntektsrelatert pensjon* for arbeidstakere. Den sistnevnte omfatter en rekke forskjellige pensjonskasser. I prinsippet er begge ordningene premiebasert, men det offentlige gir tilskudd, særlig til den nasjonale pensjonsordningen. Ytelsene er i hovedsak alderspensjon, uførepensjon, etterlattepensjon og gravferdshjelp.
- *En premiebasert ledighetstrygd* (fra 1975 kalt «sysselsettingstrygd«) som omfatter dagpenger og en rekke andre ytelser og virkemidler, både personrettede og strukturelle. Dagpengeordningen er klart mindre generøs enn den norske.
- *En yrkesskadetrygd* som dekker sykdom og skade forvoldt både i arbeidet og på vei til og fra arbeidet.
- *Et jevnt over godt utbygd helsevesen*, dels i offentlig, dels i privat regi (nærmere omtalt nedenfor)
- *Lov om sosialhjelp*, som bl.a. omfatter hjelp til livsopphold, bolig, helsetjenester, utdanning m.v.
- Lovverk om tiltak for *funksjonshemmede*, bl.a. med bestemmelser om egne pensjoner for alvorlig funksjonshemmede
- *Inntektsprøvde støtteordninger for barnefamilier* (langt mer beskjedne enn den

norske barnetrygden)
– *Niårig obligatorisk grunnskole* og et godt utbygd utdanningssystem for øvrig (omtales nærmere nedenfor)

4 ALDRING, ELDREOMSORG OG FOLKEHELSEARBEID

4.1 Helsetjenesteordning for eldre og middelaldrende

Eldrespørsmålet sto langt oppe på dagsorden allerede tidlig i 1970-årene, slutten på en periode med kraftig økonomisk vekst da det ble iverksatt en rekke nye tiltak innen helse og velferd. 1973 ble erklært som det «første velferdsåret«. Det ble markert med et håndslag til de eldre - og deres pårørende. Eldre ble fritatt for egenandel (betalt av det offentlige) ved innleggelse på sykehus. Det resulterte i en sterk økning i antall innleggelser, og ditto i antall liggedager pr. pasient (som for øvrig gjennomgående i alle fall er høyere enn i Vesten). Dette må for en del ses på bakgrunn av japansk tradisjonell holdning. Å ta vare på de eldre har vært oppfattet som familiens ansvar. Derfor kviet mange seg for å benytte seg av pleieinstitusjoner. Kunne behovet defineres som et medisinsk anliggende, med innleggelse på sykehus som løsning, var det derimot akseptabelt. Når det dertil ble gratis, ble sykehusløsningen en bekvem utvei for både eldre og pårørende. For mange eldre fikk sykehusene en sosial funksjon, og de pårørende fikk avlastning.

Utgiftene for såvel syketrygdsystemet som statskassen økte kraftig og skapte store bekymringer. Ulike deler av syketrygdsystemet ble ulikt rammet alt etter hvor stor andel eldre de hadde blant sine forsikringstakere. Dette skjedde samtidig med at økonomien i Japan slet med virkningen av den første oljekrisen, som også kom i 1973 og modifiserte velferdsvisjonene ganske mye. Det endte med at fritaket ble opphevet etter ti år, og en ny ordning for å ivareta helsetjenesten for de eldre ble innført i 1983. Den står fortsatt ved lag. Ordningen er tosidig, og inneholder viktige helsefremmende og sykdomsforebyggende momenter.

Den ene delen av ordningen gjelder *dekning av utgifter for medisinsk behandling og pleie av eldre i og utenfor institusjon*. «Eldre« defineres i denne forbindelse som personer på 70 år og over, samt personer mellom 65 og 70 år som er sterkt pleietrengende, f.eks. permanent sengeliggende. Med tanke på en solidarisk byrdefordeling ble utgiftene fordelt mellom syketrygden og det offentlige etter en fast fordelingsnøkkel. Egenandeler inngår.

Den andre hoveddelen omfatter bl.a. *en rekke forebyggende og helsefremmende tiltak* som er tilgjengelige for alle som er 40 år og over. Det gjelder utstedelse av helsebok til den enkelte, opplysnings- og rådgivningsvirksomhet, samt årlig helseundersøkelse. Sistnevnte tiltak anses viktig både for å forebygge og ev. oppdage tidlig de vanligste livsstilssykdommene blant middelaldrende. Videre inngår funksjonstrening, samt besøkstjeneste i hjemmene for å veilede om hjemmepleie m.v. Utgiftene ved disse tiltakene bæres av det offentlige med en tredel på hvert av de tre forvaltningsnivåene. Kommunene er ansvarlige for gjennomføringen. Viktige sider ved ordningen er at den skal øke bevisstheten om og ansvarsfølelsen for egen helse, og forebygge problemer såvel i moden alder som i alderdom, for både den enkelte og samfunnet.

Tabell 3.1 gir et inntrykk av omfanget av noen av tjenestene i 1994.

Tjeneste/tiltak	Antall
Utstedelse av helsebok	3 137 000
Deltakere i helseopplysningskurs	11 777 000

Mottakere av helsrådgivning	8 886 000
Helseundersøkelser:	
- Allmenn helseundersøkelse	9 810 000
- Screening for magekreft	4 297 000
- Screening for livmorkreft	3 939 000
- Screening for lungekreft	6 503 000
- Screening for tykktarmkreft	4 051 000
Funksjonstrening etter sykdom m.v.	2 186 000

Kommunene er ansvarlige for disse tiltakene. Utførende instanser er helsesentrene.

I tillegg til disse undersøkelsene kommer de årlige helseundersøkelser av alle arbeidstakere som er påbudt i arbeidssikkerhetsloven av 1967.

4.2 «Gyldne planer»

Problemene innen eldrefeltet var ikke ute av verden med reformen i 1983. Den ene hoveddelen var en tilpasset syketrygdordning for den enkelte, og tjente nok et stykke på vei sin hensikt med å bremse innleggelsen på sykehus. Men det manglet alternative tjenester. Dette ble mer presserende siden aldringen fortsatte i økt tempo. *Tjenestene* måtte bygges ut. Det ble fra sentrale myndigheter lansert flere programmer og kampanjer i løpet av 80-årene for å engasjere både offentlige og private utbyggere. I 1989 lanserte Finansdepartementet, Helse- og velferdsdepartementet og Innenriksdepartementet i fellesskap «Ti-årsstrategien for å fremme helse og velferd for de eldre«, også kalt Gullplanen. I 1994 ble denne planen revidert i erkjennelse av nye og økte behov. Den reviderte plan fikke navnet Ny gullplan.

Den overordnede målsetting for Ny gullplan var å etablere et system med sikte på at eldre kan beholde sin verdighet og leve et uavhengig liv også om de blir mentalt eller fysisk svekket, og å gi hver enkelt som trenger omsorg de tjenester som er nødvendige for deres uavhengighet. I forlengelse av dette bygde planen på følgende prinsipper:

– Brukerorientert støtte
– Universalitet
– Mangfold og koordinering for å imøtekomme varierte behov for helsefremmende tiltak, medisinsk behandling og velferdstiltak sentrert om hjemmetjenester

Desentralisering - kommunale myndigheter skal være kjernen i systemet slik at tjenestene ytes i nærmiljøet

Planen la opp til en omfattende infrastruktur av tjenester i to hoveddeler, forbedrede hjemmetjenester og varierte institusjonstilbud. Det ble satt til dels ambisiøse kvantitative mål for begge områder, jf tabell 3.2.

A. Tjenester for hjemmeværende eldre	Faktiske tall 1994		Mål 1999	
Hjemmehjelpere	59 005		170 000	
Plasser for korttidsopphold	25 827	senger	60 000	senger
Dagsentre	8 643	sentre	17 000	sentre
Støttesentre for omsorg og pleie i hjemmet	2 472	sentre	10 000	sentre

Stasjoner for hjemmepleie	718	stasjoner	5 000	stasjoner
B. Institusjoner	Faktiske tall 1994		Mål 1999	
Pleiehjem for sterkt pleietrengende	216 200	senger	290 000	senger
Helseinstitusjoner for eldre (for dem som trenger pleie, funksjonstrening og rehabilitering)	139 800	senger	280 000	senger
Omsorgsboliger (ny type hjem med moderat leie innredet for rullestolbruk, og med hjemmehjelp)	23 700	senger	100 000	senger
Velferdssentre for eldre i grisgrendte strøk (små institusjoner med sammensatte tjenester innenfor helse og omsorg, og kontakt med de eldre i distriktet)	200	sentre	400	sentre

Videre er det en viktig del av programmet å stimulere utvikling og bygging av varierte boformer for eldre i tilknytning til forskjellige tjenestetilbud. Med sikte på mest mulig allsidige og varierte tjenester blir private interesser aktivt oppmuntret til å engasjere seg i utviklingen og utbyggingen av ulike helse- og velferdstilbud, bl.a. ved at restriksjonene som gjaldt for hjemmetjenester ble lempet på. Private tjenester ytes på kontraktbasis. Det legges vekt på å utvikle evalueringsordninger. Viktige deler av planen er også utvikling og bruk av tekniske hjelpemidler, spesielle tiltak for å bedre forholdene for personer med aldersdemens, bl.a. opplysning og holdningsskapende tiltak, støttetiltak i nærmiljøet og forskning, samt tiltak for å fremme forskning om aldring og helse generelt. Frivillig innsats blir oppmuntret.

Av spesiell interesse i folkehelsesammenheng, er den delen av programmet som kalles «Fornyet kampanje for å redusere antall sengeliggende eldre til null«. Navnet forteller at kampanjen har vært del av tidligere programmer, og har sammenheng med det spesielle japanske fenomen med mange sengebundne eldre. Bak denne kampanjen ligger en erkjennelse av behov for grunnleggende holdningsendringer og en helt annen offensiv tilnærmingsmåte enn den tradisjonelle. Rehabiliteringstiltak er satt på dagsordenen, programmer for å forebygge hjerneslag, benbrudd etc. er lansert, og tiltak for å fremme de eldres helse generelt i nærmiljøet skal styrkes. Dette er en viktig del av helsesenterreformen, som er omtalt nedenfor. Når det gjelder det endelig mål for denne kampanjen, regner planen selv åpenbart med lange utsikter. Den angir et faktisk tall på 900 000 sengebundne i 1992, og regner med 1 200 000 i 1999. Kampanjen kan neppe tas helt bokstavelig på dette punkt, men mer som en marsjordre om en annen og mer offensiv holdning. Erfaringene fra enkelte kommuner viser også at trenden kan snus ved nye holdninger og aktiv innsats.

Det har vært vanskelig å få oppdaterte opplysninger om i hvilken grad de kvantifiserte målene under Ny gylden plan er blitt oppfylt til nå på landsbasis. Statistikken for 1996 gir en del indikasjoner. Stasjoner for hjemmepleie var det blitt 1 374 av, mens planen tilsa 2 300. Når det gjelder hjemmehjelpere, sier statistikken for 1995 at det var 101 527, mens planen tilsa 92 482. I helseinstitusjoner for eldre var det i 1995 103 017 senger mot planlagt 165 811.

Opplysninger fra et tilfeldig valgt fylke gir en pekepinn om utviklingen senere. Det gjelder *Saitama*, nabofylke til Tokyo, som har en yngre befolkning enn gjennomsnittet for Japan pga. stor innflytting av yrkesaktive de senere år. En stor del av befolkningen dagpendler til Tokyo. Fylket har bevisst satt seg fore å utnytte sine demografiske fortrinn ved å forberede seg på aldringen i tide. Det har sin egen utgave av Ny gullplan i likhet med alle andre fylker. Resultattallene for 1997 viser forholdsvis store variasjoner, fra 38 prosent måloppnåelse for støttesentre for hjemmepleie til 87 prosent for pleiehjem for sterkt pleietrengende. Administrasjonen mener at full måloppnåelse i 1999 vil være vanskelig på flere av områdene. På institusjonssiden er en del av problemet de høye tomteprisene. Dette problemet er utbredt i hele det tettbygde Japan. I forhold til utgangspunktet i 1993 har det likevel

foregått en betydelig utbygging over hele linjen. Det understrekes at kommunene har det direkte ansvaret for utbyggingen. Fylket samordner og gir støtte og veiledning.

4.3 Flere økonomiske bekymringer - ny trygdeordning for langtidspleie

Hverken finansieringsordningen fra 1983 eller Ny gullplan har vist seg tilstrekkelige. Økonomien er og blir et hovedproblem. Med utsikt til at antall senile og andre pleietrengende eldre vil øke fra 2 mill i 1993 til 5,2 mill i 2025 har det vært maktpåliggende å styrke det økonomiske grunnlaget for en videre utbygging av tilbud. Løsningen er blitt en ny trygdeordning for langtidspleie. Den ble vedtatt av parlamentet i desember 1997, og skal settes i verk i april 2000. Ordningen skal forvaltes av kommunene. Den er obligatorisk for alle på 40 år og over, som deles i to kategorier: kategori 1 for dem som er 65 år og eldre, kategori 2 for dem som er mellom 40 og 64. Ordningen skal dekke medisinsk og annen pleie, en rekke omsorgstiltak for øvrig både i hjemmet og på institusjon, bruk av tekniske hjelpemidler m.v. Disse ytelsene dekkes også for personer mellom 40 og 64 år som trenger langtidspleie som følge av lammelse og presenilitet. - Finansieringen skjer ved premieinnbetaling (50 prosent) og offentlige tilskudd (50 prosent fordelt med 25 prosent på staten og 12,5 prosent på hhv fylkeskommuner og kommuner). Månedlig premie er stipulert til 2 500 yen fra år 2000, økende til 3 500 i 2010, alt i 1995-priser. Det forutsettes egenandel på 10 prosent for tjenester og måltider. Det stilles forventninger til at ordningen vil stimulere etablering av flere og mer varierte tilbud i både offentlig og privat regi, og at den vil bidra til å realisere de langsiktige målsettingene i Ny gullplan, med større vekt på forebyggende tiltak og rehabilitering. På den annen side advares det også mot for store forventinger. Mange er skeptiske fordi de mener at det på langt nær vil være institusjonsplasser og personell nok til å dekke behovet. Skeptikerne mener bl.a. at personellbehovet i forbindelse med fortsatt hjemmepleie av betydelig omfang langt overstiger det som er angitt i Ny gullplan.

4.4 Arbeid og egenaktiviteter

Aldersgrensen i arbeidslivet har ligget rundt 60 år, for mange også i underkant. Den såkalte livslange tilsettingen slutter formelt da, men det har vært utbredt å inngå nye arbeidskontrakter som innebærer redusert status og lønn de neste fem årene. Pensjonsalderen under pensjonsordningene for arbeidstakere har vært 60, mens den for grunnpensjonen under den nasjonale pensjonsordningen er 65 år. Den førstnevnte heves nå gradvis over et visst antall år slik at det blir sammenfall i 2013. Aldersgrensen, dvs. alder for fratredelse, er det imidlertid fortsatt bedriftene selv som avgjør. Både av økonomiske og velferdsmessige grunner er det viktig at eldre arbeidstakere får forlenget sine arbeidsforhold ut over 60 år, men det er utvilsomt viktig også i et folkehelseperspektiv.

