

Dokumenttype	NOU 1991:10	Dokumentdato	1991-03-00
Tittel	Flere gode leveår for alle. Forebyggingsstrategier		
Utgiver	Sosialdepartementet		
Kapittel	1	Innledning og sammendrag	
	1.2	Sammendrag	

Utredningen har en teoretisk og en praktisk del. Den teoretisk delen, del I, Historikk og problembeskrivelse, består av kapitlene 2 til og med 5. Den praktiske delen er delt i tre. Del II, Mål (kapittel 6), er et sentralt kapittel som skal binde det teoretiske sammen med det praktiske som følger etter. Det munner ut i en konkret målstruktur for det forebyggende arbeidet. Del III, Forebyggingsstrategier, består av kapittel 7, som omtaler hva som må gjøres på helse- og sosialsektoren, og kapittel 8, der vi diskuterer samarbeid med andre sektorer. Dessuten er det et kort kapittel (9) om beskyttelse og beredskap. Endelig er det del IV, Iverksetting, som peker på hvor vi må starte det hele, og hvordan.

Det følgende er et kort resyme av hvert kapittel.

Kapittel 1	Innledning og sammendrag
	1.2 Sammendrag
	Kapittel 2

Kapittel 2 er et innledningskapittel - en ouverture. Her beskrives først en grunnleggende svikt i dagens velferdssamfunn, som gjør at det synes naturlig å satse mer på forebygging. To forhold fremheves spesielt som potensielle hindringer for effektiv forebygging.

Det første er at forebygging hittil i stor grad har foregått på det etablerte helse- og sosialvesenets premisser, og dermed ikke har maktet å frigjøre seg fra en tradisjonell modell med diagnose og behandling som fremgangsmåte. Dette fører bl.a til en oppfatning om at en må gjennom en kur for å oppnå god helse, og at det vil kreve nokså mye av den enkelte, dersom han eller hun ønsker å sikre seg en god helse. Skal vi få forebygging "ut til folket" må vi finne en presentasjonsform som gjør det interessant og helst lystbetont.

Det andre er den truende medikaliseringen. Med dette menes at generelle samfunnsproblemer i for stor grad omdefineres til individuelle sykdommer eller problemer. Problemene blir til diagnoser, personene til klienter eller pasienter.

Dette kan skje på to måter. Dels er helse- og sosialsektoren imperialistisk, ved at den annekterer nye territorier eller ressurser, dels forsøker samfunnet utenfor å skyve ubehagelige sosiale og økonomiske problemer over i helse- og sosialsektoren. Den kraftige økingen i utgifter på helse-, trygde-, og sosialbudsjettene kan til en viss grad skyldes slike grenseflyttinger. Konsekvensen av dette blir at vi må bli flinkere til å trekke grenser. I praksis betyr det at både helse- og sosialsektoren og Sosialdepartementet må definere klarere sitt ansvar og sine oppgaver, og ikke minst erkjenne og påpeke andres ansvar og oppgaver.

Kapittel 1	Innledning og sammendrag
	1.2 Sammendrag

Kapittel 3

I kapittel 3 følger en historisk gjennomgang, med særlig vekt på forhold av betydning for forebygging. Dette kapitlet er i stor grad basert på medisinsk-historiske synspunkter, og henter sine eksempler fra tradisjonell sykdomsbekjempelse. Eksemplene beskriver forskjellige forebyggingsstrategier, ikke den generelle sykdomsutviklingen.

Bedring i befolkningens helse skyldes i større grad endrete samfunnsmessige forhold enn helseprofesjonenes innsats. Det er interessante eksempler på hvordan effektiv forebygging har skjedd med basis i generelle samfunnsforhold, eller i politiske maktorganisasjoner som "helserådene" i Nord-Italias bystater under renessansen.

F.eks har tuberkulosebekjempelsen vist at det er samfunnsmessige og politiske strategier som er effektive på befolkningsnivå, mer enn naturvitenskapelige modeller. Dette betyr bl.a at en innen helsevesenet i større grad må legge vekt på samfunnsmessige forhold, både på årsakssiden i forhold til sykdom, og ikke minst når det gjelder muligheter for forebygging. Moderne samfunnsmedisin forsøker å bygge opp en slik tradisjon, der forhold i samfunnet og befolkningen er viktigere enn den enkelte pasients ve og vel.

