

HELSE OG SAMFUNN

Foredrag ved årsmøtet i Nasjonalforeningen for Folkehelsen,
Lillehammer 15. juni 1981.

Helse og samfunn. Samfunn og helse.

Man stusser et øyeblikk. Hva er det mest dekkende valg av tittel? Et pinefullt valg - for man biter seg fort i halen, -stiller et umulig spørsmål. Hva er først og sist? La gå. Det er et grunnleggende spørsmål, som

2.

helse er et grunnleggende gode - og som et godt samfunn er grunnleggende for en god helse. Vår helsetjeneste i mer snever forstand setter vi pris på - en høy pris. 20 milliarder er mange penger, penger vi må være levende opptatt av virkelig når sine mål. 5000 kr. pr. innbygger.^{pr, a} 120.000 ansatt i helsesektoren. Det er virkelig dimensjoner over det. Helsen preges likevel mer av livsstil og av samfunnsforhold enn av helsetjenesten.

Politikken for at folk skal være friske er selvsagt noe langt mer. Det forebyggende arbeidet er en viktig oppgave for helsetjenesten. Men samtidig er det klart at hovedinnsatsen her ligger på andre samfunnsområder - det som skjer i arbeidslivet, i trafikken, i bolig- og

nærmiljø, blandt ungdom og eldre har store konsekvenser for folks helse. All politikk er helsepolitikk - eller uhelsepolitikk. Og der er vi tilbake ved titelen for foredraget - helse og samfunn er tett vevd sammen.

Samspeillet mellom helse og samfunn er særlig aktuelt ved inngangen av 80-åra. Ikke først og fremst fordi vi møter økonomiske problemer i helsetjenesten, men fordi samfunnet endrer seg så raskt.

Vi glemmer ofte hvor dyptgripende og dramatiske disse endringene er. Etter flere tusen år med jevn og rolig utvikling, gikk det gamle jordbrukssamfunnet over i industrisamfunnet for 100-150 år siden. Og så - på

to -tre tiår - har rask økonomisk vekst skapt forbruker-samfunnet med velstand og velferd. Vi har i vårt land bygd et helt nytt samfunn. Det har gitt menneskene økonomisk trygghet. Men det har også ført til oppbrudd og utrygghet i jobb, familie og nærmiljø. Den tekniske utvikling vi øyner foran oss kan gi enda raskere endringer for mange.

Det er klart at endringene har stor betydning for helsen. Vi ser negative sider - utrygghet, pendling og stress. Men de positive sidene er langt sterkere: bedre økonomi, bedre boliger, bedre utdanning. Vi får kanskje lett en skjev oppfatning av historien. Gjennom litteraturen og fjernsynet møter vi helst overklassens liv - skildringer

av Edward den 7de og Familien Ashton. Går vi til Eilert Sundt eller de eldste blandt oss blir vi minnet om de harde og mørke sidene ved det gamle samfunnet - fattigdommen, arbeidsløsheten, streng sosial lagdeling og spenninger mellom de ulike samfunnsklasser.

I dag har vi store muligheter til å gi menneskene et godt liv og en god helse - hvis menneskene i fellesskap og hver for seg vil det.

Vi har i dag kunnskap nok til å vite at helsen formes av samfunnsmiljøet; av arbeidslivet, boligforholdene, utdanningen, trafikken, av sosiale og økonomiske forhold. Det er derfor vi trenger en tyngdeforskyvning mot det forebyggende arbeidet.

Mange av de sykdommer som rammer oss i dag, kan i liten grad behandles. Men vi kan innrette samfunn og miljø slik at de i større grad kan forebygges. Amerikanerne har på bare ti år oppnådd en reduksjon i dødeligheten av hjerte-karsykdommer på nesten 25 prosent. De har klart det ved å legge om sin livsstil. Mulighetene i det forebyggende arbeidet gir grunnlag for optimisme. Denne optimismen vil prege dette foredraget.

Jeg vil dele resten av innlegget i tre:

- først litt om helsebegrepet
- deretter en kort historisk oversikt
- i tredje del vil jeg skissere noen hovedtrekk i helsepolitikken for 80-åra, slik de er lagt fram i Regjeringens Langtidsprogram.

Hva er helse og sykdom?