Det inngår i Ny gullplan å fremme økt sysselsetting blant eldre, og arbeidsmarkedspolitikken har også enkelte virkemidler i så henseende. Her er også visse muligheter for kombinasjon av arbeid og pensjon. Arbeidsledigheten er imidlertid økende i Japan, og har sommeren 1998 kommet godt over 4 prosent, et høyt tall når en tar i betraktning at mange bedrifter så langt har hatt en romslig holdning til å løse overtallighetsproblemer gjennom omplasseringer m.v. Arbeidsgiversiden viser motvilje mot forhøyet aldersgrense, mens fagbevegelsen går inn for det. Alt i alt er ikke tiden gunstig for økt sysselsetting av eldre. - Mange som driver sin egen virksomhet, fortsetter å arbeide opp i høy alder når helsen er god. - En rekke kommuner har opprettet såkalte ressurssentre for eldre - der eldre, både tidligere arbeidstakere

og andre, kan få tilvist ulike typer arbeid, særlig av praktisk slag, som de får litt betaling for. Andre eldre, som trenger hjelp, kan også henvende seg hit.

Det er mange spreke eldre mennesker over 65 år. En indikasjon: En av kommunene i Tokyo baserer seg på at 88 prosent av denne aldersgruppen er friske og klarer seg fint uten hjelpetiltak, mens 6 prosent har stort pleie- og hjelpebehov, og 6 prosent kommer i en mellomstilling. Kommunene legger til rette for egenaktivitet blant de friske eldre også utenom arbeidstiltak. Og aktiviteten er utbredt og mangfoldig. Det var f.eks. nærmere 134 000 eldreklubber med nær 9 mill medlemmer i 1995, dvs. ca. en tredel av alle eldre på 60 år og over. Disse har gjerne tilknytning til velferdssentre for eldre opprettet i henhold til lov om eldrevelferd. Eldre står også for en stor del av den omfattende innenlandske turismen som er nevnt tidligere.

5 INITIATIV FOR Å GJENOPPRETTE BEFOLKNINGSMESSIG BALANSE

Den sterke nedgangen i fødselsraten i senere år har bidradd sterkt til den økende demografiske ubalansen. Effekten for samfunnet på lengre sikt vekker stor bekymring. Årsaken til de lave fødselstallene ses i flere forhold: Problemer med å kombinere arbeid og omsorg for barn, dyre boliger og trangboddhet, særlig i byene, store utgifter i forbindelse med utdanning, dårlige oppvekstvilkår i byene, mindre fortrolighet med barnestell og barneoppdragelse fra de unges side som følge av oppløsning av storfamiliene og større avstand mellom generasjonene i både geografisk og holdningsmessig betydning. Dette er i vid forstand et spørsmål om opprettholdelse av både samfunnets helse og folkehelsen på lengre sikt.

Dette var noe av bakgrunnen for at de samme tre departementene som sto bak Ny gullplan i 1994 lanserte en «Grunnleggende politikk for å støtte opp om oppfostring av barn i fremtiden», også kalt Engleplanen. Den skulle stimulere såvel bedriftene, lokalsamfunnene som samfunnet som helhet til innsats. Sentrale målsettinger var

- innføring av en ordning med omsorgspermisjon ved fødsel
- utvidelse og styrking av de lokale helsetjenestene for mor og barn for å bedre forholdene for barneomsorg i hjemmene
- mer barnevennlige boligforhold og ditto oppvekstmiljø
- realisering av et mindre rigid utdanningssystem og fremme av sunn barneoppdragelse
- reduksjon av kostnadene ved å oppdra barn

En rekke av disse tiltakene er av langsiktig karakter. Når det gjelder utdanningssystemet, er dette for øvrig et av seks områder som regjeringen har blinket ut for omfattende reform.

Som ledd i planen ble det fastsatt et femårsprogram for presserende tiltak for flere barnehager og andre småbarnsinstitusjoner, herunder også utvidede åpningstider, samt for fritidsordninger etter skoletid. Det ble satt en rekke kvantitative mål for oppfyllelse i 1999.

Sommeren 1998 ble det tatt et nytt initiativ med tanke på å øke fødselstallet i Japan. Et bredt sammensatt utvalg ble nedsatt for å vurdere tiltak som kan oppmuntre unge par til å få flere barn. Man er omhyggelig med å understreke at spørsmål i forbindelse med ekteskap og fødsler er en privat sak. På den annen side sa man fra regjeringens side at situasjonen er så alvorlig at den berører hele nasjonens fremtid. Derfor er det samfunnets plikt å fjerne hindringer som har hindret folk i å få barn, ble det fremholdt. Innstilling skal foreligge om et års tid.

Fra et skandinavisk synspunkt er det så langt et påfallende trekk ved denne politikken, at det er gjort lite for å påvirke den mannlige delen av befolkningen til å ta sin del av omsorgen for barna. Selv om en del yngre menn etter hvert tar noe mer del, er barna i det alt vesentlige et ansvar for kvinnene.

6 NOEN TREKK VED DEN JAPANSKE KURATIVE HELSETJENESTEN

Helsevesenet i Japan bærer preg av dels et klart offentlig ansvar, dels stor frihet for privat initiativ og praksis. Det offentlige tar spesielt økonomisk ansvar for helsetiltak for utkantene og for svake grupper. Grunnleggende institusjoner og tjenester i folkehelsearbeidet er også det offentliges ansvar. Dette redegjøres det særskilt for senere.

I den kurative helsetjenesten skjelner man tradisjonelt mellom tre hovedtyper virksomhet: Sykehus, klinikker og fødestuer.

Sykehusvesenet har en kjerne av statlige institusjoner. Disse omfattet i 1995 bl.a. fire *nasjonale sentre for avansert og spesialisert medisinsk behandling*, 90 *nasjonale sykehus* med allsidig medisinsk behandling og oppgaver innenfor utdanning og forskning, og 145 *nasjonale sanatorier* som gir spesialisert behandling for særskilte sykdommer som tuberkulose, lepra, alvorlige psykiske lidelser og fysiske funksjonshemninger m.v. Mens disse nasjonale institusjonene ved etableringen hadde 30 prosent av sykehussengene, har de nå 5 prosent. I tillegg til de nasjonale institusjonene er det en gruppe vanlige offentlige sykehus uten slike spesialfunksjoner, gjerne eid og drevet av lavere forvaltningsnivåer.

Det store flertall sykehus er ikke-offentlige, jf tabell 3.3. Eiere her er særlig ikke-kommersielle medisinske stiftelser (non profit medical corporations), men også rent private interesser, syketrygdkasser og andre.

	1994	1995
Totalt antall sykehus,	9 731	9 606
herav:		
Nasjonale sykehus m.v.	392	388
Andre off. medisinske institusjoner	1 375	1 372
Sosialforsikringsselskapers sykehus	135	134
Ikke-kommersielle medisinske stiftelser	4 624	4 744
Enkeltpersoner	2 349	2 110
Andre	856	858

Klinikker for ulike typer praksis er i det vesentlige private. En klinikk kan ha opptil 19 senger, men de aller fleste har ikke sengeplasser. Leger eller tannleger som oppretter klinikk, må varsle fylkesguvernøren innen 10 dager etter etableringen. Personer som ikke er lege eller tannlege, må ha samtykke fra guvernøren. Det er da meget strenge betingelser for godkjenning. Antall legeklinikker var i 1994 85 588, og i 1995 87 069. Tilsvarende tall for tannklinikker var 57 213 og 58 407.

Fødestuer skal ha mindre enn 10 senger, og er drevet av en jordmor. Fylkesguvernøren skal også her varsles innen 10 dager etter etableringen. Ikke-jordmødre må ha forhåndssamtykke fra samme myndighet. Et økende antall fødsler foregår på sykehus. Antall fødestuer har derfor gått sterkt tilbake de senere år.

Det store private innslaget i den kurative helsetjenesten må ses på bakgrunn av at det har vært fri etableringsrett for slik virksomhet. De som etablerer praksis eller sykehus har ansvaret for finansieringen, og får i utgangspunktet ikke offentlig støtte til bygg eller utstyr. Fri etableringsrett suppleres av prinsippet om fritt lege- og institusjonsvalg for pasienten. Sammen vil disse to forholdene føre til konkurranse, og dermed bedre helsetjenester for pasientene, er det synet som ligger bak.

I praksis er imidlertid etableringsfriheten blitt atskillig modifisert. Det er bestemmelser som skal hindre at sykehus gjøres til rene investeringsobjekter, og det stilles klare faglige krav for godkjenning av stiftelsene og andre sykehuseiere. Etableringsfriheten er også blitt begrenset på andre måter, jf nedenfor. - Pasientenes frie valg er i praksis noe begrenset ved at de normalt må velge mellom leger/institusjoner som er godkjent av syketrygdsystemene.

Leger og sykehus får først og fremst sine inntekter som betaling for tjenester etter fastsatte takster, et slags stykkprissystem. Takstene fastsettes av Helse- og velferdsdepartementet etter drøftinger i et rådgivende organ. Takstlisten omfatter flere hundre medisinske prosedyrer. Det fastsettes en egen prisliste for medisiner. Den omfatter mer enn 13 000 ulike legemidler. Blant problemene ved dette systemet peker myndighetene på overbehandling og overforbruk av legemidler. Det vurderes hvordan man skal komme dette til livs.

Etter en endring av loven om medisinske tjenester i 1985 er fylkene pålagt å utarbeide og iverksette planer for de kurative tjenestene med sikte på å sikre befolkningens behov på ulike områder, i lys av endrede forhold som store endringer i befolkningsutviklingen, nytt sykdomsbilde, ny teknologi, nye ønsker blant folk m.v. Fylkene er blitt inndelt i helsedistrikter med tanke på organisering av de nødvendige helsetjenester, bl.a. en tilfredsstillende sykehusdekning som utjevner forskjellen mellom områder med hhv overskudd og underskudd på sykehussenger. Det gis ikke godkjenning for opprettelse av nye sykehus eller utvidelser i «overskuddsområder«. Et annet ledd i omdanningen av sykehusvesenet har vært å restrukturere de nasjonale sykehusene for å tilpasse dem til morgendagens behov, som det heter. De skal fortsatt utgjøre en kjerne i sykehusvesenet med avanserte spesialfunksjoner innen behandling, klinisk forskning og undervisning. Mer «løpende« oppgaver tilpasset regionale og lokale behov skal overlates til det øvrige sykehusvesen. Denne planen ble lansert i 1986. Planen innebar også at 239 av de nasjonale sykehus og sanatorier skulle omdannes til 165 institusjoner i løpet av en 10-årsperiode. Realiseringen av dette målet har imidlertid støtt på store problemer av mange slag i praksis. I 1995 var man ikke kommet lenger enn til 226 institusjoner. Helsedepartementet håper imidlertid at man nå ved å kunne vise til noen vellykkede eksempler på gjennomført omstrukturering kan oppnå bedre gjennomslag blant de som berøres.

Restruktureringen av sykehusvesenet og reduksjon av antall sykehussenger etter disse linjer pågår fortsatt. Det inngår også i planene å skape så god sammenheng og samordning som mulig mellom ulike helsetjenester - herunder også apotektjenester - og velferdstjenester i området. Personelltilgang inngår likeledes i planene.

Det frie legevalg har medført at mange pasienter oppsøker velrenommerte sykehus i stedet for primærlege i første omgang. For å konkurrere med sykehusene har private klinikker satset på å bygge ut tilbudet, med bl.a. anskaffelse av mer avansert utstyr for diagnose og behandling. «Alt i ett-tjenester» av dette slag kan være behagelig for pasienten, men det blir et kostbart system pga. mye overlapping i tjenester og funksjoner. Det har derfor også vært tatt initiativ for å styrke primærlegenes stilling gjennom utdanning, samt oppmuntring til å gå inn i rollen som familielege, med sikte på å snu pasientstrømmen fra sykehus til primærlege.

Helsetjenesteloven har bestemmelser om *inspeksjon* eller *tilsyn*. Inspektører blir utpekt blant relevante tjenestemenn i statlig eller fylkesadministrasjon av hhv Helsedepartement, fylkesguvernør eller ordfører i by. Antall inspektører er om lag 6 800 (1994-tall), og omfatter både leger og annet medisinsk personell, samt tjenestemenn uten medisinsk bakgrunn. De fleste utfører tilsynsarbeid som deltidsjobb. Sykehus og sengeklinikker blir besøkt hvert år for å se om de oppfyller kravene i helsetjenesteloven. Inspeksjonen omfatter i prinsippet alle sider av virksomheten, inkl. personellforhold, utstyr og bygninger. Hvis institusjonen unnlater å følge opp gjentatte påbud, kan det gjennomføres sanksjoner som for eksempel å påby skifte av institusjonssjef eller stengning av deler av virksomheten. Skandaleoppslag fra tid til annen i pressen om alvorlige økonomiske misligheter og ditto faglige forsømmelser spesielt i den private sykehussektor tyder på at tilsynet ikke alltid har strukket til når det gjelder å komme uheldige forhold til livs.

7 INSTITUSJONELL STRUKTUR I DET GRUNNLEGGENDE FOLKEHELSEARBEID

7.1 Skisse av organiseringen

Helse- og velferdsdepartementet - *Kôseishô* - er øverste myndighet innenfor helse- og velferdspolitikken, og forvaltningen av den. Kôseishô har langt på vei samme ansvarsområde som Sosial- og helsedepartementet, men det er visse forskjeller, som også er interessante fra et folkehelsesynspunkt. Departementet har en avdeling for miljørettede helsespørsmål med ansvar for bl.a. miljøkjemikalier, næringsmiddelhygiene, veterinærhygiene, vannforsyning og avfallshåndtering. Også familie- og barnespørsmål hører inn under dette departementet, mens samordning av likestillingsspørsmål ligger til Statsministerens kontor. Arbeidsdepartementet har en egen enhet for kvinnespørsmål. Når det gjelder folkehelsearbeid, er det av interesse at Kôseishô for noen år siden fikk et eget Kontor for forebygging av livsstilsrelaterte sykdommer særlig med tanke på de tre nevnte store livsstilssykdommene. Departementet har også et Kontor for helsefremmende arbeid og ernæringsspørsmål i en av helseavdelingene.

En viktig del av infrastrukturen på nasjonalt plan for folkehelsearbeidet er følgende sentrale institusjoner: Institutt for folkehelse, Nasjonalt institutt for smittsomme sykdommer, Nasjonalt institutt for helsevitenskap, Nasjonalt institutt for helse og ernæring.

Andre sentrale myndigheter med viktige oppgaver innenfor folkehelsearbeid er Miljøverndirektoratet (tross navnet ledet av en minister som er medlem av regjeringen), Utdanningsdepartementet og Arbeidsdepartementet.

Fylkesadministrasjonen omfatter bl.a. et tungt innslag av helse- og velferdsforvaltning, og også kommunene har etterhvert fått viktige oppgaver her. Fylkene og 38 store byer har en helseavdeling med ansvar for at helsetiltak utføres i samsvar med nasjonal politikk og retningslinjer fra Helse- og velferdsdepartementet. Fylkene og de store byene deler inn sine geografiske områder i helsesenterdistrikter, og har ansvaret for opprettelse og drift av distriktshelsesentre - *hokenjo*, som er nøkkelinstitusjoner i folkehelsearbeidet. I 1994 var det 847 slike sentre i landet. Antallet er senere redusert i forbindelse med en reform i 1997, jf nedenfor. Noen av disse sentrene har underavdelinger innenfor sine distrikter når geografiske hensyn tilsier det. Distriktshelsesentrene blir finansiert av staten og fylkene i fellesskap. -Fylkene og storbyene har også ansvaret for de regionale helselaboratoriene som spiller en viktig rolle i helsearbeidet i sin region. Det var i 1994 73 slike laboratorier. I samarbeid med helsesentrene og ulike administrative instanser i regionen utfører de stud-

ier og forskning, undersøkelser og prøver, undervisning og veiledning, samt innsamling, analyse og spredning av informasjon. Kommunene har ansvaret for lokale helsesentre - *hokensentâ* - som står sentralt i folkehelsearbeidet på det lokale plan der de finnes. De to typene helsesentre, og enkelte andre institusjoner som hører med til folkehelsearbeidet, blir nærmere omtalt nedenfor.