En mer detaljert gjennomgang av utviklingen i Norge viser at forutsetningene burde være gode, vi var tidlig ute med å legge vekt på samfunnsforhold som årsak til sykdom, og som mulighet til reduksjon i sykdomsforekomst.

Konklusjonen blir at våre dagers sykdoms- og problempanorama og vår tids risikofaktorer er så mangfoldige og sammensatte at vi må konstruere nye, nettverksbaserte modeller, der samfunnsforhold og sosiale forhold spiller en helt sentral rolle.

Kapittel 1 Innledning og sammendrag

1.2 Sammendrag

Kapittel 4

Kapittel 4 trekker opp de viktigste prinsippene for moderne, nettverksbasert forebygging. Først beskrives en del epidemiologiske forhold av betydning, særlig viktig er det såkalte forebyggingsparadokset: på befolkningsnivå er det mer effektivt å satse på små endringer hos mange med lav risiko enn store endringer hos få med høy risiko.

En strategisk plan må forholde seg konkret til tid og rom. Derfor er det nødvendig å beskrive forebyggingslandskapet i et slikt perspektiv, for å finne aktuelle strategier, på kort og lengre sikt. Et viktig forhold her blir grundige analyser av trender, særlig i den nære fortiden, og i nåtiden. Når det er stor variasjon i tid eller rom, betyr det som regel at det vi studerer kan påvirkes av ytre faktorer, og kanskje er mulig å forebygge. Moderne datateknologi setter oss i stand til å analysere tidsserier og årsakssammenhenger på en langt mer avansert måte enn for få år siden.

Men det nytter ikke å ha et aldri så godt kart hvis vi ikke også har et kompass. Det er derfor nødvendig å finne visse sentrale indikatorer, som kan vise om vi beveger oss i riktig retning. Her synes det å være nødvendig og hensiktsmessig å satse på forskjellige prinsipper. For det første et registreringssystem basert på medisinske data, som kan si noe om effektiviteten av sykdoms- og problemforebyggende arbeid, ut fra sammenligning mellom forekomst av forskjellige risikofaktorer på den ene siden, og sykkelighet og dødlighet på den andre.

Men vi må også ha et system som kan måle effekt av helsefremmende arbeid, arbeid som gir bedre livskvalitet, og som er kvalitativt forskjellig

fra sykdomsforebyggende arbeid. Det er flere muligheter, det mest nærliggende er å ta utgangspunkt i levekårene, for å se om de kan brukes til å beskrive endringer slik de oppleves av den enkelte, og eventuelt kombinere dem med forskjellige data om sykdom og sykdomsoppfatning. Her foreslår vi, i samarbeid med Statistisk Sentralbyrå, en måte å bruke levekårsdata på som kan hjelpe oss å finne hva som gir folk en god helse.

Tilsammen vil disse to systemene kunne utgjøre et viktig måle- eller indikatorsystem, som gjør det mulig å måle resultatene av forebyggende arbeid. Det vil være et kompass som forteller oss om vi beveger oss i riktig retning eller ikke.

Til slutt i kapittel 4 diskuteres endel etiske problemer som oppstår rundt moderne forebygging. Er det etisk forsvarlig å prioritere forebygging fremfor kurativ, klientrettet virksomhet nå ressursene er knappe? Er det forsvarlig i forebyggingsøyemed å gjøre større inngrep i "friske" folks dagligliv, f.eks ved å vanskeliggjøre tilgangen på alkohol eller tobakk?