Helse og sykdom er relative begrep. Tradisjonelt ble helse oppfattet som fravær av sykdom. Nå mener mange at god helse er mer enn bare "ikke syk". Sykdom er negativt - feil i organismen eller psykiske bekymringer. Helse er noe positivt - det er evnen til å motstå påkjenninger av fysisk, psykisk og sosial art, slik at påkjenningen ikke medfører nedsatt funksjon eller trivsel. Helsen er ikke noe en får, men noe en må arbeide og kjempe for hele livet. God helse betyr at en har overskudd i forhold til dagens krav.

Dårlig helse er knyttet til samspillet individ/samfunn. Det har vært vanlig å dele befolkningen inn i gruppene

"syke" og "friske". Etter den mer dynamiske definisjonen av helse, er det kanskje mer dekkende å bruke en skala med graden av funksjonsevne som målestokk. Noen mennesker har stor evne til tilpasning og føler seg vel ved utfordringer. Andre foretrekker mer beskjedne utfordringer - fordi menneskene har ulike ressurser. Derfor foretrekker jeg en definisjon av helse som er knyttet til individets egen situasjon og til mestring av den. Helse er overskudd i forhold til dagens krav. Sett slik, kan et menneske med kronisk sykdom, handikap eller høy alder like fullt ha god helse selv om reservene er betydelig redusert. Tidsperspektivet er viktig. Det er et element av stabilitet og trygghet i god helse - den varer ofte hele livet.

Et forhold er spesielt viktig og vanskelig når vi diskuterer helsebegrepet - sammenhengen mellom helse og sosial status. Vi vet at det er en klar sammenheng og alltid slik at helsen er bedre jo høyere en kommer opp i samfunnet. Den såkalte "Oslo-undersøkelsen" har f.eks. vist at hjerte/kar-sykdommer ikke er en "direktør-sykdom", men tvertimot mest utbredt blandt de svakest stilte.

Hvorfor er det slik? Mange årsaker har vært nevnt - utdanning, inntekt, arbeidsmiljø, bolig, sosialt miljø. Sannheten er at vi ikke vet nøyaktig hva årsaken er. Dette har to viktige konsekvenser:

10.

- Vi må støtte en forskning som klarlegger hvilke faktorer som er spesielt kritiske for å ha dårlig helse.
- Vi må støtte en politikk som minsker forskjellene mellom menneskene i samfunnet - altså en effektiv utjevningpolitikk.

Forebyggende arbeid er først og fremst et politisk problem: Å få helsepolitiske mål og hensyn bedre inn i den vanlige planlegging og styring av samfunnet.

Vi må legge til grunn at lik behandling av dem som på forhånd står ulikt, kan holde ulikhetene ved like.

Hvorfor må samfunnet interessere seg for folks helse? Fordi dårlig helse ikke er et individuelt, men et samfunnsmessig problem. Det er knyttet til ubalanse mellom den enkeltes muligheter og de krav samfunnet stiller. Dette innebærer at samfunnet må interessere seg for folks helse - ja helsen må være et hovedmål i politikken.

Vi er alle avhengige av hverandre. Vi trenger alle før eller senere hjelp og omsorg. Derfor trenger vi et solidarisk samfunn. Vi er alle på samme lag enten vi er syke, funksjonshemmede, gamle eller i øyeblikket friske. Solidariteten må gå begge veger. Hver og en må ta ansvar for sin egen helse, men samtidig føle ansvar for

sin neste og fellesskapet. Sosiale motsetninger må bygges ned slik at den enkelte bedre kan styre sine levekår. Helse forutsetter en sunn samfunnspolitikk. All politikk er i virkeligheten helsepolitikk.

La meg så se på det historiske perspektivet.

Spør vi eldre folk om folkehelsen er blitt bedre, får vi "ja" til svar. De kan fortelle om sykdommer vi knapt kjenner til. De kan fortelle om skjulte plager - om lidelser det før var umulig å gjøre noe med.

Folkehelsen er blitt bedre fordi levekårene generelt er forbedret - vi har fått bedre hygiene, boliger og kosthold. Det viktigste er at vi har avskaffet masse-

fattigdommen. Vi har meget nær skapt full sysselsetting og en trygg økonomi. Gjennom dette har vi visket ut mange av de sosiale skillelinjer.