7.2 Distrikts- og lokale helsesentre

7.2.1 Hovedoppgaver til nå

Spesielt distriktshelsesentrene har i årene etter krigen vært nøkkelinstitusjoner i helsearbeidet i Japan. De er hjemlet i en lov av 1947, som pålegger fylkene og de store byene å opprette slike sentre. Det gjennomsnittlige befolkningsunderlag for slike sentre var i 1993 ca. 145 000 mennesker, men det reelle underlag for hvert enkelt senter varierer sterkt - fra rundt 30 000 til oppimot 500 000 alt etter forholdene. Sentrene er delt inn i flere kategorier etter befolkningstetthet og befolkningsunderlag.

Oppgavene har tradisjonelt gått over et vidt felt av forvaltning, tilsyn, kontroll, opplysning og undervisning, samt helseundersøkelser i masseskala. Innenfor helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid har helsesentrene stått for omfattende veilednings-, rådgivnings- og opplysningsvirksomhet på individuell basis og for grupper, både ved selve sentret og ute i distriktet det betjener. Dette omfatter både allmenne helsespørsmål, ernæring, mental helse, tannhelse, helse for mor og barn m.v. Helsekontroll for mor og barn hører også med. Videre har virksomheten omfattet vaksinasjoner og annet arbeid med kontroll av smittsomme sykdommer, bl.a. AIDS; masseundersøkelser med tanke på kreft og andre livsstilsykdommer med sikte på tidlig oppdagelse. Hjemmebesøk av helsesøstre har også hørt med.

Ved utbrudd av smittsom sykdom er det først og fremst lokale helsemyndigheter som har ansvaret for tiltak. Men ved masseutbrudd overtar distriktshelsesentret ledelsen.

Helsesentrene har også til oppgave å registrere, autorisere og føre kontroll med overnattingssteder og restauranter, frisør- og skjønnhetssalonger, teatre, offentlige bad, gravlunder m.v. Videre føres tilsyn med lokale myndigheters arbeid innenfor hygiene- og sanitærområdet, som f.eks. avfallshåndtering og vannforsyning.

Når det gjelder den kurative helsetjenesten, har helsesentrene bl.a. til oppgave å gi godkjenning ved etablering av sykehus og klinikker, samt å føre tilsyn og gi veiledning med sikte på at disse virksomhetene skal holde forsvarlig faglig nivå. Helsesentrene fører også tilsyn med farmasøytiske virksomheter i sine distrikter, som apotek og produsenter av legemidler.

Registrering av helsepersonell som skal praktisere sitt fag på en eller annen måte er også en av oppgavene. Overvåkning og veiledning mht kommunale myndigheters helsearbeid, rådgivning og samordning mht. helsetiltak i skolen, særlig grunnskolen, samt råd og veiledning til private bedrifters helsearbeid inngår i virksomheten. Veiledning og bistand til helserelatert arbeid som kampanjer o.l. drevet av frivillige organisasjoner anses som en viktig oppgave.

Endelig nevnes at helsesentrene står sentralt når det gjelder innsamling, bearbeiding og videreformidling til nasjonalt nivå av helsestatistikk for sine distrikter.

7.2.2 Personelloppsetting ved de regionale helsesentrene

Bemanningsmønstret ved helsesentrene fremgår av tabell 3.4, som også gir det totale antall tilsatte («til stede») ved sentrene 31. mars 1993.

Typer personell	Antall
1. Lege	1 288
2. Tannlege	72
3. Farmasøyt	1 187
4. Veterinær	856
5. Helsesøster	8 408
6. Sykepleier	278
7. Jordmor	79
8. Røntgen-tekniker	1 257
9. Kontrollerende ernæringsfysiolog	1 115
10. Ernæringsfysiolog	188
11. Tannhygieniker	349
12. Laboratorietekniker	1 533
13. Fysioterapeut og arbeidsterapeut	28
14. Instruktør i sanitærteknikk	8
15. Helsestatistiker	756
16. Registerfører	237
17. Helseopplyser	565
18. Medisinsk sosialarbeider	137
19. Rådgiver i mental helse	453
20. Kontrollør for smittsomme sykdommer	1 186
21. TB-kontrollør	1 012
22. Administrative tjenester	4 420
23. Kontrollør av offentlige ulemper	592
24. Sjåfører og andre hjelpefunksjoner	2 403
25. Mathygieneinspektør	5 280
26. Kjøttinspektør	776

Tallene for leger og tannleger inkluderer ikke deltidsarbeidende, som er en vanlig foreteelse.

En rekke kommuner har etter hvert etablert *lokale helsesentre*. Antallet var 1333 i 1997. Hovedoppgavene har i det vesentlige vært

– forskjellige helsekonsultasjoner på primærnivå
– helsekontroll av 18-måneders barn
– helseundersøkelser
– helseopplysning
– visse helsetjenester for eldre
– tilretteleggelse av og oppmuntring til helsefremmende tiltak i lokalmiljøet, herunder blant frivillige.

De lokale helsesentrene har ikke som distriktssentrene vært hjemlet i lov.

Ovenfor er omtalt standardoppgaver. Omfang av tjenester kan variere for begge typer sentre, ikke minst de lokale, avhengig av kommuneøkonomi m.v.

7.2.3 Reform av folkehelsearbeidet på distrikts- og lokalnivå - endrede roller for helsesentrene

I 1997 ble det iverksatt en ny lov om helsearbeid på regional- og kommunenivå. Det ble foretatt ny grenseoppgang mellom disse to nivåene, som innebærer endret rollefordeling også mellom distriktshelsesentrene og de lokale helsesentrene.

Bakgrunnen for reformen er bl.a. den sterke aldringen og det lave fødselstallet, økningen i kroniske sykdommer og andre endringer i sykdomsbildet, økende interesse blant folk for spørsmål som matsikkerhet og nærmiljøspørsmål, avfallsproblemer, osv.

Hovedmålet for reformen er en «rikere, sikrere og mer mangslungen tilværelse for folk». Dette skal i store trekk oppnås gjennom

1. Styrking av kommunenes rolle: Det legges vekt på kommunenes egne initiativer og tjenester tilpasset lokale forhold.
2. Styrking av de regionale helsesentrenes funksjon som spesialiserte og tekniske baser for folkehelsearbeidet i sine distrikter.
3. Koordinering av folkehelsearbeid, kurative tjenester og velferdstjenester (sosiale tjenester).
4. Å sikre og forbedre personelltilgangen på aktuelle områder.

For distriktshelsesentrene betyr dette bl.a.

- Styrking av tjenestene for psykiatriske pasienter og for dem med alvorlige sykdommer, samt tiltak mot AIDS
- Tjenester for eldre, mødre og barn, ernæringsveiledning m.v. vil bli begrenset til spesialiserte tjenester. De grunnleggende tjenester overføres til kommunene
- Overvåkning, veiledning, inspeksjoner, prøver og andre funksjoner vil bli styrket innenfor mathygiene, miljøhygiene, medisinsk og farmasøytisk virksomhet m.v.
- Vektlegging av innsamling, analyse og praktisk bruk av informasjon, samt vekt på utredning og forskning
- Styrking av bistand til kommunene, herunder tverrkommunal virksomhet og koordinering

Planleggings- og koordineringsfunksjonene vil bli styrket

Sentrene vil bli bygget ut, og deres geografiske ansvarsområder vil bli endret med tanke på bedre koordinering av folkehelsearbeid, medisinsk virksomhet og sosiale tjenester. Det vil bli etablert flere sentre i større byer.

Kommunene har fått ansvaret for det grunnleggende folkehelsearbeid. De kommunale helsesentrene er utførende organ. Overførte og nye oppgaver omfatter bl.a.

- Planlegging og gjennomføring av helsefremmende tiltak for folk i alle aldre.
- Ansvar for alle vanlige tjenester for mor og barn, slik som veiledning ved hjemmebesøk om graviditet og stell av nyfødte; helsekontroll for gravide kvinner, nyfødte barn og barn på hhv 18 måneder og tre år.
- Ernæringsveiledning (ny funksjon).
- Så langt mulig tannhelsetjeneste og andre grunnleggende tjenester for psykiatriske pasienter og personer med senil demente (ny funksjon).

Kommunene fikk i 1993 eneansvaret for såkalte velferdstjenester, som bl.a. omfatter eldreomsorg og andre sosiale tjenester. Det inngår som nevnt i reformen at slike tjenester og folkehelsearbeid skal samordnes på kommunalt plan. De kommunale helsesentrene er tenkt å være krumtapper i dette opplegget. Meningen er å gjøre dem til ressursbaser for folkehelse- og velferdstjenester med omfattende rådgivningsfunksjoner, helsesøstertjeneste og ev administrasjon av visse hjemmetjenester som

hjemmesykepleie og hjemmehjelp. De skal dessuten samarbeide nært med andre sentre og institusjoner som har oppgaver innenfor eldreomsorgen, herunder støttesentre for hjemmepleie. Organisasjonsmønstret vil være avhengig av forholdene i kommunen.

Skal disse målsettingene realiseres, må det et løft til på bakgrunn av det beskjedne antall sentre i dag. Mange kommuner er uten slike sentre. Det tas sikte på en egen lov om kommunale helsesentre. Den vil bl.a. fastlegge den økonomiske støtten. Støtte vil bli gitt til etablering av nye sentre og utvidelse av eksisterende. Det tas sikte på sentre i alle kommuner, men det er ikke satt mål for antall eller tidsrammer. Det vil bli prioritert å opprette sentre i små byer og i landsbyer.

Derimot er det satt *tallmessige mål for tilgang på helsesøstre i kommunal tjeneste*. Hensikten er en fordobling av antallet fra 1993 til 1999, dvs. en økning til ca. 23 500 i sistnevnte år. I 1994 var det ellers i alt vel 28 000 helsesøstre i arbeid. I 1993 var det 565 kommuner som hadde én eller ingen helsesøster. Også her vil små kommuner bli gitt prioritet. - Helsesøstrene har vært en kjernegruppe i arbeidet for folkehelsen, opprinnelig spesielt blant lavinntektsgrupper i byene og blant folk på landet. I kombinasjonen av individ- og grupperettet arbeid har de også lagt vekt på å engasjere lokalsamfunnet i løsningen av både potensielle og aktuelle helsespørsmål. Rollen har endret seg i takt med samfunnsutviklingen og befolkningsmønstret. Som følge av at hjemmetjenester av forskjellig slag i økende grad tilbys av private tjenesteytere, og det frivillige engasjementet øker, ser helsesøstrene ut til å kunne få mer organiserende og koordinerende oppgaver innenfor de kommunale helse- og sosialtjenestene. Man ser også et behov for videreutvikling av deres profesjon og rolle.

De regionale helsesentrene skal som før bistå kommunene med spesialister, og med opplæring. Opplæringsprogrammer skal også organiseres i samarbeid med utdannings- og forskningsinstitusjoner.

7.3 Andre institusjoner av betydning for folkehelsearbeidet

7.3.1 Sosialvelferdskontorer

Dette er kontorer som administrerer forskjellige ordninger og tiltak etablert i lovgivning angående svakstilte grupper, som blant annet omfatter loven om funksjonshemmede, loven om velferd for eldre og loven om velferd for mor og barn. Kontorene sørger bl.a. for ulike helsetjenester for de vanskeligstilte som enten har spesielle behov eller faller utenom andre systemer av økonomiske og andre grunner. Dette gjøres i samarbeid med helsesentrene. - Kontorene er etablert av kommuner og fylker. Det var i 1995 1 191 slike kontorer. Av disse var 338 etablert av fylkene, og resten av kommuner, fortrinnsvis av bykommuner.

7.3.2 Helsesentre for mor og barn - rådgivningssentre for barn

Helsesentre for mor og barn er opprettet av en del kommuner. De har til oppgave å drive rådgivning i helsespørsmål for mor og barn, veiledning for mødre og barn, samt å assistere i forbindelse med fødsler. De samarbeider med de allmenne helsesentrene. Det var i mars 1992 478 helsesentre for mor og barn. - Videre finnes det rådgivningssentre for barn, beregnet på barn med adferdsvansker og andre problemer. De driver utstrakt rådgivning og veiledning til barn og foreldre, plasserer om nødvendig barn i såkalte barnevelferdsinstitusjoner (barnehjem), til observasjon i et midlertidig hjem tilknyttet sentret, i fosterhjem m.v. Det var i 1993 174 slike sentre. De samarbeider med en rekke andre instanser som helsesentre, skole, politi og familiedomstoler, sosialvelferdskontor, samt ulike banevernsinstitusjoner m.v.

7.3.3 Sentre for mental helse

Disse sentrene har til oppgave å spre kunnskap om mental helse, å forestå studier og utredninger om samme, samt å drive rådgivning og veiledning. - En sentral institusjon på landsbasis er forskningsinstitusjonen Nasjonalinstituttet for mental helse under Helse- og sosialdepartementet. Instituttet samarbeider med både distriktshelsesentrene og sentrene for mental helse, og gir praktisk opplæring for personell som arbeider på feltet.

8 «ET FULLT, AKTIVT LIV I EN TID MED 80 ÅRS LEVEALDER» - HANDLINGSPLAN FOR FREMME AV FOLKEHELSEN

8.1 Allment

Erkjennelsen av at det var nødvendig med tiltak mot livsstilssykdommene meldte seg i 1970-årene. Det skjedde en begynnende endring i vektlegging fra behandling til forebygging. Den første folkehelseplanen som bygde på denne endringen kom i 1978. I 1988 kom plan nr. to, «Aktiv 80 helseplan» med mottoet «et fullt, aktivt liv i en tid med 80 års levealder». Den anses fortsatt som en viktig plattform for folkehelsearbeidet.

Til grunn for planen lå det syn at mesteparten av årsakene til de nye folkesykdommene - eller geriatriske sykdommene, er å finne i dagliglivets forhold som kostholdsvaner, mosjon og hvile m.v., altså i livsstilen. Siktemålet med planen var å fremme en sunn livsstil blant folk flest gjennom en vel balansert kombinasjon av ernæring, mosjon og hvile, og dermed styrke både den fysiske og den mentale helsen. Programmet omfatter dessuten bl.a. tiltak for å fremme helse blant kvinner, tiltak mot røyking, skattefritak for utgifter ved opphold på visse rekreasjons- og kursteder, og en målsetting om å skape «lokalsamfunn med en helseorientert kultur». På den forebyggende siden inngår fremme av helseundersøkelser, helsekontroll og helsemessig veiledning for ulike grupper av befolkningen. Som overordnet tiltak ble det lagt vekt på videre utvikling av regionale og kommunale helsesentre, som er utøvende instrument for mye av det grunnleggende folkehelsearbeidet. For å skape blest og bevisstgjøring holdes det en Nasjonal helse- og velferdsfestival, og det gis støtte til å arrangere «Helsefestival for de middelaldrende». Det arbeides med å utvikle et Nettverkssenter for helseinformasjon som skal gi omfattende informasjon om sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid.

8.2 Ernæring

Når det gjelder *ernæring*, er det utarbeidet en rekke veiledninger for folk i ulike aldersgrupper og situasjoner, bl.a. med tanke på å forebygge de vanligste livsstilsykdommene. Likeledes er det utarbeidet veiledning for opplysning om næringsinnhold i restaurantmat m.v. Myndighetene oppfordrer spisesteder til å følge denne veiledningen når de setter opp menyen.