Kapittel 1 Innledning og sammendrag

1.2 Sammendrag

Kapittel 5

Kapittel 5 tar for seg økonomiske aspekter ved forebygging. Her identifiseres først hvor stor del av helse-, sosial- og trygdebudsjettene som brukes eksplisitt til forebygging, og det er lite. Deretter følger en nokså detaljert gjennomgang av de muligheter og begrensninger som ligger i å beregne eventuelle økonomiske gevinster av forebygging. På den ene siden er det mulig å vise at visse enkle innsatser, f.eks mer sikkerhetsutstyr i trafikken eller vaksinasjonsprogrammer, har en stor lønnsomhet i samfunnsøkonomisk sammenheng. På den andre siden er det imidlertid store problemer knyttet til å beregne hvor mye forskjellige risikofaktorer, som f.eks alkohol, koster samfunnet. En viktig konklusjon blir imidlertid at en i mye større grad bør benytte kostnad/nytte og kostnad/effekt analyser i forebyggingsarbeidet, selv om det er mye usikkerhet knyttet til vurderingen av kostnader, og ikke minst nytten. Et annet poeng er at det ikke må stilles større krav til kostnad/nytte analyser når det gjelder forebyggende tiltak enn det som gjøres i forhold til behandling eller omsorg. Å unnlate å forebygge bør i like stor grad være et etisk spørsmål som å unnlate å behandle.

Kapitlet diskuterer videre hvilke økonomiske virkemidler myndighetene har til disposisjon for å kunne vri innsatsen på helse- og sosialsektoren mer mot forebygging, og dermed kanskje spare penger på egen sektor. Her er det et poeng at ansvaret for helse- og sosialtjenesten er delt på flere nivåer, slik at de som får høste fruktene av vellykket forebygging ofte ikke er de samme som finansierer det hele. Dette gjør det vanskelig å få til gode tverretatlige modeller.

Til slutt i kapittel 5 diskuteres priser og subsidier som virkemidler i forebygging, særlig i forhold til alkohol, tobakk og matvarer. Norge har tradisjon på høye alkoholavgifter, mens når det gjelder tobakk ligger vi midt på treet. Når det gjelder matvarer har vi det tilleggs-"problemet" at vår matforsyning i stor grad er basert på nasjonal produksjon, og dermed får vi betydelige målkonflikter. Konklusjonen blir at vi godt kan øke avgiftene dersom vi ønsker bedre forebygging, kanskje særlig i forhold til tobakk.

Kapittel 1 Innledning og sammendrag

1.2 Sammendrag

Kapittel 6

Kapittel 6 brukes primært til å beskrive hva de store utfordringene er. Med utgangspunkt i tilgjengelig data fra helse-, sosial- og trygdesektoren identifiserer vi tre hovedinnsatsområder for forebyggende arbeid: psykososiale problemer, belastningslidelser, og ulykkesskader. Disse er størst, øker mest, og koster mest.

Hjerte- karsykdommene og kreft er fremdeles våre viktigste dødsårsaker. Men mange som får slike sykdommer har nådd moden alder, og har kanskje et langt liv bak seg med god helse. Dessuten er trendene når det gjelder disse sykdommene nokså stabile, og delvis på vei nedover. Forebyggingsarbeidet i forhold til disse sykdommene bør imidlertid fortsette med samme styrke som før, med større vekt på befolkningsstrategier.

Det som karakteriserer våre innsatsområder er at de representerer problemer som har sammensatte årsaker, og som oppstår mellom mennesker, eller mellom mennesker og omgivelser, og i enda mindre grad enn hjerte-karsykdommer og kreft kan føres tilbake til biologiske eller genetiske forhold. Dessuten rammer de også i stor grad barn og unge. Dette må nødvendigvis få konsekvenser for våre strategivalg.

Risikofaktorene står sentralt både i helsefremmende og forebyggende arbeid. I det første tilfellet dreier det seg om å redusere forekomsten av risikofaktorer i befolkningen - befolkningsstrategier, i det andre å hindre at personer med økt risiko får problemer - høyrisikostراتيجier.

Vi må særlig satse på å redusere forekomsten av risikofaktorer i samfunnet. Det vil i praksis si å bedre sosiale nettverk, nærmiljøet, skole- og arbeidsmiljøet, og det fysiske miljøet. Skal vi kunne snu den negative utviklingen av disse tilstandene må vi i mye større grad satse på befolkningsstrategier, og det vil igjen si å skaffe seg medspillere eller sette inn innsatsen utenfor den tradisjonelle helse- og sosialsektoren. Men det betyr også at den viktigste innsatsen må skje i lokalmiljøene, det er vanskelig å påvirke sosiale nettverk fra sentralt hold gjennom statlige virkemidler.