Fra århundreskiftet til 1950 steg menns levealder fra vel 50 til nesten 70 år. Kvinner hadde en liknende utvikling selv om de alltid har vært mer seiglivet. Etter krigen har de materielle levekår bedret seg raskt. Økt kunnskap og økte ressurser gjør det nå mulig å behandle og forebygge sykdommer som vi før ikke kjente årsaken til og langt mindre kunne holde nede. Til begynnelsen av dette århundret var det infeksjonssykdommene som dominerte. Nå er det livsstil- og miljøsykdommene som preger bildet. Samtidig stiger andelen

eldre i befolkningen. Dette gir økt press på helse- og sosialtjenestene. Det er en av våre fremste samfunnsoppgaver å ta seg av de eldre som har bygget dette landet. Dette kommer klart til uttrykk i Regjeringens langtidsprogram: Innenfor den beskjedne vekst vi kan regne med, skal de eldre prioriteres. Det betyr at vi som er friske og arbeidsføre må holde igjen på våre krav.

Jeg skal kort referere noen hovedtall om det som har skjedd i helsetjenesten.

- Vi har seksdoblet utgiftene i faste priser til helsetjenesten på 30 år. Vi bruker nå 5.000 kroner

i året pr. innbygger - eller 15 kroner dagen.
Gjennom 70-tallet har veksten i helsetjenesten
vært dobbelt så stor som veksten i nasjonalprodukt.

- Vi har tredoblet antall ansatte i samme perioden.
Samtidig har det skjedd en sterk spesialisering.
Helsetjenesten har nå 120.000 ansatte fordelt på
over 100 yrkesgrupper.

- Vi har bygget store nye sykehus i omtrent alle byer og
sykehjem i alle kommuner. Sykehjemmene har nå flere sen-
ger enn sykehusene.

Parallelt med den offentlige veksten har det skjedd mye
i de frivillige organisasjoners regi. Lettere enn offentlige
etater har de frivillige organisasjoner kunnet eksperimen-
tere og prøve ut nye tiltak på lokalplanet. Servicesentra
for eldre er et godt eksempel på slikt nybrottsarbeid.

Hovedtrekk i 80-åras helsepolitikk.

Vi står ved et viktig veiskille i helsepolitikken. De siste
tiår har helsepolitikken vært dominert av institusjonene.
Problemer kunne møtes med vekst - det var i stor grad nok
til alle.

I åra framover vil helsepolitikken få mer preg av valg
og prioriteringer. Vi er i den heldige situasjon at vi har

en av verdens best utbygde helsetjenester. Når vi nå må velge mer bevisst, er det to hovedgrunner til dette. Den ene er langsommere økonomisk vekst - helsetjenesten må som andre deler av samfunnet innstille seg på den lavere veksten. Vi får problemer fordi det er lagt planer som bygger på høyere vekst - og folks forventninger bygger på dette.

Den andre grunnen er av positiv art. Vi får stadig mer kunnskap om at innsats på andre områder enn helsetjenesten i snever forstand, betyr mer for å gi folk god helse. Det vil fortsatt være en viktig oppgave å hjelpe dem som er blitt syke. Men det beste er selvsagt når vi kan holde folk friske. Derfor er det viktig å kanalisere mer av veksten inn i forebyggende arbeid.

Jeg vil drøfte den forebyggende politikken og politikken for dem som blir syke hver for seg.

Forebyggende politikk.

Hvorfor blir folk syke? Hvordan kan en holde dem friske? Noen har arvelig disposisjon for sykdom. Den kan være så sterk at den slår ut hos alle som bærer anlegget - som hos blødere. Men for de fleste kommer ytre faktorer i tillegg. Den forebyggende politikken må rette seg mot disse faktorene.

Dagens helseproblemer må angripes på annen måte enn tidligere tiders smittsomme sykdommer. I framtida vil vi stå overfor 5 store helseproblemer:

- hjerte/kar-sykdommer,
- kreft,
- ulykker,
- nervøse lidelser,
- muskel/skjelett-sykdommer.