Et viktig ledd i å forbedre ernæringssituasjonen som ledd i folkehelsearbeidet i årene etter krigen, var kurs i ernæring ved helsesentrene, spesielt for kvinner. Etter endt kurs gikk kvinnene ut og engasjerte seg i frivillig veiledningsvirksomhet. Mobile ernæringsteam med «kjøkkenbiler» reiste rundt og drev opplysning, særlig på landsbygda. *Opplæring av ernæringsveiledere* fortsatte i årene som fulgte, og antall veiledere og omfang av virksomheten økte. De gjorde også sitt inntog i byene. I erkjennelse av den betydning disse kjernetroppene for riktig ernæring hadde, fikk de offisielt av Helsedepartementet en egen betegnelse - litt vanskelig å oversette til kurant norsk - i 1970. I dag er mer enn 220 000 slike frivillige helsearbeidere aktive

rundt om i lokalsamfunnene. Arbeidsfeltet er utvidet til å gjelde påvirkning for helsefremmende livsstil mer generelt, særlig i forbindelse med forebygging av de «geriatriske sykdommene». De oppmuntrer også folk til å gjennomgå helsekontroller som helsesentrene tilbyr gratis til store grupper av befolkningen. Andre temaer for deres virksomhet er miljøspørsmål i nærmiljøet, effektiv utnyttelse av maten og reduksjon av sløsing med mat.

Det inngår ellers i planen å styrke ernæringssiden av helsesentrene. Noen av disse driver en utstrakt opplærings- og opplysningsvirksomhet innen ernæring tilpasset tidens økende bruk av halv- og helfabrikata, bl.a. med utgangspunkt i et eget demonstrasjonskjøkken. Det samarbeides med skolen. Ved et senter ble det fortalt at man om sommeren inviterer klasser fra småskolen for å fortelle om ernæring. Skolen er ellers i seg selv viktig i ernæringshenseende, jf nedenfor om skolens plass i folkehelsearbeidet.

8.3 Mosjon

Når det gjelder *mosjon,* drives det også opplysningsvirksomhet med utgangspunkt i veiledere som omfatter generelle gode råd, og råd for hvordan ulike aldersgrupper best kan holde seg i form gjennom enkle former for mosjon i det daglige. Målet er å gjøre dette til en naturlig del av dagliglivet. Det legges stor vekt på å få folk til *å gå.* Et spesielt element i denne delen av programmet er opplæring av mosjonsplanleggere og ditto instruktører. De førstnevnte skal planlegge og legge til rette for aktivitet tilpasset folks fysiske tilstand med vekt på øvelser som øker oksygeninntaket, de sistnevnte skal veilede folk i den praktiske utøvelsen. Ved utgangen av 1996 var det opplært nærmere 5 700 planleggere og ca. 8 300 instruktører. Disse er bl.a. stasjonert ved rekreasjonssteder og kurbad. Helsedepartementet har dessuten innført en ordning med sertifisering av slike steder som oppfyller visse kriterier. Det gis fradrag i skatten for utgifter ved opphold på disse stedene.

8.4 Hvile

At *tilstrekkelig hvile* er et hovedelement i programmet må ses på bakgrunn av dels de nevnte forhold i arbeidslivet, dels at japanerne har mye kortere ferie enn vi. Det er utarbeidet en «Veiledning for hvile med sikte på bedre helse«. Den peker på at det er nødvendig å endre folks holdninger når det gjelder betydning av hvile og ferie. Det japanske ordet for hvile i denne forbindelse - *kyuyo* - inneholder to elementer: *kyu* - å hvile, og *yo* - å bygge opp sin fysiske styrke. Behovet for hvile i dagliglivet understrekes. Frivillig deltakelse i nærmiljøaktiviteter blir ansett som en form for *kyuyo.* - En rapport i begynnelsen av 90-årene foreslo innføring av en ordning med «helsefremmende ferie» der arbeidstakere skulle ha mulighet for å ta noen fridager for å bygge seg opp fysisk og mentalt. Samtidig ble det anbefalt å utvikle rekreasjonssteder folk kunne tilbringe slike perioder. Noen ny ferielovgivning ble ikke anbefalt, og er heller ikke gjennomført. Helsefremmende hviledager vil være avhengig av arbeidsgiverne. Økonomiske nedgangstider gir dårligere kår til tanken om redusert arbeidstid og mer hvile.

I forlengelse av punktet om hvile er det lansert programmer for å fremme den mentale helsen. Helsesentrene står sentralt også her. Et eksempel er samarbeid med skolen for å bekjempe mobbing og voldstendenser ellers.

8.5 Tobakk, alkohol og narkotika

Når det gjelder *røyking*, begrenser programmet seg til opplysningstiltak om tobakkens helsemessige virkninger, samt oppfordring til forskning. Dette gjenspeiler at Japan på mange måter står i en særstilling blant industrialiserte land når det gjelder myndighetenes holdning til og tiltak mot tobakk og røyking. Det er ikke forbud mot tobakksreklame - reklamen er iøynefallende til stede i gatebildet og ellers, inntil nylig også i radio og fjernsyn. Tilgjengeligheten er massiv, ikke bare i forretninger og kiosker, men i et overveldende antall sigarettautomater i det offentlige rom, i alt rundt 500 000 i landet som helhet. Helseadvarslene på sigarettpakkene er heller valne i sammenligning med de tekster som benyttes i mange andre land: «Det kan være helsefarlig å røyke. Ikke røyk for mye.» Helsedepartementet offentliggjorde høsten 1997 tall som viste at røyking koster det japanske samfunn enorme summer i medisinsk behandling og inntektstap som følge av dødsfall. Vel fem prosent av landets totale medisinske kostnader går med til sykdommer forårsaket av røyking.

På denne bakgrunn er det ikke bare advarslene på sigarettpakkene, men også Helsedepartementets politikk som fortoner seg valen for mange. En aksjonsplan de senere årene har bl. a. hatt som mål å skape flere røykfrie områder og å aktualisere behovet for støtteprogrammer som hjelp for enkeltmennesker til å stumpe røyken, men bevilgningene til informasjons- og påvirkningstiltak er beskjedne. I februar 1998 ble det nedsatt et statlig utvalg som skal vurdere politikken på området for det kommende århundre. Mandatet kan neppe karakteriseres som offensivt.

Forklaringen på de spesielle forholdene i Japan sies av kritikere å være, at spørsmål om tobakk og røyking i det vesentlige sorterer under Finansdepartementet. Det sies i realiteten å ha hånd om alle ledd av Japans enorme tobakksindustri, fra produksjon, markedsføring og salg til merking av sigarettpakkene. Bakgrunnen er at tobakk fra 1904 til 1985 var et statlig monopol forvaltet av Finansdepartementet, og tobakken ble først og fremst sett på som en statlig inntektskilde. Loven om tobakksnæringen fra 1985 tok sikte på «en sunn utvikling av tobakksindustrien for å sikre stabile skatteinntekter.» Tobakksgiganten Japan Tobacco ble privatisert i dette året, men det ble samtidig fastsatt ved lov at staten ved Finansdepartementet skulle sitte med 67 prosent av aksjene.

Det har likevel skjedd fremskritt i bekjempelse av tobakksskadene. Røykfrie områder i bygninger og transportmidler er blitt vanlige. Alle de store flyselskapene annonserte i mai 1998 planer om å innføre helt røykfrie flygninger på alle innenlandsruter i løpet av de nærmeste månedene, ett av dem riktig nok som en prøveordning i påvente av passasjerenes reaksjoner. Byregjeringen i Tokyo har vedtatt forbud mot tobakksreklame på de offentlige T-banene i byen. Det ble i 1997 bestemt at sigarettautomatene skulle stenges sent på kvelden. 1. april 1998 sluttet tobakksprodusentene frivillig med reklame i radio og fjernsyn av hensyn til barn og ungdom. En rekke antitobakk-organisasjoner har i mange år arbeidet for å påvirke opinion, myndigheter og industri. Antall slike organisasjoner har økt fra 11 til 70 i løpet av de siste 20 årene.

Enkelte av disse organisasjonene står sentralt i forbindelse med to forestående rettssaker som markerer en opptrapping av kampen mot tobakken i Japan. Den ene er anlagt mot Japan Tobacco og staten, den andre mot Philip Morris K.K., en filial av det amerikanske selskapet. I den førstnevnte saken krever sju personer dels erstatning på 10 mill yen hver, dels at regjeringen pålegges å forby tobakksreklame og sigarettautomater, samt å påby klarere advarsler på sigarettpakkene. Det er den første rettssaken i sitt slag mot regjeringen og Japan Tobacco. I den andre rettssaken krever 20 personer 100 000 yen hver i erstatning, samt at selskapet skal forbys å selge sigaretter i Japan. Det hevdes at selskapet ikke bør få lov til å selge et produkt

i Japan når det i hjemlandet (USA) er ansett for å være skadelig. Det hevdes videre at det er uhederlig av selskapet å bruke en mildere advarsel på sigarettpakkene i Japan enn den som brukes i USA. Denne rettssaken er den første mot en utenlandsk tobakksprodusent i Japan. Rettssakene ventes å ta lang tid.

Det inngår ikke spesielle punkter om tiltak mot *alkoholmisbruk og narkotika* i planen. Helsesentrene har imidlertid opplysningsvirksomhet om dette med i sin virksomhet. Når det gjelder alkohol, sa man på et helsesenter at man der opplyser om det som anses for å være dens gode sider, og advarer mot å bruke alkohol som løsning på stressproblemer m.v.

Holdningen til *narkotika* er på en helt annen måte avvisende. På dette området er aktiviteten trappet betydelig opp i den senere tid. I mai 1998 ble det lansert en femårsplan for bekjempelse av narkotikamisbruk. Den politiske prioriteringen ble understreket av at statsministeren var leder for det regjeringsoppnevnte aksjonsutvalget som forberedte planen. Bakgrunnen for planen er særlig bekymringen over økende bruk av narkotika blant ungdommen. I 1997 ble 262 elever i ungdomsskolen og videregående skole arrestert for narkotikabruk, det høyeste tall hittil. En undersøkelse blant elever i videregående skole offentliggjort i januar 1998 viste at 6,5 prosent av de spurte var blitt fristet av andre til å prøve narkotika. Femårsplanen legger på denne bakgrunn opp til bl.a. økt opplysningsvirksomhet og holdningspåvirkning overfor opinionen, styrking av politiets veiledning overfor mindreårige på gaten, hardere tiltak mot organisert kriminalitet med sikte på å avskjære de viktigste distribusjonskanalene, samt økt internasjonalt samarbeid.

Det er nå under forberedelse *en ny plan for helsefremmende og sykdomsforebyggende innsats* for tiåret som starter i 2000. Helsedepartementet opplyser at den i likhet med USA's «Healthy People 2000» vil kartlegge hvor de kritiske utfordringene ligger, og fastsette hva som skal være målet på hvert av disse områdene, samt legge opp tiltak og programmer i et integrert system. Hele regjeringen vil være involvert i planen, opplyses det.

9 UTDANNINGSSYSTEM OG FOLKEHELSE

9.1 Kort om utdanningssystemets oppbygging

Retten til utdanning ble slått fast i grunnloven av 1946. Her ble det også fastsatt at «alminnelig» utdanning skulle være obligatorisk og gratis. To grunnleggende skolelover av 1947 fulgte opp disse bestemmelsene. Det ble etablert et utdanningssystem med følgende hovedmønster: Seks års barneskole, tre års ungdomsskole, tre års videregående skole og 4 års høyere utdanning. Alder ved skolestart er seks år, og de første ni årene er obligatoriske - og gratis. Dette er fortsatt hovedmodellen, men det er enkelte alternativer som avviker fra hovedmønstret, dels på videregående, dels på høyere nivå. Bl.a. finnes det en del tekniske skoler med fem års varighet som bygger på ungdomsskolen. - *Kindergarten* tar i mot barn i alderen tre til fem år. For funksjonshemmede elever er det etablert dels spesialskoler basert på ulike typer funksjonshemning, dels spesialklasser ved ordinære skoler. I noen tilfeller pendler lettere funksjonshemmede elever mellom spesialklasser og vanlige klasser.

Utdanningsdepartementet - *Monbushô* - fastsetter i egne forskrifter minimumsantall for undervisningsuker pr. år for alle trinn fra og med kindergarten til og med videregående skole, samt hvilke fag det skal undervises i på de ulike trinn fra barneskolen og oppover. Læreplaner for de enkelte fag - med standardinnhold og mål - fastsettes likeledes av Utdanningsdepartementet. Innenfor disse rammene har skolene frihet til å tilpasse undervisningen til lokale forhold. Lærebøker skal god-

kjennes av departementet. I noen grad står departementet selv for utgivelse av lærebøker.

Normaltiden for grunneksamen for de fleste universitetsstudiene er fire år, mens den for medisin, veterinærmedisin og odontologi er seks år. Påbygging til master's degree tar normalt to år, og doktorgraden tar normalt fem år (fire år for medisin, veterinærmedisin og odontologi). - Et av alternativene til universitetsutdanning er junior college med to til tre års studier. De gir en noe kortere yrkesrettet utdanning enn universitetene i en rekke fag som humanistiske fag, husholdsfag, utdanning, helse og ingeniørfag. Antall studenter ved college er under en femdel av antallet ved universitetene (1996).

I 1996 gikk nærmere 63 prosent av femåringene i kindergarten. Praktisk talt 100 prosent av barn i skolepliktig alder var elever i grunnskolen. Ca. 96 prosent av elevene fra ungdomsskolen gikk videre til videregående skole, mens de som gikk fra videregående til høyere utdanning representerte vel 46 prosent av kullet. I 1997 var sistnevnte prosentsats steget til vel 48, fordelt med 47,1 prosent på menn og 49,4 prosent på kvinner.

Når det gjelder forholdet mellom offentlige og private utdanningsinstitusjoner, viser statistikken for 1996 at vel 58 prosent av barnehagene var i privat eie. Det overveiende antall barneskoler var offentlige. Innslaget av private skoler blir deretter større jo lenger opp i systemet en kommer. I ungdomsskolen er det ennå beskjedent - knapt seks prosent av skolene med vel fem prosent av elevene, mens det stiger betydelig i videregående skole. Her var nærmere 24 prosent av skolene med vel 30 prosent av elevene private. Spesialskolene er i overveiende grad offentlige. Innenfor høyere utdanning er det store flertall institusjoner private. Av universitetene er f.eks. nærmere 74 prosent, med om lag samme prosentandel av studentene, private.

Offentlige skoler drives i det vesentlige av kommuner og fylker, avhengig av nivå, mens både stat og fylker driver offentlige universiteter. Både blant videregående skoler og - i enda større grad - blant universitetene gjelder en allment anerkjent rangordning. Blant universitetene inntar det statlige Tokyo universitet fortsatt en klar topposisjon i førstedivisjon, men flere private er også blant de mest anerkjente. Det er stor konkurranse om å komme inn på de mest anerkjente institusjonene.

9.2 Forhold av betydning for folkehelsen

Det er en gjengs påpeking at skole og utdanning på mange måter har betydning for et lands folkehelse, i både positiv og negativ forstand. Det er gitt en rekke eksempler på dette under punkt 2.2 foran for Japans vedkommende.

Det har innenfor det nåværende skolesystem vært lagt betydelig vekt på forhold som skal fremme de unges helse og forebygge sykdom på både kort og lang sikt. Det er neppe tvil om at dette har hatt stor positiv betydning i utviklingen av Japans høye helsemessige nivå. I det følgende redegjøres det kort for dette. Men i de senere år har det i økende grad vært reist spørsmål ved den innflytelse grunnleggende trekk ved selve systemet som sådant har på de unges både mentale og fysiske helse i vid forstand. Også slike spørsmål berøres nedenfor.