Til slutt i kapittel 6 legger vi opp til at det forebyggende og helsefremmende arbeidet bør skje etter en mål- og resultatstyringsmodell, der de respektive sektorene har ansvar for måloppfyllelsen. Vi samler trådene i en punktvis oppsummering av hvilke overordnet mål, delmål og resultatmål som er aktuelle i en omfattende forebyggende strategi.

Kapittel 1 Innledning og sammendrag

1.2 Sammendrag

Kapittel 7

Et hovedproblem er at behandlingoppgavene dominerer på bekostning av forebygging. Lovgrunnlaget for kommunenes forebyggende oppgaver er tilfredsstillende. Det er først og fremst faglig kompetanse og metoder som må tilpasses de nye utfordringene.

Hos barn og unge er ulykkesskader og psykososiale problemer, herunder rusproblemer, dominerende. Å være pådriver for å trygge barn og unges oppvekstmiljø må bli en hovedoppgave for helse- og sosialsektoren i kommunene.

Innen helsesektoren er det nødvendig å utvikle bedre arbeidsmåter og nye tiltak. Helsedirektoratet har gjennom Samlet plan for utviklingsprosjekter innen det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid bl.a støttet flere prosjekter som kommuner har fått igang med sikte på en barne- og ungdomshelsetjeneste som kan nå alle.

Hos voksne i arbeidsfør alder er hovedproblemerkene belastningslidelser og

psykososiale problemer, i tillegg til folkesykdommene hjerte- karlidelser, kreft og skader etter ulykker.

Belastningslidelsene og psykososiale problemer kan reduseres gjennom nettverksarbeid, familierådgivning, deltakelse i planlegging av bo- og nærmiljø. Arbeidstilsynet og bedriftshelsetjenesten har viktige oppgaver nettopp i forbindelse med yrkesrelaterte belastningslidelser.

Sektorovergripende samarbeid er helt sentralt. Dette omtales i kapittel 8 der vi kommer nærmere inn på hvordan vi mener at dette samarbeidet kan bli en realitet. Sentrale forebyggingsoppgaver for eldre er ulykkesforebygging og tiltak for å hindre sosial isolasjon.

For funksjonshemmede er det nødvendig med et bo- og nærmiljø som er utformet for deres behov, og de trenger et yrke og arbeidsplasser slik som andre. Funksjonshemmede barn trenger et bedre tilbud fra helsestasjoner og skolehelsetjenesten, og barnehagene og skolene må utformes også for dem.

Helseopplysning er en lovbestemt aktivitet i kommunene, og dette arbeidet må organiseres i samarbeid med de frivillige organisasjonene. Hvordan dette skjer i praksis idag er nærmere omtalt i dette kapitlet.

Miljørettet helsevern er også lovbestemt, og dette er et sentralt element i Helsedirektoratets "Samlet plan" siden det også her er et behov for å finne frem til nye arbeidsmåter.

I utkastet til ny lov om spesialisthelsetjenesten vil forebygging også bli en lovfestet oppgave for fylkeskommunen, bl.a med veiledningsplikt til førstelinjetjenesten. Dersom dette blir resultatet når loven er vedtatt, må fylkeskommunene ta kommunenes behov for spesialisert bistand med i sine planer, og vurdere dette i dimensjoneringen og planleggingen av sine helsetjenester også hva angår forebygging.

De statlige oppgaver er først og fremst knyttet til rammebetingelsene for den forebyggende og helsefremmende aktiviteten i kommunene og fylkeskommunene.

For det første skal Sosialdepartementet etablere et mål- og resultatstyringssystem som utgangspunkt for forholdet til kommunesektoren, andre departementer og instanser utenfor offentlig sektor. Sentrale deler av dette systemet vil være et informasjonssystem, og det indikatorsystemet som er beskrevet i kapittel 4.

For det andre må den sentrale helse- og sosialforvaltning organiseres slik at de faglige ressursene er samordnet og tilpasset behovet for kunnskap.

For det tredje må avgiftspolitikken vurderes nærmere, f.eks er det aktuelt å høyne tobakksavgiften.

For det fjerde foreslås det gjort forsøk med bl.a ordninger der kommunene får et delt ansvar for utbetaling av sykepenge slik at dette blir et insentiv for kommunene i retning av å iverksette alternative forebyggende tiltak til behandlingsapparatet for innbyggerne.