Disse skyldes et samvirke av mange faktorer - levevaner, miljø, kosthold, røyking, alkohol, stress osv. Vi kan ikke bekjempe disse sykdommene med såkalte spesifikke metoder som for eksempel vaksinasjon. Vi må angripe årsaksforholdene. Denne kampen må føres på to plan:

- Vi må forandre de trekk ved samfunnet som skaper problemer: det sosiale og fysiske miljøet, forurensning, bømiljø, trafikken.
 - Og vi må få den enkelte til å ta bedre vare på egen helse
- Disse frontene utfyller hverandre - men de kan komme i konflikt. Noen vil legge alt ansvar på individet. Verdens Helseorganisasjon har laget plakaten: "Røyking eller helse - valget er ditt". Andre legger alt ansvar på samfunnet: "Livsstil er ikke noe en velger - men noe en blir påført".

Oppgaven er å finne den rette balansen. Folk må kjenne ansvar for egen helse. Blir de syke, kan de ikke forvente at det bare er ved andres hjelp de raskt blir bedre. Gjennom livsstil, kosthold og mosjon, gode vaner, venners støtte, passe belastende arbeid kan vi påvirke helsen. På den andre siden må myndighetene bidra til at vi alle kan ta bedre vare på vår egen helse. Helse spørsmålene kan derfor heller ikke privatiseres og gjøres til spørsmål om personlig skyld og velfortjent straff. Kjernen i det forebyggende arbeidet ligger i å klargjøre dette samspillet mellom individ og samfunn.

Vi må arbeide på fire plan. Det første leddet er lite, men viktig nok. Vi må opprettholde og bedre tiltakene mot infeksjonssykdommene. Midlene er velkjente: hygiene og

vaksinasjon. Vi har en klar politikk for dette. Det andre leddet er helsekontroller. Tanken er å fange opp problemer og sykdommer før de har vokst seg store. Samtidig kan vi informere og påvirke for å fjerne årsaker til sykdom. Noen slike kontroller er velkjente og alt satt i system: svangerskapskontroll, barnekontroll, skolehelsetjeneste og bedriftshelsetjeneste. Dette er viktige tiltak. Men vi må passe på at ressursene som settes av til helsekontroller ikke i for stor grad går til de friskeste. Det har nok vært en tendens til at de arbeidsuføre, de hjemmearbeidende kvinnene og de eldre blir forsømt.

Det tredje leddet er å påvirke den enkeltes livsførsel. De fleste av oss kjenner vel de viktigste helsereglene;

1. Ta ansvaret for din egen helse.
2. Bruk kroppen din.
3. Ikke røyk.
4. Drikk ikke - eller med måte.
5. Maten er halve helsa.
6. Sov deg frisk.
7. Stress med vett.
8. Hold fred med familien din.
9. Unngå ulykker.
10. Bruk ikke pille for alt som er ille.

Vi er alle enige om at forebyggelse er bedre enn behandling. Nå er det påvist at målbevisst forebyggende arbeid gir positive resultater for hjerte-karsykdommene. Vi har den kjente Oslo-undersøkelsen som Nasjonalforeningen

ved Hjerte-karrådet står bak. Den viste at omlegning av kostvaner og opphør med tobakksrøyking fører til mindre forekomst av hjerte-karsykdommer.

Statens skjermbildefotografering har sammen med primærhelsetjenesten gjennomført liknende hjerte-karundersøkelser i Finnmark, Sogn og Fjordane og Oppland. Resultatene fra Finnmark og Sogn og Fjordane viser at det i løpet av få år er kommet en nedgang på 20-25 prosent i beregnet risiko for hjerteinfarkt. Det er neppe tvil om at denne nedgangen skyldes det systematiske forebyggende arbeidet som har vært drevet for å påvirke kostholds- og røykevanene.

For tiden pågår annen gangs hjerte-karundersøkelse i Oppland. Resultatene fra de første kommunene som er undersøkt, foreligger nettopp i dag. De viser samme po-

sitive tendens som i de to andre fylkene.

Resultatene fra disse hjerte-karundersøkelsene er så gladelige at dette arbeidet bør føres videre. Oslo Kommune har alt startet et permanent servicetilbud om hjerte-karundersøkelse av alle 40-åringene. Statens skjermbildefotografering kan nå, i samarbeid med primærhelsetjenesten gradvis bygge ut liknende tilbud over hele landet. Det skulle være mulig etter hvert som skjermbildefotograferingen trapper ned virksomheten på et annet av Nasjonalforeningens interesseområder, nemlig tuberkulosearbeidet.