Utdanningsdepartementets fulle navn er Departementet for utdanning, forskning, sport og kultur. Det har ansvar for fysisk fostring og annen helsefremmende og sykdomsforebyggende virksomhet i skolen, men også for å legge til rette for sportslig aktivitet for hele befolkningen. Det har derfor stor betydning for viktige deler av folkehelsearbeidet. Departementet har et eget rådgivende organ - Rådet for helse og fysisk fostring - som dekker hele dette ansvarsområdet, inkl. tiltak for å fremme eliteidretten. Rådets perspektiv er livslangt. Fysisk fostring og opplæring i hels-

espørsmål i skolen skal både fremme en balansert utvikling av den enkelte elev i skoletiden og legge grunnlaget for fortsatt fysisk aktivitet i senere perioder av livet. Den sterke urbaniseringen i de senere år, informasjonssamfunnets hurtige utbredelse og andre store samfunnsendringer anses å påvirke både den fysiske og den mentale helsen hos barna. Ikke minst i lys av den sterke aldringen i Japans befolkning fremstår det derfor som en prioritert oppgave å styrke folks helse i alle aldersgrupper. Grunnlaget legges i skolen særlig gjennom tre tradisjonelle virkemidler: Kroppsøving, helselære og skolelunsj.

I standard timeplan for *barneskolen* har *faget fysisk fostring* 102 timer første året, og 105 timer for hvert av de følgende år. For å sette dette i relieff kan det opplyses at det totale timetall pr. år i barneskolen ligger på 850 første skoleåret, og stiger gradvis til 1050 for hvert av de siste tre årene. - I *ungdomsskolen* kalles faget *helse og fysisk fostring*. De første to årene er timetallet det samme som i barneskolen, 105 pr. år. Det siste året kan det variere mellom 105 og 140 timer. Det totale standard timetall pr. år i ungdomsskolen er 1050 for alle tre årene. - I *videregående skole* er også kroppsøving og helselære obligatoriske fag. På allmennfaglig linje (universitetsforberedende) har kroppsøving høyere vekttall (9 for fulltidsstudenter) enn noe annet enkeltfag på standard timeplan, mens helselære har to vekttall (for andre fag ligger tallet mellom to og fire).

Utdanningsdepartementet har engasjert seg for å styrke kroppsøvingsfaget gjennom ulike tiltak for å høyne lærernes kompetanse, veiledning og støtte til utviklingsprosjekter i regi av lokale skolemyndigheter, bruk av spesielt kompetente instruktører utenfra m.v. Departementet velger også ut modellskoler med tanke på forsøksvirksomhet innenfor sport og idrett, og støtter arrangement av idrettsstevner og skolemesterskap for elever fra videregående skole.

Helselæren tar sikte på å utvikle sunne vaner og holdninger, og kombineres med helseundersøkelser av elevene, miljøhygieniske undersøkelser og undersøkelser av sikkerheten ved bygninger og utstyr (noe av bakgrunnen her er at store deler av Japan har høy jordskjelvrisiko).

Skolelunsj er ansett som et viktig innslag i det japanske skolesystemet. I barneskolen får nesten 100 prosent av elevene et slikt måltid. For de flestes vedkommende består det av ris, melk og en tilleggsrett. I ungdomsskolen og i videregående skole får vel 82 prosent av elevene lunsj. Også i Japan ser man en rekke problemer i forbindelse med kosthold og spising hos barn og ungdom. Et økende antall er overvektige, og stadig flere har et ubalansert kosthold. Det er også stadig flere som ikke spiser frokost. Lunsjen har derfor et dobbelt siktemål - dels i seg selv å bidra til en sunn fysisk utvikling og god helse, dels å bidra til sunne spisevaner. Den brukes bevisst som ledd i kostholdsundervisningen. - En omfattende matforgiftning (Escherichia coli O157) sommeren 1996 understreket behovet for mathygienisk kontroll og beredskap i forbindelse med skolelunsjen. Et nytt kontrollopplegg er senere fastsatt av Utdanningsdepartementet.

Når det gjelder *voldstendenser* som mobbing m.v., økende skolefravær og andre tegn på uro og mistilpasning i skolen, peker Utdanningsdepartementet på at årsakene er sammensatte, og at de berører både skole, hjem og lokalsamfunn. Departementet har satt i verk flere tiltak av både reparerende og forebyggende karakter, bl.a.:

– Styrking av rådgivnings- og veiledningsvirksomheten, bl.a. ved en ny modell for slik virksomhet der man benytter både omreisende rådgivere og frivillige blant elevene som ressurspersoner, og bruk av videofilmer for å øke lærernes kompetanse på disse områdene.
– Utpeking av enkelte lokalsamfunn som «mønstersamfunn forent i bekjempelsen av mobbing».

– Utvidelse av kapasiteten ved Informasjonssentret for tiltak mot mobbing (er en del av en sentral institusjon ved navn Det nasjonale utdanningssentret).
– Støtte til skoler som driver forsøk med veiledningskurs for elever som nekter å gå på skole.

Når det gjelder bekjempelse av mobbing, har man i innhenting av informasjon fra utlandet også søkt kontakt med norske fagmiljøer, som anses å ha interessant kompetanse å bidra med.

9.3 Reformkrav

Flere og flere mener at grunnleggende trekk ved det japanske skolesystemet i seg selv bidrar til problemer som må sies å ha relevans for de unges helse i vid forstand. Vektleggingen av utenatlæring og en noe mekanisk kunnskapstilegning, uniformiteten, de store klassene, den sterke fokuseringen på eksamener og opptaksprøver langt nede i klassene, understreket av puggeskolenes sterke plass i systemet, alt dette hevdes å skape stress, vantrivsel og mistilpasning som i siste instans bidrar til både vold, skulk og andre former for undergraving av disiplin og orden, samt direkte helsemessige problemer, jf punkt 2.2. Det hevdes også at skolen i alt for stor grad lever sitt eget liv isolert fra samfunnet utenfor og de forandringer som skjer der. Skolemyndigheter og kritikere er enige om at endringer - reform - må til, om enn ikke alltid om hva og hvordan.

De samme trekkene ved utdanningssystemet kritiseres også fra andre utgangspunkter enn elevenes helse og ve og vel for øvrig. Det gjelder ikke minst næringslivets behov under nye rammebetingelser. Det japanske utdanningssystemet som er beskrevet foran, reflekterte på mange måter det samfunn det skulle tjene i de første tiårene etter krigen, og det passet godt til næringslivets behov under gjenoppbygging og økt vekst i den perioden. De store selskapene trengte arbeidsvillige, disiplinerte og lojale medarbeidere med gode basiskunnskaper - generalister som kunne formes og utvikles videre etter bedriftenes behov innenfor bedriftenes egne rammer ved opplæring og jobbrotasjon. Ansiennitet, livslangt tilsettingsforhold og stor vekt på hierarki var - og er fremdeles langt på vei - fremtredende trekk ved arbeidslivet.

I de senere år er det i økende grad satt spørsmålstegn ved disse tradisjonelle verdiene i både skole og arbeidsliv. I en tid med stadig sterkere internasjonal konkurranse og krav til å være i front blir det oftere og oftere pekt på behov for å fremelske også andre egenskaper enn de tradisjonelle. Vekt på individuell utvikling og utfoldelse samt kreativitet og initiativ må avløse den sterke gruppeorienteringen, de dominerende ansiennitetsprinsippene med tilhørende rigide hierarkier. De dyktige, de talentfulle, må slippe til på tvers av de hevdvunne reglene. Det økonomiske tilbakeslaget for Japan i den senere tid har satt disse spørsmålene i relieff. I en slik omlegging må utdanningssystemet ha en nøkkelrolle.

Et tredje utgangspunkt for ønske om endringer og reform er den bekymringsfulle befolkningsutviklingen i Japan. Som nevnt under punkt 5 ser myndighetene behov for omlegging av skolesystemet også med sikte på å skape oppvekstvilkår som i siste instans kan oppmuntre til høyere fødselstall. Det nåværende system kan oppleves som stressende ikke bare for elever og lærere, men også for foreldrene. Og det krever også store økonomiske ressurser av mange foreldre, bl.a. pga. puggeskolene. Puggeskolenes viktige plass skaper for øvrig ulike forhold. Ikke alle har råd til å sende barna dit. Og de beste puggeskolene er de dyreste.

Hva er så medisinen? Det synes å være enighet om at systemet allment må gjøres mindre rigid, og gi større muligheter for individuell utfoldelse og valgfrihet.

Kritikere ser de store klassene som en konkret hindring for forbedringer, mens myndighetene - formodentlig av økonomiske årsaker - er tilbakeholdne her.

Videre blir det pekt på behov for konkret å bedre skolens kontakt - og det gjelder både lærere og elever - med samfunnet ellers. Aktivisering av de unge i lokalsamfunnet utenfor skoletid vil gi flere impulser og andre former for læring og utvikling, og samtidig motvirke den hakkementalitet som kan utvikles i et isolert skolemiljø. Byregjeringen i Tokyo har erkjent behovet for «utlufting» i skolen gjennom et vedtak om at nye lærere skal arbeide et år utenfor skolen før de begynner å undervise. Dette anses også viktig som ledd i å utvikle lærerne som gode rollemodeller for elevene.

Sentralt i reformkrav og reformplaner står omlegging av undervisningsmetoder. Det ble gjort opptakt til en «ny giv» i 1990. Nye retningslinjer fra Utdanningsdepartementet ga påbud om at skolen i større grad skulle oppmuntre til selvstendig tenkning og resonnering i stedet for bare å gjengi lært kunnskap, og i forlengelsen av dette å oppøve evnen til å *gi uttrykk for egne meninger*. I en rapport offentliggjort høsten 1997 redegjorde departementet for en undersøkelse som skulle si noe om resultatene av nyorienteringen. (Den forrige undersøkelsen av tilsvarende slag ble gjennomført 12 år tidligere). Rapporten fokuserte særlig på undersøkelsen blant 80 000 grunnskoleelever. Mens det for barneskolens vedkommende var tegn på at utviklingen gikk i riktig retning, var resultatene av prøvene i ungdomsskolen nedslående. Mangelen på resonnerende evne er fremtredende. Elevene scorer lavere enn for 12 år siden i fag som morsmål, fremmedspråk, matematikk, samfunnsfag og naturfag, og spesielt i de delene der det stilles krav til vurderingsevne og å omsette tanker til ord.

Hvorfor stopper den positive utviklingen opp på ungdomstrinnet? Departementet selv peker på som en viktig grunn den dominerende plass forberedelser til opptaksprøvene for neste trinn får i undervisningen. Her gjelder fortsatt den gamle form for krav til elevene. Det setter dagsorden for undervisningen. Det er også blitt pekt på at det mektige lærerforbundet *Nikkyoso* har vært skeptisk til en del av nyorienteringen fordi den legger økte byrder på medlemmene. Også blant foreldre og andre er det motstand mot den oppmykning og økte frihet i klasserommet som regnes som en forutsetning for å følge opp de nye signalene. På den ene siden er man redd for at det skal legge hindringer i veien for barnas videre ferd mot toppen av utdannings- og deretter karierresystemet, og på den andre spør man om ikke større frihet vil føre til ytterligere undergraving av disiplinen og den sosiale orden.

Det prestisjetunge Sentralrådet for utdanning anbefalte våren 1997 regjeringen å gjøre slutt på den sterke vektleggingen av eksamener og opptaksprøver i undervisningen. Arbeidet med å følge opp noen av anbefalingene er i gang.

Regjeringen har som nevnt under punkt 5 også forpliktet seg på omfattende reform av utdanningssystemet som ledd i sin store reformpakke, som omfatter seks sentrale samfunnsområder, bl.a. statlig administrasjon, skattesystem, finansmarkedene og helse og sosial velferd. Mange ser oppfølgingen av disse reformene som forutsetning for Japans evne til å overleve som avansert samfunn og økonomisk stormakt.

Kravene om reform av utdanningssystemet i en retning som også *kan* gi gode virkninger for de unges totale helse kommer som det ses fra mange hold. På den annen side: Det er ikke første gang omfattende reformplaner er blitt lansert. Mange tidligere initiativ har løpt ut i sanden. Og motkreftene er der også denne gangen, bl.a. fra dem som ser løsningen av problemene i å skru klokken tilbake til de «gode, gamle dager». Den avgjørende forskjellen mellom før og nå kan vise seg å ligge i en økt erkjennelse av *nødvendighet* denne gangen.

Et annet forhold som kanskje også kan få betydning: En av de ivrigste kritikere og talsmenn for reformer i utdanningssystemet har vært tidligere rektor ved Tokyo-universitetet og leder av det forannevnte Sentralrådet for utdanning, Akito Arima. Etter regjeringsskiftet i juli 1998 befant han seg plutselig på den andre siden av bordet, som undervisnings-, forsknings- og kulturminister...

Referanseoversikt:

A: Generelt

1. FACTS AND FIGURES OF JAPAN 1997. Foreign Press Center, Tokyo 1997
2. JAPAN - A Pocket Guide (1996 edition). Foreign Press Center, Tokyo
3. Hall, John Whitney: JAPAN - from prehistory to modern times. Charles E. Tuttle co., Tokyo 1971, twentieth printing 1991
4. JAPAN - An Illustrated Encyclopedia. Kodansha Ltd., Tokyo 1993
5. The Constitution of Japan. I serien Bilingual Books. Kodansha Ltd., Tokyo 1997
6. Vargö, Lars: Japansk organiationskultur. Carlssons Bokförlag, Stockholm 1997

B. Helse, velferd og utdanning

1. AGEING IN JAPAN AND SINGAPORE. Edited by Carl Bentelspacher and Keiko Minai. National University of Singapore 1994
2. ANNUAL REPORT ON HEALTH AND WELFARE 1995-1996. «Families and Social Security - For the Social Support of Families» Ministry of Health and Welfare of Japan. Tokyo, March 1997
3. Answer Sheet on Public Health Maintenance. Health Promotion & Nutrition Division, Health Service Bureau, Ministry og Health and Welfare, February 1998. Translated by Institute of Health Economics and Policy, Tokyo, February 1998
4. COMMUNITY PUBLIC HEALTH FOR THE 21ST CENTURY. Fiscal 1996. Comprehensive Reform of Community Public Health. A MHW pamphlet. Ministry of Health and Welfare. Translated by Institute for Health Economics and Policy, Tokyo, February 1998
5. Gould, Arthur: Capitalist Welfare Systems. A comparison of Japan, Britain and Sweden. Longman, London & New York 1993
6. Health Care for Tokyo Residents. Bureau of Public Health. Tokyo Metropolitan Government, September 30 1996
7. HEALTH AND WELFARE STATISTICS IN JAPAN. Compiled by Statistics and Information Department, Minister's Secreteriat, Ministry of Health and Welfare. Published by Health and Welfare Statistics Associations, Tokyo, August 1997
8. National Health Administration in Japan. Vol. I: Health Administration and Organization. Textbook for seminar on National Health Administration. JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY, Tokyo 1994
9. New Gold Plan - Revised Ten-Year Strategy to promote Health Care and Welfare for the Elderly. Health and Welfare Bureau for the Elderly, Ministry of Health and Welfare of Japan. Tokyo December 1994
10. Outline of Social Insurance in Japan 1995. Compiled by Social Insurance Agency, Tokyo
11. Present Situation of Public Health Politicies. An unpublished resume. Ministry of Health and Welfare. Translated by Institute for Health Economics and Policy, February 1998
12. Social Welfare in Tokyo '97. Tokyo Metropolitan Government, November

1997
13. The Japanese Experience in Social Security. Institute for Health Economics and Policy, Tokyo March 1997
14. MONBUSHÔ 1997. Ministry of Education, Science, Sports and Culture.