Det må iverksettes opplæringstiltak rettet mot kommunalt helse- og sosialpersonell og relevante samarbeidspartnere. Videre bør helse- og sosialfagutdanningene gjennomgås med sikte på å vri disse i retning av mer forebyggende innslag.

Kapittel 1 Innledning og sammendrag

1.2 Sammendrag

Kapittel 8

I kapittel 8 beskrives det forebyggende og helsefremmende arbeidet som sektorovergripende strategi og den rollen helse- og sosialsektoren skal ha i dette arbeidet samt bakgrunnen for dette. Flere gode leveår for alle skal være overordnet mål for alle samfunnssektorer på alle nivå. Kort sagt skal helse- og sosialsektoren være overvåker og pådriver i dette arbeidet. Ansvaret for iverksetting av tiltak gjennom egen sektorpolitikk skal fortsatt ligge i de øvrige sektorer.

Det er i nærmiljøet i kommunene - der folk bor - alle gode krefter må samles.

Et første skritt må være å få til en bedre samordning mellom helse- og sosialsektoren på kommuneplan enn det har vært mulig hittil. Som det vil gå frem av kapittel 7 er det åpenbart at dette er nødvendig i forhold til barn, ungdom, eldre, funksjonshemmede. Skritt på veien er felles ansvar for definert befolkning i definerte distrikter. Dette er tankegangen bak områdeforvaltningen knyttet til helse- og sosialsektoren alene.

Men som det også påpekes i kapittel 7, må aktivitet i andre sektorer samordnes til felles innsats.

Områdebasert forvaltning vil være et viktig virkemiddel for å få dette til. I regi av Statens nærmiljøutvalg er det gjennomført forsøk som gir gode modeller for utvikling av nærmiljøene. På kommunalt nivå bør de frivillige organisasjonene i større grad trekkes inn i det forebyggende og helsefremmende arbeidet.

Fylkeskomiteene for helseopplysning bør ikke forveksles med eller erstatte det fylkeskommunale tverrsektorelle arbeid med forebygging. Fylkeskomiteenes målsetting er først og fremst å være et samordningsorgan mellom ulike offentlige og frivillige organisasjoner tilsvarende SOHO (Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver) på sentralt nivå. Helsedirektoratet fungerer som sekretariat for SOHOs arbeid sentralt. Tilsvarende er det naturlig at fylkeslegekontorene er sekretariat for fylkeskomiteene for helseopplysning på fylkesnivå. Dette er også tilfelle i mange fylker, men enkelte steder kan grenseoppgangen til fylkeskommunen virke uklar.

Alle sektorer i fylkeskommunen har ansvar for oppgaver som kan ha forebyggingseffekt. Helse som livskvalitet blir en overordnet felles målsetting, som også krever en sektorovergripende strategi på fylkeskommunalt nivå. Det behøver ikke alltid være snakk om tilførsel av nye ressurser, men mer om samordning og konsentrasjon om forebyggingspotensialene i arbeid som allerede utføres i de respektive sektorer.

Samtlige departementer har ansvar for viktige virkemidler i det helsefremmende arbeidet. På statlig nivå skal hovedvekten legges på å få samtlige departementer til å sette egne sektormål for helse. Det skal bygges på de vanlige samarbeidsordningene mellom departementene. I tillegg foreslås det etablert et eget kontaktorgan mellom de mest berørte departementene. Det foreslås utarbeidet en årlig oversikt over forebyggingsbevilgninger, som redegjør for de øvrige departementers forebyggende og helsefremmende innsats. Det foreslås innført regelmessig helseredegjørelse for Stortinget. På spesielle innsatsområder lages det interdepartementale handlingsplaner etter mønster fra Handlingsplan for forebygging av ulykker i hjem, skole og fritid. Sosialdepartementet skal følge opp resultatene av den forebyggende og helsefremmende innsatsen gjennom indikator- og informasjonssystemer.