Erfaringene fra arbeidet med tuberkulose og hjerte-karsykdommene viser at det nytter å gjøre en forebyggende innsats. Men hvordan er det vi får folk til å forandre livsstil?

Midlene er opplysning og påvirkning. Her er en av de

største oppgavene nå: Å få opp farten i helseopplysningsarbeidet. Det er de frivillige organisasjonene som startet helseopplysningen her i landet. Departement og Stortinget har fulgt opp. I 1981 er det bevilget 1.8 millioner til dette arbeidet. Det disponeres av det samarbeidsorganet som er etablert. Santidig vet vi at sterke økonomiske interesser motarbeider de råd vi kan gi gjennom helseopplysning. Det brukes antagelig minst 100 ganger så mye til reklame for helse-negative produkter. Bare til reklame for snacks brukes det årlig 30 millioner i reklame og markedsføring - som særlig sikter seg inn på barn og ungdom.

Vårt hverdagsliv er utsatt for sterke krefter - organisert produktutvikling og markedsføring, internasjonalt

organisert kjøpepress osv.

Det er all mulig grunn til å legge større vekt på aktiviteten på dette området. Vi må få den mer profesjonelt drevet, - ta i bruk all den kunnskap vi i virkeligheten rår over. La meg nevne et fersk eksempel: Under en byggeutstilling i Trondheim ble det reist et gatekjøkken. Vi vet at mye fet og usunn mat omsettes fra slike kjøkken. Statens Ernæringsråd hørte om dette og ba om å få lov til å reise et alternativt gatekjøkken. Her ble det solgt rundstykker av grovt mel og prima fiskekaker. Det ble en knall-suksess! Det viser at fantasi og initiativ gir resultater. Den kinesiske vismannen Kung-Fu-Tse sa det slik: "Det er bedre å tenne et lys, enn aldri så lite, som å forbanne mørket."

Det fjerde - og viktigste leddet i den forebyggende politikken er samfunnsmiljøet. Helsen formes av det miljøet som omgir menneskene. Hovedoppgaven for det forebyggende arbeidet må være ^aføre videre hovedtrekkene i vår velferdspolitik. Jeg vil gjerne spesielt nevne arbeid for alle. Å sette dette målet på toppen er kanskje den beste helsepolitikken vi kan føre. Vi vet at arbeid ikke bare er en forutsetning for å hindre materiell nød. Etter hvert er vi blitt mer klar over hva arbeidet har å si for den enkeltes selvrespekt, trivsel og sosiale situasjon. Å være nyttig, å være i virksomhet er et grunnleggende menneskelig behov. Selv om vi økonomisk kunne klare å la en stor befolkningsgruppe gå arbeidsledig på trygd, ville vi ikke valgt denne muligheten.

28.

Helsetjenestepolitikken.

Helsetjenesten står sterkt i befolkningen. Sykdom og ulykker er nærliggende realiteter for alle. Vi ønsker det beste for de syke - som kan være oss selv eller våre nærmeste.

Mange er kritiske til dagens helsetjenestepolitikk. En del leger har reist storm mot lovforslaget om helsetjenesten i kommunene. De tror at privatpraktiserende leger vil bli sagt opp når kommunene nå forhåpentligvis får det politiske, finansielle og administrative ansvar for distrikts helsetjenesten. Det er ikke særlig god sammenheng i innvendningene. Sterke krefter gikk mot beordringsloven med den begrunnelse at de ville ha en generell lov. Når den generelle loven kommer, går de mot den også.

Ansvaret for en gjennomtenkt, helhetlig primærhelsetjeneste må ligge hos folkevalgte organer. De ulike grupper av helsepersonell skulle ha alle muligheter for - og interesse av - å være medspillere i dette fremtidsrettede arbeidet. Slik tror jeg også de fleste faktisk opplever sin egen rolle - og det som er det vesentlige - å gi et godt tilbud til befolkningen.

Andre er kritiske mot sykehuspolitikken fordi de føler det skjer en nedbygging som ikke kan forsvares.