Sentrale deler av fagdokumentasjonen - spesielt angående folkehelsespørsmål - er kommet fra Helse- og velferdsdepartementet, eller anskaffet etter råd derfra. Institute for Health Economics and Policy har etter oppdrag fra departementet gjort en betydelig innsats som velvillig formidler, oversetter og rådgiver.

Nyhetsoppslag og artikkelstoff i den engelskspråklige pressen i Japan, først og fremst den ledende The Japan Times, har gitt mye informasjon om helse- og velferdsspørsmål og bakgrunnsstoff.

C. Samtaler og besøk

- Samtaler med representanter for sosial- og helseadministrasjonen i Tokyo fylke 10. februar 1998
- Samtaler med representanter for sosialadministrasjonen i Saitama fylke 16. februar 1998
- Samtaler med ordfører og representanter for sosialadministrasjonen i Higashimatsuyama kommune, Saitama fylke, samt besøk på Higashimatsuyamahjemmet 17. februar 1998
- Samtaler med representanter for helseadministrasjonen i Suginami kommune i Tokyo, og besøk på et av kommunens lokale helsesentre 19. februar 1998
- Samtaler med representanter for velferdsadministrasjonen og besøk på eldrehjem i Shinagawa kommune i Tokyo 6. mars 1998

En del skriftlig materiale fra disse besøkene er ikke omtalt i oversikten ovenfor.

Vedlegg 4

Søkelys på samfunnsmedisinen

Betty Pettersen Basert på et prosjekt utført ved Statens instituttt for folkehelse 1994

1 INNLEDNING

Folkehelsa undersøkte i 1994 samfunnsmedisinens og samfunnsmedisinernes hverdag i norske kommuner og bydeler gjennom prosjektet «Søkelys på samfunnsmedisinen»[3]. Etter innledende kvalitativt orienterte intervjuer med seks leger i samfunnsmedisinske stillinger og 2 ukers dagbokføring hos tre av disse ble det sendt et spørreskjema til alle landets leger i kommunale samfunnsmedisinske stillinger[4]. Ved kartlegging av kommunene gjennom blant annet telefonisk kontakt fikk vi oversikt over de kommuner som hadde flere enn én lege ansatt i samfunnsmedisinsk stilling. Spørreskjema gikk således ut til 505 personer.

Ved spørreundersøkelsen fikk vi svar fra 330 personer fra 310 kommuner/ bydeler, hvilket gir en svarprosent på 67. Små kommuner er noe underrepresentert, mens det forøvrig er liten variasjon i forhold til landet. Materialet anses å representere samfunnsmedisinerne og kommunene på et akseptabelt nivå.

Sosial- og helsedepartementet mottok i juni 1996 en første rapport om prosjektet[i]. Vi har her gjort en videre bearbeiding av enkelte tema omtalt i rapporten og har analysert og presenterer andre tema fra undersøkelsen[5].

Datagrunnlaget er altså fra 1994, og situasjonen kan ha endret seg. Hvordan de enkelte resultater er påvirket av tiden som har gått er umulig å si uten å gjøre oppfølgingsundersøkelser. Materialet anses likevel å gi et nyttig innblikk i fagfeltet.

2 HVA ER SAMFUNNSMEDISINSKE OPPGAVER I KOMMUNER OG BYDELER OG HVA ER ARBEIDSTIDSINNSATSEN FOR DISSE?

Vi ønsket å kartlegge hvilke arbeidsområder de kommunale samfunnsmedisinerne arbeidet på og hvordan arbeidstiden ble fordelt mellom disse. For å gjøre dette valgte vi å inndele arbeidet i de samfunnsmedisinske stillingene i følgende hovedkategorier:

- Miljørettet helsevern
- Administrasjon og ledelse
- Kurativ praksis
- Helsestasjonsarbeid
- Skolehelsetjeneste
- Arbeid i syke/aldershjem
- Bedriftshelsetjeneste
- Annet forebyggende arbeid
- Annet arbeid (undervisning, forskning etc.)

---

3. Prosjektet «Søkelys på samfunnsmedisinen» ble utført ved Folkehelsa i 1994 på oppdrag av og med midler fra Sosial- og helsedepartementet. Betty Pettersen var prosjektleder, mens Tor Inge Romøren og Arild Bjørndal har deltatt i arbeidet i ulike faser fra starten. Dag Hofoss har vært en god samtalepartner i analysearbeidet.
4. I dette dokumentet brukes begrepet «samfunnsmedisinere» om leger i samfunnsmedisinske stillinger og om spesialister i samfunnsmedisin.
5. Til analysen er statistikkprogrammet SPSS brukt. Til sammenligninger er khikvadrattest brukt og $P<0.05$ er ansett som statistisk signifikant.

Disse virksomhetsområdene er stort sett gjensidig ekskluderende. Ved subklassifisering vil man kunne se noen overlappende målgrupper, oppgaver og arbeidsmetoder. Inndelingen er likevel allment akseptert som retningsgivende for hovedinnsatsområder, og tydelig gjenkjennbar i både kommuner og bydeler[6].

Av disse virksomhetsområdene anser vi at miljørettet helsevern, administrasjon og ledelse, helsestasjons- og skolehelsetjeneste og annet forebyggende arbeid inngår i samfunnsmedisinsk arbeid. Deler av det medisinske arbeidet innen pleie- og omsorgssektoren anses også å være samfunnsmedisinsk arbeid[7].Vår undersøkelse skiller imidlertid ikke mellom det mere kurativt rettede arbeidet i alders/ sykehjem og de mere samfunnsmedisinsk pregede arbeidsområdene av pleie- og omsorgstjenesten i kommunen, og vi har derfor i våre beregninger, - noe misvisende -, ansett dette arbeidet som kurativt.

Samfunnsmedisinerne har svart på hvor mange timer de brukte per uke innenfor disse virksomhetsområdene. De tre viktigste virksomhetsområdene i de samfunnsmedisinske legestillingene var miljørettet helsevern, administrasjon og ledelse og kurativt arbeid (tabell 4.1). De andre områdene var beskjedne innslag i stillingene.

Det var tydelige forskjeller i arbeidstidsbruken avhengig av kommunestørrelse, spesielt når det gjaldt miljørettet helsevern, annet forebyggende arbeid, administrasjon/ledelse og kurativ praksis (tabell 4.2). Store kommuner fikk i gjennomsnitt mere ut av de samfunnsmedisinske stillingene innen miljørettet helsevern, annet forebyggende arbeid og administrasjon/ledelse og mindre kurativt arbeid enn de mindre kommunene. Mellom bydelene var det ingen forskjeller. Miljørettet helsevern utgjorde 10-18 prosent av stillingen, uavhengig av kommunestørrelse, foruten i de nest største kommunene hvor andelen var 24 prosent. Administrasjon og ledelse økte med økende kommune/bydelsstørrelse fra 12-53 prosent av stillingene.

Det var klare forskjeller mellom stillingstyper[8] i arbeidstidsbruk innenfor administrasjon/ledelse, kurativt arbeid og helsestasjonsarbeid, både når en ser på antall timer per uke og når en ser på andel av total arbeidstid uten vakt (tabell 4.1). I fastlønnsstillinger ble det gjort mer arbeid innenfor administrasjon og ledelse og i helsestasjon, i kombinasjonsstillinger mer kurativt arbeid, mens arbeid innen f.eks. miljørettet helsevern var omtrent likt.

Tabell 4.1: Tidsbruk innenfor virksomhetsområdene for hele populasjonen og etter stillingstype. Gjennomsnittlig antall timer per uke og andel av total arbeidstid uten vakt, per lege.

Virksomhets-område	Gjennomsnitt for hele populasjonen		Gjennomsnitt for samfunnsmedisinere i fastlønnsstilling		Gjennomsnitt for samfunnsmedisinere i kombinasjonsstilling		
	N = 328		n = 229		n = 97		
	t/uke	%	t/uke	%	t/uke	%	
Miljørettet helsevern	6,4	16	6,2	16	6,7	15	n.s.

6. Smittevern ble ikke tatt med som egen kategori. Smittevernloven trådte i kraft etter at undersøkelsen ble gjort. Smittevernet ble av legene tidligere ivaretatt i skiktet mellom miljørettet helsevern og kurativ tjeneste samt i andre sektorer. Beredskapsarbeid ble heller ikke tatt med som egen kategori da dette ble ansett å inngå i de andre kategoriene.
7. Enkelte vil kalle disse arbeidsområdene for offentlig legearbeid. Vi bruker imidlertid begrepet samfunnsmedisin slik at offentlig legearbeid anses som en del av samfunnsmedisinsk arbeid.
8. Stillingstype/tilknytningsform er her beskrivelse av hvilken ansettelsesform man har i kommunen, - fastlønnsstilling eller kombistilling. Kombistilling er definert som en kombinasjon mellom en privat allmenn-praksisavtale og fastlønnet ansettelse i kommunen for å gjøre samfunnsmedisinsk arbeid.

Tabell 4.1: Tidsbruk innenfor virksomhetsområdene for hele populasjonen og etter stillingstype. Gjennomsnittlig antall timer per uke og andel av total arbeidstid uten vakt, per lege.

Administrasjon og ledelse	9,6	23	10,7	27	6,9	16	*
Kurativ praksis	20,3	48	17,0	43	27,9	60	*
Helsestasjon	1,0	3	1,2	3	0,6	2	*
Skolehelsetjeneste	0,4	1	0,4	1	0,4	1	n.s.
Syke/aldershjem	1,8	4	1,8	5	1,7	4	n.s.
Bedrift-shelsetjeneste	0,4	1	0,4	1	0,3	1	n.s.
Annet fore-byggende arbeid	1,2	3	1,2	3	1,1	2	n.s.
Annet arbeid (undervisning, for-skning etc)	0,6	1	0,6	2	0,4	1	n.s.

* = $p < 0.05$
n.s. = ikke signifikant

Tabell 4.2: Tidsbruk innenfor virksomhetsområdene etter kommune/bydelsstørrelse. Gjennomsnittlig antall timer per uke og andel av total arbeidstid uten vakt, per kommune/bydel. N = 310.

	Kommunestørrelse										Bydelsstørrelse			
Virksomhetsom-råde	0-1999		2000-4999		5000-14999		15000-49999		50000+		5000-14999		15000-49999	
	n = 41		n = 105		n = 94		n = 43		n = 7		n = 5		n = 15	
	t/uke	%	t/uke	%	t/uke	%	t/uke	%	t/uke	%	t/uke	%	t/uke	%
Miljørettet helsevern	3,7	10	5,4	12	7,1	16	9,7	24	18,0	17	7,0	18	6,7	18
Adm. og ledelse	4,9	13	6,9	16	8,9	20	16,4	38	45,1	53	11,8	31	19,1	49
Kurativ praksis	23,3	60	24,7	57	24,2	54	11,8	26	21,6	15	12,6	39	9,0	25
Helsestasjon	1,8	5	1,4	3	0,6	1	0,8	2	0,9	1	0,8	2	0,7	2
Skole-helsetjeneste	0,7	2	0,5	1	0,2	1	0,5	1	0,6	0,3	0	0	0,3	1
Syke/aldershjem	2,8	7	2,1	5	1,7	4	1,0	2	5,1	4	0	0	1,2	3
Bedrift-shelsetjen.	0,6	1	0,5	1	0,1	0,4	0,4	1	0,4	0,3	0	0	0	0
Annet fore-byggende arb.	0,7	2	1,3	3	0,9	2	1,6	4	7,1	9	1,4	6	1,0	3
Annet arbeid (underv, forskn.)	0,5	1	10,5	1	0,6	1	0,7	2	2,6	2	1,6	4	0,1	0,2

Beregninger av samfunnsmedisinsk arbeid per 10 000 innbyggere viser at man i små kommuner syntes å ha høy innsatsfaktor for alle virksomhetsområder i forhold til større kommuner og bydeler (tabell 4.3). De største kommunene syntes å ha lavest innsatsfaktor per 10 000 innbyggere.

Imidlertid finner vi også at rammebetingelsene for øvrig var ulike, idet de største kommunene hadde større personellspekter (se senere). Den totale samfunnsmedisinske innsats ble nok derfor større enn det som fremkommer i tabell 4.3.

Det kan likevel se ut som om man klarte seg med mindre samfunnsmedisinsk legetjeneste i større kommuner enn i små kommuner, beregnet ut fra timeinnsats per innbygger. Dette kan ligne stordriftseffekt, ved at den innsats som trengs for å dekke innsatsområdet ikke øker proporsjonalt med økende antall enheter som dekkes.

Vurderingen av slike tall må gjøres med stor varsomhet. For flere av innsatsområdene gjelder at det ikke er mulig å vurdere total innsats ut fra bare én yrkesgruppes innsats. Vi har ikke registrert f.eks. det arbeid andre profesjonelle utfører innenfor kurativt arbeid og arbeid innenfor helsestasjon og skolehelsetjeneste. Tallene på disse områdene blir derfor meningsfulle bare dersom vi er klare på at vi kun ser på hvordan de samfunnsmedisinske legestillingene er komponert i kommunene.

Vurdering av tallene må baseres på erkjennelse av flere forhold. Mange samfunnsmedisinske oppgaver krever samme innsats i små som i store kommuner (det er lignende innsats i forhold til et lite vannverk som til et stort). For å kunne gjøre en innsats kreves det et minimum av tid for å følge med i faglige og organisatoriske debatter, kompetanseoppbygging og nettverksarbeid. Alle samfunnsmedisinerne forventes å følge med i samme antall rundskriv, forskrifter, møtereferater fra ulike politiske organer i kommunene osv. For å sikre at man får gjennomslag i ulike sammenhenger kreves det synlighet og kontinuitet, hvilket krever arbeidstidsbruk.

Tabell 4.3: Tidsbruk innenfor virksomhetsområdene etter kommune/bydelsstørrelse. Gjennomsnittlig antall timer per uke per 10 000 innbyggere, per kommune/bydel. N=310.

Virksomhetsområde	Kommunestørrelse					Bydelsstørrelse	
	0-1999	2000-4999	5000-14999	15000-49999	50000+	5000-49999	15000-49999
	n = 41	n = 105	n = 94	n = 43	n = 7	n = 5	n = 15
Miljørettet helsevern	27,1	16,1	9,0	4,0	2,1 (*)	6,4	3,2 (n.s.)
Administrasjon og ledelse	41,0	21,3	10,7	6,5	5,7 (*)	9,9	9,1 (n.s.)
Kurativ praksis	190,3	78,0	31,9	5,1	2,7 (*)	10,3	4,1 (*)
Helsestasjon	15,4	4,1	0,8	0,3	0,1 (*)	0,6	0,3 (*)
Skolehelsetjeneste	5,9	1,6	0,3	0,2	0,1 (*)	0,0	0,1 (n.s.)
Syke/aldershjem	23,2	6,6	2,2	0,4	0,6 (*)	0,0	0,6 (*)
Bedriftshelsetjeneste	4,4	1,6	0,2	0,2	0,1 (*)	0,0	0,0
Annet forebyggende arbeid	5,5	4,5	1,1	0,7	0,8 (*)	1,2	0,5 (n.s.)
Annet arbeid (undervisning, forskning)	4,7	1,6	0,7	0,3	0,3 (*)	11,3	0,0 (*)

* = p<0,05
n.s. = ikke signifikant

Samfunnsmedisinens målgruppe er i klart mindre grad enn for f.eks. allmennmedisineren de enkelte innbyggerne i kommunen, selv om vi senere vil vise at samfunnsmedisinsk arbeid representerer mye befolkningskontakt. I større grad har samfunnsmedisineren som målgruppe etater, avdelinger, organisasjoner, grupper og kommunen som helhet.