Instanser utenfor offentlig sektor (frivillige organisasjoner, arbeids- og næringslivsorganisasjoner, Kommunenes sentralforbund, internasjonale samarbeidsorgan) spiller en viktig rolle i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Den viktigste arenaen for samarbeid mellom disse og offentlig sektor er lokalmiljøet. Innsatsen fra disse instansene bør samordnes med innsatsen i offentlig sektor. På nasjonalt nivå bør samarbeidet med frivillige organisasjoner skje gjennom et kontaktutvalg, jfr dagens SOHO.

Kapittel 1 Innledning og sammendrag

1.2 Sammendrag

Kapittel 9

Kapittel 9 gir en kort oversikt over de strategiene som bør følges der

vanlige, forebyggingstiltak ikke fører frem, enten fordi de ikke er effektive, eller fordi truslene mot liv og helse er ukjente. Det dreier seg om beskyttelse og beredskap.

Beskyttelse bør inngå i alle "forebyggingspakker", for om mulig å fange opp den delen av forebyggingspotensialet som ikke lar seg påvirke på annen måte.

Beredskap dreier seg om raskt å kunne takle uventede situasjoner, det være seg ulykker, epidemier, eller økonomiske krisesituasjoner. Her har vi en del erfaring, f.eks i forbindelse med AIDS-epidemien og Tsjernobyl-ulykken.

Det er viktig at beskyttelse og beredskap som strategier ikke blir soveputer i forhold til det mer grunnleggende og gjennomgripende forebyggende arbeidet, det som tar sikte på å endre årsaksforhold.

Kapittel 1 Innledning og sammendrag

1.2 Sammendrag

Kapittel 10

I kapittel 10 oppsummerer vi de oppgavene som Sosialdepartementet selv må ta fatt på. En viktig oppgave her er å etablere et mål- og resultatsstyringsystem, herunder videreutvikle de informasjons- og indikatorsystemene som er foreslått i utredningen. Det er naturlig å gjøre dette som et prosjekt der alle Sosialdepartementets avdelinger, og muligens noen andre departementer, deltar.

Omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen vil naturlig få konsekvenser for det videre forebyggende arbeidet. Forhåpentlig vil dette arbeidet stå sterkere etter omorganiseringen.

Det er nødvendig å se på i hvilken grad forebygging er ivaretatt i helse- og sosialarbeidernes grunn-, etter- og videreutdanning. Videre bør Sosialdepartementet ta initiativ til en gjennomgang av de mest aktuelle utdanningene utenfor egen sektor, med sikte på i hvilken grad de ivaretar et samlet forebyggingsperspektiv.

Det er også viktig å utvide og følge opp den forskningen som idag er initiert på feltet.

Når det gjelder det tverrsektorielle arbeidet foreslås opprettet et kontaktorgan mellom de mest berørte departementene. Her bør særlig de prioriterte områdene belastningslidelser, psykososiale problemer og ulykker stå på dagsorden.

Kapittel 1 Innledning og sammendrag

1.2 Sammendrag

Kapittel 11

Kapittel 11 skisserer de administrative og økonomiske konsekvenser av de foreslåtte forebyggingsstrategiene. Administrativt bør kommunene i større grad satse på områdebaserte modeller, dvs innsats innenfor små, naturlige enheter, f.eks en skolekrets eller en bedrift. Sentralt må Sosialdepartementet ta ansvar for at alle andre departementer setter egne sektormål for helse, og følger opp disse.

En viktig konklusjon er at det hovedsakelig er snakk om en mer bevisst tilpasning av de ressursene som finnes i systemet. Forslagene innebærer ingen større nye utgifter for noen.

Økonomisk vil det på kommunalt nivå fortsatt være aktuelt med statlig finansiering eller delfinansiering av konkrete kommunale prosjekter, f.eks gjennom "Samlet plan", Handlingsplanen for styrking av psykisk helsevern og mental helse, eller Handlingsplanen mot stoffmisbruk. Senere bør disse midlene kunne gå inn i rammebevilgningene til kommunene. Sentralt vil det være nødvendig å utvikle det skisserte måle- og indikatorsystemet, de forebyggende elementene av informasjons- og styringssirkelen, samt få "på lufta" det tverrdepartementale samarbeidet. Her vil det anslagsvis dreie seg om 5 årsverk ved omdisponering innenfor den totale rammen.