Jeg kan berolige med at lovforslaget innebærer at privatpraktiserende vil få fortsette som i dag. Målet er å få et klarere ansvar i denne delen av helsetjenesten. Dette er særlig viktig for det økende antall eldre.

Det vil heller ikke skje noen nedbygging av sykehus. Den politikk som er trukket opp i Langtidsprogrammet, er å begrense veksten i sykehusene. Noe vekst må det bli for å opprettholde dagens standard og for å ta opp nye oppgaver. Regjeringens Langtidsprogram legger opp til en omlegning av profilen i helsetjenesten. Vi vil legge mer vekt på distriktshelsetjenesten, eldreomsorg, psykisk omsorg, styrke mulighetene for barn og ungdom som har særlige vansker og styrke det forebyggende arbeidet. For å make

dette, må vi legge mindre vekt på fortsatt utbygging av sykehusene. Men det er også en annen sammenheng mellom innsatsen i sykehusene og det som gjøres utenfor. Styrking av innsatsen utenfor, minsker presset på sykehusene, Med en spissformulering kan vi si at sykehusenes problemer må løses utenfor sykehusene.

Det skaper problemer at dette ønsket om omlegning kommer samtidig med at helsetjenesten må innstille seg på lavere økonomisk vekst. Mange føler - naturlig nok - at omstilling krever investering.

Gjennom 70-årene har det vært en sterk vekst i institusjonene med hjemmel i sykehusloven. Men huset ble bygd på svak grunnmur - fordi det ikke samtidig skjedde en utbygging av distriktshelsetjenesten.

Problemer som kunne vært løst av en godt utbygd distriktshelsetjeneste har derfor opptatt kostbare sykehussenger. Manglende tilbud av pleie, omsorg og hjelp i hjemmet har ført til opphopning av pleiepasienter i sykehusavdelinger. Fordi vi har for lite arbeids- og boligtilbud i lokalsamfunnet, har vi ikke klart å skrive ut psykiatriske pasienter.

Dette er et av helsetjenestens største problemer. Det er ikke lett å løse i en tid da økonomien gjør at veksten ved sykehusene må skrus ned. Hvordan skal sykehusene klare dette? Hvordan bør vi i det hele fordele våre ressurser til helsetjenesten i åra framover?

Det er tvingende nødvendig at det vokser fram en sterkere

kostnadsbevissthet hos alle som arbeider i helsetjenesten. Som nevnt i langtidsprogrammet finnes det meget store forskjeller fra sykehus til sykehus f.eks. i bruk av operasjoner, bruk av medikamenter og i liggetider - større forskjeller enn ulikheter sykelighet burde tilsi. En bedre bruk av de meget store ressurser sykehusene rår over, kan frigjøre midler til nye og viktige tiltak.

Samtidig er det ting som tyder på at det i enkelte fylker og i enkelte institusjoner kan være nødvendig å gå nærmere gjennom hva gjennomføringen av arbeidsmiljøloven, økt bruk av deltidsarbeid og lavtlønnsprofilen ved de senere lønnsoppgjør har betydd for sykehusøkonomien. Dette er viktige og positive reformer - og hensikten med en analyse kan ikke være å undergrave dem. . Poenget må være å få fak-

tisk kunnskap om hva disse reformer har betydd for sykehusenes muligheter til å løse sine oppgaver, og hvordan vi kan sikre den beste bruk av våre ressurser.

Som konklusjon er det helt åpenbart at løsningen av disse krevende - og nokså innfløkte problemer, kaller på en overordnet plan for vår helsetjeneste - en nasjonal helseplan. Denne må både ta hensyn til faglige, økonomiske og politiske realiteter. Og den må gjøre det mulig systematisk å ta i bruk all den kunnskap vi er i besittelse av - all den erfaring fra ulike deler av landet - som aktivt må utnyttes. Vi trenger en slik plan for å kunne styre utviklingen.