Det er klart at kompleksiteten i samarbeidsspekteret, antall oppgaver og kompetansekrav er delvis avhengig av totalt antall innbyggere. Det er likevel ikke noen lineær forbindelse mellom timemessig innsats og befolkningsstørrelse. Det dreier seg mer om et terskel-forhold, hvor tersklene delvis representerer krav til arbeidstid for den legen som skal inneha ansvaret for det samfunnsmedisinske arbeidet og delvis krav om introduksjon av andre yrkesgrupper, støttepersonell eller bedring av teknisk kvalitet, ved f.eks. bedre teknisk utstyr.

Dette betyr at timetallene for samfunnsmedisinsk innsats i små kommuner kanskje angir det som må være en minimumsinnsats.

Det er altså flere gode grunner til at samfunnsmedisinsk innsats per innbygger ikke er et godt middel ved ressursplanlegging. Det er viktig også å huske at hver kommune har én rådmann og de fleste kommuner én teknisk sjef, mens vedkommendes stab/støtteverk øker med økende kommunestørrelse. Det samfunnsmedisinske arbeidet kan meget vel sammenlignes med arbeidet i disse stillingene/yrkesgruppene.

3 SAMFUNNSMEDISINERNES ADMINISTRATIVE ANSVARSSPEKTER

Administrasjon og ledelse er vanlige oppgaver for leger i samfunnsmedisinske stillinger. Gjennomsnittlig 23 prosent av arbeidstiden gikk til dette, økende med kommunestørrelse fra 13-53 prosent. Det administrative spennet varierer. Det var mest vanlig å ha budsjett- og personalansvar for allmennleger (91 prosent) og miljørettet helsevern (82 prosent), mens rundt 65 prosent hadde slikt ansvar for fysioterapi og helsesøstertjeneste. En ikke ubetydelig andel anga også ansvar for jordmortjeneste (42 prosent), avdeling for forebyggende arbeid (36 prosent), næringsmiddelkontroll (26 prosent) og ergoterapi (25 prosent). Det var få som hadde ansvar for hjemmebaserte tjenester (4 prosent) og bedriftshelsetjeneste (12 prosent). Kommunene har således lagt viktige administrasjons- og ledelsesfunksjoner i de samfunnsmedisinske stillingene.

Det skal bemerkes at det for enkelte av disse deltjenestene (f.eks. næringsmiddelkontroll og bedriftshelsetjeneste) finnes kombinasjoner og deling av budsjett- og personalansvar mellom kommune og instanser utenfor kommunen. F.eks. finner man oftest en kommunal budsjettpost (ofte under helsesjefens ansvarsområde) som skal dekke kommunens bidrag til interkommunal næringsmiddelkontroll, samtidig som den interkommunale næringsmiddelkontroll har det overordnede budsjett- og personalansvar for tjenesten. Dette har vi ikke kunnet korrigere for i ovenfornevnte beregninger da vi ikke har data om dette.

Samfunnsmedisinerne får gjennom sitt arbeide med miljørettet helsevern, smittevern, administrasjon og ledelse og i øvrige deltjenester viktige funksjoner i saksbehandling, saksforberedelse for politisk behandling og planleggingsoppgaver. Gjennom dette blir de viktige utredningsaktører, som ved sin kunnskap om bl.a. folkehelseproblemenes omfang, alvorlighet, årsaker og tiltaksmuligheter kan levere viktig grunnlagsmateriale for både administrative og politiske prosesser i kommunene.

4 SAMFUNNSMEDISINERNES SAMARBEIDSFORHOLD I OG UTENFOR HELSETJENESTEN

De kvalitative intervjuer og detaljerte virksomhetsbeskrivelsene som vi fikk inn gjennom forprosjektfasen[9] i prosjektet, hadde som en sentral målsetting å få en nærmere tilgang til det samfunnsmedisinske fagfeltet, få en forståelse av hva sam-

funnsmedisinsk arbeide består av og hvilke relasjoner det baseres på. Slike mere kvalitative data gir ikke grunnlag for generaliseringer, men kan gi større forståelse for mangfoldet i praksisfeltet. Det følgende er en beskrivelse på basis av intervjuene og virksomhetsbeskrivelsene.

Samfunnsmedisinerne hadde brede kontaktflater. Kontakten var bred innenfor den kommunale organisasjon, både i forhold til etater og enkeltmedarbeidere i og utenfor helseetaten. Samfunnsmedisinerne samarbeidet også med og forholdt seg til en rekke instanser også utenfor kommunal forvaltning.

Kontakten med befolkningen var også bred. Den besto dels i pasientrettet individuell kontakt i kurativ praksis og pasientrettet arbeid via f.eks. veiledning, undervisning, klagebehandling, deltakelse i pleie- og omsorgsetatens arbeid og i basisteam.

Forvaltningen av lover og forskrifter, f.eks. gjennom godkjenning av frisørsalonger og skoler/barnehager ga også kontakt med befolkningen.

Samfunnsmedisineren hadde også kontakt med befolkningen gjennom grupperettet virksomhet på ulike arenaer, f.eks. gjennom helsestasjon, skolehelsetjeneste, frivillige organisasjoner og via planleggingsarbeid. Dette er en grenseflate som samfunnsmedisinerne har vært nesten helt alene om å hevde er en viktig arena for helsearbeidere å arbeide på. Dette gjelder kanskje spesielt blant leger, men også generelt blant mange helsepersonellgrupper utover helsesøstre på enkelte av disse områdene.

Denne brede kontaktflaten mot befolkningen gir tilgang til informasjon om ressurser og problemer både i befolkningsgrupper, geografiske områder, enkeltbedrifter og organisasjoner. En systematisk tilnærming til dette kan gi nødvendig statistikk/planleggingsverktøy for kommunens helsetjeneste. I dette ligger også at samfunnsmedisineren kan aksepteres som mottaker av helsestatistikk (f.eks. sykelighet, ressurser, ressursbruk, virksomhetsregistreringer) fra f.eks. allmennleger og har kompetanse til å forvalte denne på en god måte.

Den brede kontaktflaten mot befolkningen og øvrige instanser i og utenfor kommunen gir også muligheter for nettverksarbeid i befolkningen og mellom aktører i og utenfor helsetjeneste og kommune.

Supplerende til denne kvalitative beskrivelsen av samfunnsmedisinernes plass og funksjon i den lokale helsetjeneste er våre data fra spørreundersøkelsen omkring møtevirksomhet.

Vi har informasjon om møtehyppighet med mange lokale aktører. Denne informasjonen gir et detaljert bilde av samarbeidsmønsteret med andre kommunale, fylkeskommunale og statlige aktører lokalt. Samarbeid er avhengig av mange faktorer og antar ulike former. Vi betrakter møtehyppighet som et viktig uttrykk for etablerte samarbeidslinjer og -intensitet. Vi har ikke data omkring hvilke oppgaver som var fokus for møtevirksomheten.

Leger i samfunnsmedisinske stillinger møtte i stor grad mange instanser i helsetjenesten, i og utenfor kommuneorganisasjonen. Helsesøstrene var en meget viktig samarbeidspartner. For øvrig ser det ut til at samfunnsmedisineren ut fra møtevirksomhet i stor grad var orientert i retning kurativ og sosialmedisinsk virksomhet, gjennom samarbeid med sykehjem, hjemmesykepleie, fysioterapi og trygdekontor, i mindre grad mot miljøvern og teknisk etat. I minst grad møtte samfunnsmedisinerne kulturetat, lokalsykehus og hjemmehjelpstjeneste.

Det er ikke funnet forskjeller i møtevirksomhet ut fra stillingstype. Imidlertid var det en viss tendens til at fastlønnede leger hadde flere av samarbeidsinstansene

9. I denne delen av prosjektet deltok totalt 6 leger, fra større og mindre kommuner, også bykommuner/-deler.

nærmere seg, dvs. møtte dem noe oftere, - foruten at de i kombinasjonsstilling møtte psykiatrisk-faglig ledelse ved lokalsykehuset noe oftere.

Drivkrefter og betingelser som bidrar til dette er nok mange. Det dreier seg om både hva kommunen som arbeidsgiver, kolleger, samarbeidspartnere og befolkningen etterspør og anerkjenner, og hvilke faglige standarder og støtteverk som finnes. Legens kompetanse, faglige målsettinger og personlige preferanser har også betydning. Men man må anta at den lokale organisering av tjenestene er viktigst, hvilket er ansvaret til kommunens administrative og politiske ledelse.

En annen måte å kartlegge samfunnsmedisinernes samarbeidsfunksjoner på er deres engasjement i undervisning. Vi finner at de ga undervisning i alle kommuner og bydeler uansett størrelse, men mest i store kommuner. Undervisningen var rettet mot mange målgrupper. Stort sett ga de 0,5-2 t/mnd per målgruppe i helseetaten og 0,2-0,7 t/måned per målgruppe utenfor etaten. I de største kommunene ga samfunnsmedisinerne mer undervisning overfor privatpraktiserende leger, øvrig helsepersonell og annet personell i og utenfor etaten enn i små kommuner. I forhold til stillingstype er det ingen vesentlige forskjeller, foruten en viss tendens til at fastlønte samfunnsmedisinere underviste noe mer totalt sett, og at de underviste mer for fastlønte leger og de i kombinasjonsstilling litt mer for privatpraktiserende leger.

Det synes riktig å konkludere med at samfunnsmedisinerne arbeidet tverrfaglig og tverretatlig og hadde et bredt kontaktnett, også med befolkningen.

5 FORHOLDET TIL ULIKE SAMARBEIDSPARTNERE, VIKTIGSTE STØTTESPILLERE OG VANSKELIGSTE SAMARBEIDSPARTNER

Samfunnsmedisinerne hadde som redegjort for foran et bredt samarbeidsfelt, både i og utenfor helsetjenesten og i og utenfor den kommunale organisasjonen. Det har gjennom flere år vært hevdet at samfunnsmedisinere har samarbeidsproblemer, spesielt i forhold til overordnet ledelse innen helsesektoren, men også lenger opp i den kommunale organisasjonen. Dette har vært lansert som årsak til vantrivsel og diskontinuitet. Dette har i liten grad vært objektivisert, utover at Kolstrup fant at samarbeidsforhold var en viktig trivselsfaktor både i forbindelse med nåværende arbeidsforhold, ved oppsigelse og valg av eventuell ny stilling[ii].

Vi ba leger i samfunnsmedisinske stillinger om å karakterisere sitt forhold til en rekke aktører i samarbeidsfeltet.

Helsesøstre og fysioterapeuter kom best ut, ved at rundt 88 prosent svarte at de hadde svært godt eller godt forhold til disse. Andre avdelinger i helseetaten, sykehjem, pleie- og omsorgsetat og kommunalt ansatte leger kom like etter, med rundt 85 prosent.

Våre respondenter anga sitt forhold til overordnede som rimelig positivt, ved at rundt 65 prosent anga et svært godt eller godt forhold til overordnet ledelse på helse- og sosialsektor og overordnet kommuneadministrasjon. Det var en nedadgående scoring av forholdet dess lengre opp i den kommunale organisasjon man kom, både administrativt og politisk. Forholdet til politikere ble scoret til dårligere enn de fleste andre grupper, ved at det var færre som anga forholdet som svært godt.

Dårligst forhold kunne det synes som om samfunnsmedisinerne hadde til privatpraktiserende leger, men når vi holder de (temmelig mange) utenfor som svarte «ikke aktuelt» og «vet ikke» finner vi at 65 prosent anga sitt forhold til denne gruppen som godt eller svært godt, det vil si like godt forhold til disse som til de fleste andre.

Fastlønte samfunnsmedisinere anga sitt forhold til kommunalt ansatte leger som bedre enn samfunnsmedisinere i kombinasjonsstilling. De sistnevnte anga sitt forhold til privatpraktiserende leger med avtale som bedre enn til kommunalt

ansatte leger. Ellers finner vi ingen forskjeller ut fra tilknytningsform. I forhold til kommunestørrelse var det små forskjeller når det gjelder forholdet til pleie- og omsorgssjef, økonomisk-administrativt personell i etaten og kommunalt og privat ansatte leger, men ellers syntes samfunnsmedisinernes forhold til samarbeidspartnerne ikke avhengig av kommune/bydelsstørrelse.

Vi finner altså at samfunnsmedisinerne stort sett anga sitt forhold til ulike aktører som godt. Det er ingen grupper som samfunnsmedisinerne tydelig anga å ha et dårlig forhold til. Våre tall angir således at leger i samfunnsmedisinske stillinger på undersøkelsestidspunktet syntes å ha gode erfaringer med de fleste samarbeidspartnerne og at deres generelle samarbeidsklima syntes godt. Ved vurdering av disse tallene er det viktig å huske at begrepene «godt» og «dårlig» kan romme hhv. begrepene «nært» og «fjernt«. Det vil si at «dårlig» ikke nødvendigvis betyr konfliktfylt og «godt» det motsatte.

Supplerende til denne vurderingen av generelt samarbeidsklima spurte vi om de tre viktigste støttespillerne på jobben og den vanskeligste samarbeidspartneren.

De viktigste støttespillerne var leger, andre i helsesektoren (så som hjelpepersonell, medarbeidere, fysioterapeuter), overordnet ledelse i helse- og sosialsektoren og helsesøster/helsestasjon.

Det vanligste svaret når det gjelder vanskeligste samarbeidspartner var «ingen«, noe som 16 prosent eller vel 1/6 angir. De som oppga vanskeligste samarbeidspartnere nevnte oftest politikere, overordnet kommuneadministrasjon og teknisk etat, med helsesøster/helsestasjon og overordnet ledelse i helse- og sosialsektor som de neste.

Samlet sett kan man si at de viktigste støttespillerne hadde samfunnsmedisinerne i sitt nærmeste fag- og arbeidsmiljø, mens de vanskeligste samarbeidspartnerne gjerne fantes høyt i det kommunale administrative og politiske apparat. Det var i liten grad angitt at brukergrupper var støttespillere eller vanskelige samarbeidspartnere og noe overraskende kom fylkeslegen ut som en uvesentlig støttespiller.

Det er vanskelig å forklare dette samarbeidsmønsteret. Det anses imidlertid naturlig at arbeidstakere finner sine viktigste støttespillere i sitt nærmeste arbeidsmiljø. Samfunnsmedisinerne arbeider i mange saker med og mot den øvrige kommunale administrasjon og det politiske miljø, og må kampere med mange om disses oppmerksomhet. Det synes rimelig å anta at dette kan resultere i en følelse av at disse er vanskeligere å samarbeide med eller ligger fjernt fra deres nærmeste arbeidsfelt. Det er viktig å være oppmerksom på dette i forhold til at sentrale samfunnsmedisinske arenaer og oppgaver faktisk ligger på disse nivåene.

At fylkeslegen kom ut som en uvesentlig støttespiller er også viktig å være oppmerksom på, spesielt i lys av svake forbindelser mellom samfunnsmedisinere i ulike kommuner og at kompetansemiljøene tilgjengelig for samfunnsmedisinerne gjerne ligger langt unna den enkelte yrkesutøver og kan oppfattes som vanskelig tilgjengelig på grunn av størrelse og spesialisering. Det blir et spørsmål om hvor sterkt samfunnsmedisinernes faglige nettverk egentlig er.