Det skaper store spenninger og lokale aksjoner blusser opp når en vil legge tjenesten om samtidig som økonomien blir vanskeligere. Sosialdepartementet arbeider derfor med

en slik nasjonal helseplan. Denne planen vil inneholde konkrete aksjonsplaner for innhold og ressursbruk i de forskjellige deler av helsetjenesten - distriktshelsetjenesten, psykiatri for barn, ungdom og voksne, eldreomsorgen, helsevernet for psykisk utviklingshemmede, de somatiske sykehus og det forebyggende arbeidet. Planen vil ta hensyn både til helseproblemer og til de økonomiske rammer vi står overfor i åra som kommer.

En viktig side ved planen er å klarlegge sammenhengen mellom økonomi, helsepolitikk og politikken for helsepersonellet. 120.000 mennesker arbeider i helsesektoren. Tilgangen på - og innholdet i - grunnutdanning og etterutdanning må tilpasses 1980-åras helsepolitiske mål og økonomiske rammer. Jeg håper denne planen kan bidra til en omfattende debatt

35.

om helse og helsetjenesten som kan gå ut over det delvis lukkede miljø i helsetjenesten. Regjeringen vil derfor legge opp til at vi kan få en viktig og bred debatt om mål, virkemidler og ressursbruk i vår helsetjeneste. Det er en debatt som burde engasjere i bredden. Våre helse- og trygdeutgifter er på mer enn 50 milliarder - en stor andel av hele vårt nasjonalforbruk. Det fortjener omtanke og fremsyn.

Vi står ved inngangen til et viktig tiår. Vi har nådd grunnleggende sosialpolitiske mål gjennom den rikeste vekstperiode i vårt lands historie. Våre sosiale ordninger er solid forankret i lovgivning, budsjetter og forvaltning. Fra et system av almisser og veldedighet, har vi skapt et system av rettigheter. Slik har den

enkelte blitt sikret økonomisk og sosial trygghet - og vi vet at trygghet, tilhørighet og trivsel gir god helse. Det er grunn til å minne om:

- forebyggende arbeid foregår i det alt vesentlige utenfor helsetjenesten,
- forebyggende arbeid er stort sett politikk,
- all politikk er helsepolitikk - eller uhelsepolitikk.

Solidaritet har vært - og er - grunnvollen under velferdsstaten. Vi må stå vakt om velferdsstaten og avvise de angrep den utsettes for i disse dager. En nedbygging av velferdsstaten vil gå ut over de svakeste.

Velferdsstaten kritiseres fra mange hold - blant annet fordi den påstås å drive formynderi. Reklameforbudet for alkohol og tobakk og informasjonsplikt i

markedsføring fremstilles som formynderi som fortjener latterliggjøring. Det er gjerne de samme kretser som klager over økt samfunnsansvar og økte samfunnsutgifter som fører an i latterliggjøringen. De skæder som følger av alkohol og tobakk er ikke latterlige. De er dødelige. Derfor er heller ikke reguleringene latterlige. De er nødvendige virkemidler for å begrense utbredelsen av helsefarlige produkter. Det er egnet til å rette søkelys på mye av vår samfunnsdebatt, når Den norske lægeforening - mot få stemmer - går inn for å avvikle tobakken i det norske samfunn på 20 år. Men virkemidlene holder man seg på avstand fra. For de er kontroversielle! La meg unngå enhver mistolking. Jeg er glad for det klare signal som er gitt. Men med de

erfaringer jeg har fra vår politiske debatt om samfunnsstyring, mål og midler, vet vi hvilken motstand alle nødvendige eller ønskelige regulerende tiltak vil møte. De fleste husker vel den opphetede debatt for få år siden for og imot reklameforbudet for tobakk og alkohol. *Mange* har nok i dag innsett at *deres* kamp for såkalt frihet var en falsk kamp.

Det argumenteres med friheten. Men det er ikke frihet fra nød man snakker om. Det er frihet for økonomiske interesser, en frihet til sykdom, ulykke og død. Det er ikke en frihet vi uten et alvorlig ansvar kan prioritere for sterkt.

Den største utfordringen i fremtidens helsepolitikk er å mobilisere ressurser som kan motvirke at folk blir syke. De frivillige organisasjoner har en

viktig rolle - de har evnen til å utløse skjulte ressurser. Organisasjonene har vært sporhunden som snuser opp problemer og idéer. De har vært arbeidshesten som er med på å trekke lasset. Jeg håper det også blir slik i fremtiden. Vi trenger dere!