6 PERSONELLMESSIGE RESSURSER

De rammebetingelser samfunnsmedisineren har personell- og utstyrsmessig er avgjørende for hvilke oppgaver som kan dekkes, hvordan arbeidet gjøres og hvordan trivselen med arbeidet er.

Vi spurte om hvilke stillingskategorier det fantes hjemler for og hvorvidt man mente dette var nok, for lite eller for mye av de ulike personelltypene.

De aller fleste hadde hjemler for helsesøster og sekretær, mens rundt 1/3 hadde hjemler for teknisk-hygienisk personell og nesten halvparten for veterinær[10]. Med

økende kommunestørrelse hadde man gjerne flere stillingskategorier, mens de største bydelene gjerne hadde mindre personellspekter enn de mindre bydelene. Samfunnsmedisinerne var mest fornøyd med omfang av hjemler for veterinærer, sekretærer og helsesøstre, selv om det er en del forskjeller mellom kommunestørrelsene i angivelsene. De var minst fornøyd med omfang av hjemler for teknisk-hygienisk personell.

Et viktig aspekt ved vurdering av disse tallene er at kommuner og bydeler organiserer sine tjenester ulikt. F.eks. har alle kommuner foruten Oslo interkommunale løsninger for veterinærtjeneste og mange har samme for teknisk-hygienisk personell. Budsjett og ledelse for slike løsninger ligger gjerne ikke nært opp til samfunnsmedisineren, - selv om de kan ha et nært faglig samarbeid med slik interkommunal tjeneste. Måten å besvare våre spørsmål på kan variere med slike forhold, uten at vi kan kontrollere og korrigere for slike forhold.

7 UTSTYRSMESSIGE RESSURSER

For å gjøre et godt arbeid er samfunnsmedisinerne i tillegg til egen og andres kompetanse og kapasitet avhengig av ulike hjelpemidler. Dette er tydelig spesielt i miljørettet arbeid, hvor både prøvetagning og bildedokumentasjon er klare forutsetninger i flere sammenhenger. Men andre arbeidsområder er også avhengig av tilpasset utstyr. F.eks. er EDB-utstyr i økende grad aktuelt for samfunnsmedisineren, både i saksbehandling og utredninger. Stikkord er planlegging ved hjelp av løpende driftsdata, sammenligning med andre kommuner, statistikk- og informasjonsdata til og fra statlige instanser, GIS-systemet, egne innhentede data, kommunikasjon med andre aktører, kunnskapsinnhenting etc.

Vi fant at totalt sett var utstyrssituasjonen ikke god i norske kommuner og bydeler (tabell 4.4). Nesten 40 prosent av samfunnsmedisinerne hadde ikke EDB-utstyr med programvare. Det tyder på at kommunene i for liten grad hadde prioritert det samfunnsmedisinske arbeidet i den utstyrsoppgradering som resten av den kommunale administrasjon har gjennomgått. EDB betraktes i dag som grunnleggende nødvendige hjelpemidler i de fleste arbeidssituasjoner for høyere utdannet personell, så også for samfunnsmedisinere. Man må anta at situasjonen har endret seg siden 1994, men hvordan er ikke kjent.

Det må imidlertid understrekes at EDB sammen med øvrig utstyr for miljøundersøkelser og dokumentasjon i løpende driftsoppgaver er grunnleggende premisser for å få et godt samfunnsmedisinsk arbeid. Dette er primært kommunenes ansvar.

Tabell 4.4: Utstyrsmessige ressurser tilgjengelig. For hele populasjonen og etter kommunestørrelse. Prosent. N=330.

	Hele populasjonen	Kommunestørrelse					Bydelsstørrelse	
		0- 1999	2000-4999	5000-14999	15000-49999	50000 +	5000-14999	15000-49999
		n=41	n=108	n=96	n=47	n=18	n=5	n=20
Inneklimakoffert	53	42	57	53	70	33	40	27
Støymåler	32	12	21	42	66	33	20	7

10. Veterinærtjeneste med relevans for samfunnsmedisinsk arbeid og samfunnsmedisinere er f.eks. arbeide i næringsmiddelkontroll, planlegging av vannforsyning, renovasjon etc. i kommunene.

Tabell 4.4: Utstyrsmessige ressurser tilgjengelig. For hele populasjonen og etter kommunestørrelse. Prosent. N=330.

Eget laboratorium	22	24	26	18	28	17	20	7
Laborat. utenfor kommunen/bydelen	36	42	38	38	23	33	20	33
Fotoapparat	29	34	25	29	38	33	0	27
Undervisningsutstyr	58	46	53	63	72	61	60	40
EDB-utstyr med programvare	62	63	59	62	68	72	80	53
Annet utstyr	6	0	2	8	4	17	20	13

8 SAMFUNNSMEDISINERNES TRIVSEL OG MOTIVASJON

Mange faktorer påvirker trivsel i jobbsituasjonen, blant annet fysiske arbeidsforhold, psykososialt klima, arbeidstid og arbeidsmengde og forholdet til overordnede. Noen av disse faktorene har vi redegjort for tidligere. Vi redegjør her for hvordan leger i samfunnsmedisinske stillinger uttalte seg på direkte spørsmål om en del slike faktorer.

De trivselsfaktorer vi har registrert fremkommer i tabell 4.5, som også viser hvordan våre respondenter svarte på disse. Når vi ser på samlet prosent for fornøyd og svært fornøyd finner vi at våre respondenter jevnt over var ganske fornøyde med de fleste faktorene, hvilket uttrykkes i samlefaktoren «jobben alt-i-alt» med 62 prosent. Kun 8 prosent var misfornøyde.

Samfunnsmedisinerne var mest misfornøyde med mere strukturelle forhold ved jobben - så som fysiske arbeidsforhold, lønnsforhold og stillingsinstruks. Det som slo klarest negativt ut var lønnsforholdene og stillingsinstruks, hvor hhv. 18 og 28 prosent var misfornøyde. Det sistnevnte kan ha sammenheng med at det var såvidt mange som oppga annet sted at de faktisk ikke hadde stillingsinstruks (57 prosent). De var mere fornøyd med hvordan de personlig kunne takle jobbinnholdet - så som frihet til å bestemme hva gjøre, velge arbeidsmetoder og bruke egne evner. Når det gjaldt ansvarsmengde og å bestemme arbeidstempo var svarene litt mer forbeholdne.

Det ble ikke funnet vesentlige forskjeller i trivsel mellom kjønnene, ut fra alder, tid i nåværende stilling, kommune/bydelsstørrelse eller hvorvidt vedkommende hadde spesialitet eller ikke eller ut fra type spesialitet. I forhold til tilknytningsform finner vi at de som var i kombinasjonsstillinger var mere fornøyd med lønnsforhold enn det fastlønnslegene var og det var også en viss tendens til at de var mere fornøyd med hvordan de kunne takle jobben.

Tabell 4.5: Trivsel, alle faktorer. Prosent. N= 330

	Svært fornøyd	Fornøyd	Både-og	Misfornøyd	Svært misfornøyd
Ansvarsmengde	8	46	31	13	3
Fysiske arbeidsforhold	15	43	23	15	4
Frihet til å bestemme hva gjøre	19	50	22	8	1
Frihet til å velge arbeidsmetoder	19	56	21	3	2
Frihet til å bestemme arbeidstempo	12	41	28	16	4
Mulighet til å bruke egne evner	20	48	24	8	1

Tabell 4.5: Trivsel, alle faktorer. Prosent. N= 330

Lønnsforhold	13	42	27	15	3
Stillingsinstruks	6	30	36	20	8
Jobben alt-i-alt	11	51	31	7	1
Tilværelsen for tiden	7	55	28	9	1

De aller viktigste motivasjonfaktorene for samfunnsmedisinerne ble angitt å være interessant arbeid, å se resultater av eget arbeid og samarbeid med andre. Men også innflytelse/mulighet til påvirkning, læring og egenutvikling og tjenestens faglige omdømme var viktige. Lønnsforhold fremsto ikke som en sentral motivasjonsfaktor, men var klart tilstede.

Kvinner syntes i større grad i større grad enn menn at anerkjennelse for innsats var en viktig motivasjonsfaktor. Ellers finner vi ingen forskjeller mellom kjønnene i skåring på motivasjonsfaktorer. I forhold til alder finner vi ikke overraskende at egen karriere var en noe viktigere motivasjonsfaktor for de yngre aldersgrupper enn for de eldre. Når det gjelder faglig omdømme var det forskjeller, men ingen klare tendenser ut over at denne motivasjonsfaktoren nok syntes viktigere for de eldre aldersgruppene enn for de yngre. Det var ingen forskjeller ut fra tilknytningsform utover for lønnsforhold. Her finner vi at lønnsforhold var en viktigere motivasjonsfaktor for de som var i kombinasjonstillinger enn for de i fastlønnsstillinger. I forhold til tid i nåværende stilling viser det seg (ikke overraskende) at egen karriere var en viktigere motivasjonsfaktor for de som har vært kortest tid (opp til fem år) i stillingen. Det var for de som hadde vært ansatt opp til 9 år at innflytelse/mulighet til å påvirke var viktigst. Det var ingen forskjeller i angivelsen av motivasjonsfaktorer avhengig av kommune/bydelsstørrelse.

9 HVORDAN EVALUERER SAMFUNNSMEDISINERNE SELV SITT SAMFUNNSMEDISINSKE ARBEID?

Vi har svar på et åpent spørsmål om hva den enkelte vurderte kvaliteten ved sitt samfunnsmedisinske arbeid ut fra. Dette er svake data som må vurderes med forsiktighet. De gir imidlertid en interessant og nødvendig tilgang til de enkelte yrkesutøvernes opplevelse av sitt eget arbeide.

Mange oppfattet spørsmålet som om vi spurte hvordan de vurderte sin arbeidsinnsats. Av disse vurderte de aller fleste at de gjorde en rimelig god jobb, de andre uttrykte at de mente de gjorde en dårlig jobb. Det sistnevnte ble gjerne nevnt sammen med ord om tidspress, for lite tid avsatt til dette arbeidet o.l. Mange nevnte at de hadde for lite tid til samfunnsmedisinsk arbeid, at de burde ha mere tid avsatt til slikt arbeid for å dekke de egentlige oppgaver.

Vi får for øvrig en rekke innspill til konkrete indikatorer for kvalitet ved samfunnsmedisinsk arbeid. Disse fordeler seg innenfor følgende hovedkategorier:

- Volum
- Tilbakemeldinger
- Prosedyrer/rutiner/instrukser
- Resultat/måloppnåelse
- Egen totalvurdering

I denne sammenheng er det viktig å peke på at arbeidet med indikatorer for samfunnsmedisinsk arbeid ikke er kommet langt, men at man her har en del konkrete innspill som utgjør en viktig innfallsport til videre utvikling. Konkret anga samfunnsmedisinerne at de brukte følgende vurderingskriterier:

- Volum Antall saker behandlet, antall henvendelser fulgt opp Antall klager Planarbeid på gang
- Tilbakemeldinger Fra legekolleger, helsesøster, faglig aksept, fra politikere, andre etater
- Prosedyrer/rutiner/instrukser Gitte retningslinjer, forskrifter, utviklede standarder
- Resultat/måloppnåelse. Hvorvidt man klarer å følge planer/målsettinger som er satt lokalt og sentralt. Følelse av gjennomslag, innflytelse
- Egen totalvurdering. Skjønn, ugjort arbeid

De fleste av disse vurderingskriteriene kan ikke bli operasjonelle indikatorer uten videre bearbeiding og spesifisering. For i fremtiden å få gode indikatorer for samfunnsmedisinsk arbeid, både hva kvantitet og kvalitet angår er det nødvendig med videre utviklingsarbeid, i nært samarbeid med yrkesutøverne selv.

10 SAMMENDRAG/KONKLUSJONER

Vi har presentert data fra en undersøkelse av samfunnsmedisinere og samfunnsmedisinsk arbeid i kommuner og bydeler fra 1994.

Den samfunnsmedisinske legefunksjonen i kommunene dekker flere arbeidsområder, både en faglig utøvende rolle i forhold til f.eks. miljørettet helsevern, en lederposisjon i den kommunale organisasjon og en tverrfaglig og etatsovergripende rolle. I tillegg har de aller fleste samfunnsmedisinerne i kommunene en allmennmedisinsk faglig utøvende rolle.

Vi fant tydelige forskjeller i arbeidstidsbruken avhengig av kommunestørrelse, spesielt når det gjaldt miljørettet helsevern, annet forebyggende arbeid, administrasjon/ledelse og kurativ praksis. Det var klare forskjeller mellom stillingstyper (fastlønnsstilling og deltidsstilling som samfunnsmedisiner kombinert med privat praksisavtale) i arbeidstidsbruk innenfor flere arbeidsfelter.

Beregninger av samfunnsmedisinsk arbeid per innbygger er ikke et godt middel ved ressursplanlegging. Det er ingen lineær forbindelse mellom timemessig innsats og befolkningsstørrelse, kommunen/bydelen bør ha tilgjengelig samfunnsmedisinsk legetjeneste med nødvendig kompetanse uavhengig av kommunestørrelse og med kapasitet svarende til kompleksiteten i den gitte kommune/bydel, hvilket bare delvis er avhengig av kommunestørrelse.

Administrasjon og ledelse var vanlige oppgaver for leger i samfunnsmedisinske stillinger, med varierende administrativt spenn.

Samfunnsmedisinerne får gjennom sitt arbeide med miljørettet helsevern, smittevern, administrasjon og ledelse og i øvrige deltjenester viktige funksjoner i saksbehandling, saksforberedelse for politisk behandling og planleggingsoppgaver. Gjennom dette blir de viktige utredningsaktører for både administrative og politiske prosesser i kommunene.

Samfunnsmedisinerne arbeidet tverrfaglig og tverretatlig og hadde et bredt kontaktnett, også med befolkningen.

Samfunnsmedisinerne anga sitt forhold til ulike andre aktører som stort sett godt. De viktigste støttespillerne hadde samfunnsmedisinerne i sitt nærmeste fag- og arbeidsmiljø, mens de vanskeligste samarbeidspartnerne gjerne fantes høyt i det kommunale administrative og politiske apparat. Fylkeslegen kom noe overraskende ut som en uvesentlig støttespiller.

I forhold til personellressurser var samfunnsmedisinerne minst fornøyd med omfang av hjemler for teknisk-hygienisk personell. Det var ingen god teknisk utstyrssituasjon.

Jevnt over var samfunnsmedisinerne ganske fornøyde med de fleste trivselsfaktorene, - de var mest misfornøyde med mere strukturelle forhold ved jobben - så som fysiske arbeidsforhold, lønnsforhold og stillingsinstruks. De aller viktigste motivasjonsfaktorene var interessant arbeid, å se resultater av eget arbeid og samarbeid med andre.

Arbeidet med indikatorer for samfunnsmedisinsk arbeid er ikke kommet langt, men undersøkelsen gir en del innspill til videre utvikling av konkrete indikatorer for kvalitet ved samfunnsmedisinsk arbeid.

Undersøkelsen gir innspill til en forståelse av fagfeltet slik det fremkom i 1994. Den bør følges av videre undersøkelser, spesielt etter innføring av en fastlegeordning. En rekke rammebetingelser vil endres og uten tvil vil den samfunnsmedisinske legetjeneste endres med dette. Prosessene bør følges med tanke på å se om de går i en ønsket retning i forhold til målsettinger for tjenestene.

Referanser:

[i] Pettersen B. Søkelys på samfunnsmedisinen. Arbeidsrapport nr. 1/1996. Oslo: Folkehelsa, 1996.

[ii] Kolstrup N, Sønbø Kristiansen I. Trivsel blandt læger i kommunale samfundsmedicinske stillinger. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3481-6.