

Blir norsk forebyggingspolitikk mer individorientert?

Sammendrag

Bakgrunn. En dansk studie viser at svensk og dansk folkehelsepolitikk er blitt mer individrettet de siste årene. Vi ville undersøke utviklingen i Norge det siste tiåret.

Materiale og metode. Eventuelle endringer i politikken vurderes ved å sammenlikne hvordan forebyggingsarbeidet begrunnes, hva som oppfattes som folkehelseproblemer og hvilke strategier som velges, i to norske stortingsmeldinger fra 1993 og 2003.

Resultater og fortolkning. Begge meldingene omhandler offentlig virksomhet i vid forstand, ikke bare den som foregår i helse- og sosialsektoren. Vi finner at 2003-meldingen i stor grad legger som premis at den enkelte må ta ansvar for egen helse, mens 1993-meldingen la større vekt på institusjoner og strukturer. Vår konklusjon er at norsk forebyggingspolitikk idémessig går i retning av individualisering. Samtidig finner vi økt omtale av sosial ulikhet i helse mellom grupper.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Dag Stenvoll

dag.stenvoll@rokkan.uib.no

Kari Tove Elvbakken

Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier
Universitetet i Bergen
5015 Bergen

Kirsti Malterud

Seksjon for allmennmedisin
Universitetet i Bergen
og
Afdeling for almen medicin og Central forskningsenhet for almen praksis
Københavns Universitet

I januar 2003 ble stortingsmeldingen Resept for et sunnere Norge: Folkehelsepolitikken (heretter 2003-meldingen) presentert (1). Ti år tidligere ble en tilsvarende melding Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid (heretter 1993-meldingen) (2) lagt frem. Stortingsmeldinger er politiske dokumenter som ofte baseres på faglige utredninger (NOU-er), men som uttrykker sittende regjeringers prioriteringer. Det var imidlertid bred enighet i Stortinget om hovedlinjene i meldingene (3, 4). I denne artikkelen tar vi utgangspunkt i de to meldingene for å vurdere om norsk forebyggingspolitikk er endret de siste ti årene.

Lenge var folkehelsearbeidet konsentrert om strukturelle forhold, som regulering av drikkevannstilførsel, sikker mat og skolars innelima (5, 6). Samtidig eksisterte det klare ambisjoner om å oppdra allmuen (7). I mellomkrigstiden gikk bygging av velferdsordninger og universelle tiltak hånd i hånd med bestrebelser på å fremme gode helsevaner (7, 8). De første tiårene etter krigen var helsearbeidet i alle de nordiske landene mer preget av kurativ enn forebyggende medisin (9, 10). Helseopplysning ble viktig da forebygging igjen kom på dagsorden, fra 1970-årene.

I den danske maktutredningen har historikeren Vallgård sammenliknet dansk og svensk folkehelsepolitikk fra 1930-årene til i dag (10). Hun viser at folkehelsepolitikken i begge landene over tid la mer vekt på individuell frihet, samtidig som statens styringsambisjoner vokste. Dansk politikk var likevel gjennomgående mer appellende og rettet mot den enkeltes ansvar for egen livsstil, mens svensk politikk la større vekt på strukturelle forhold og forutsetninger for den enkeltes levekår. Mindre studier i norsk sammenheng har vist at norsk forebyggingspolitikk i et lengre tids-

perspektiv har blitt mer individrettet (8), og vi vil i det følgende drøfte om så også er tilfellet for det siste tiåret.

Metode og materiale

I denne artikkelen sammenlikner vi de to nevnte forebyggingspolitiske dokumentene. Vi ser etter indikasjoner på endringer i politikken fra 1993 til 2003 ved å sette søkelyset på hvordan forebyggingsarbeidet begrunnes, hva som oppfattes som folkehelseproblemer og hvilke strategier som velges.

Resultater og tolking

Hvordan begrunnes forebyggingsarbeidet?

Ingen av meldingene er særlig konkrete når forebyggingspolitikken begrunnes. Ifølge 1993-meldingen har samfunnet en «etisk forpliktelse» til å forsøke å hindre lidelse og nød (s. 5), og ifølge 2003-meldingen bør samfunnet forsøke å redusere «framtidige lidelser» (s. 5). Det sies i sistnevnte at god helse er nødvendig for å kunne leve et godt liv, men verken «god helse» eller «det gode liv» defineres. I 1993-meldingen omtales helse som «sunnhet og velvære» (s. 5) og «trivsel og velferd» (s. 36), og i 2003-meldingen som «en investeringsfaktor for det gode liv» (s. 6). Det er vanskelig å si seg uenig i slike uspesifiserte, overordnede målsetninger, men som Vallgård har påpekt, innebærer en så vid forståelse av helse at forebyggingspolitikken lett blir altomfattende og således upresis (10).

1993-meldingen bygde på utredningen Flere gode leveår for alle (11). Der kritiseres Peter F. Hjørts illustrasjon av forebygging som et sisyfosarbeid, hvor samfunnet kan bidra til at arbeidet blir mer eller mindre vanskelig gjennom å påvirke bakkens vinkel. NOU-en lanserte i stedet helsemetaforen «væske i et kar», der ulike faktorer (som alder) fører til lekkasje som gradvis svekker helsen. Poenget var å føre



Hovedbudskap

- En sammenlikning av norske forebyggingspolitiske dokumenter fra 1993 og 2003 viser at norsk forebyggingspolitikk går idémessig sett i retning av økt individualisering

en politikk som hindret lekkasjer og tilførte helsekaret mer væske. Både i forhold til Sisyfos- og helsekarbildet var samfunnets ansvar tydelig. I 2003-meldingen er bildebruken mer utydelig, men om vi viderefører metaforen om helse som væske, synes utviklingen å ha gått i retning av at den enkelte selv skal sørge for å holde karet velfyllt.

Under overskriften «Personlig ansvar og samfunnsansvar» (s. 6) i 2003-meldingen heter det: «Det er forbundet med store etiske utfordringer å påvirke andre mennesker, både enkeltpersoner og grupper. Et slikt arbeid må ta utgangspunkt i respekt for ulike verdivalg og ha grunnleggende samfunnsmessig aksept.» Utsagnet rommer en erkjennelse av at det kan være motsetninger mellom det som er bra for den enkelte, og det som er bra for samfunnet. Det manes til respekt for dem som gjør usunne valg, men meldingen uttrykker samtidig at den enkelte bør slutte å røyke, være fysisk aktiv og ikke blir fet (12). Valg som kan få konsekvenser for andre, skal kunne påvirkes av samfunnet. Dette er klas-siske problemstillinger knyttet til spenningen mellom samfunnets og individenes interesser, blant annet kjent fra arbeidet mot pest, kolera og tuberkulose (13).

I den første meldingen brukes det mye plass på å diskutere ansvarsfordeling mellom ulike politikkskategorier og forvaltningsnivåer, og mellom offentlige og private aktører (som arbeidsgivere og markedsaktører). Den enkeltes ansvar for egen helse tematiseres lite, men det understrekes at man ikke bør legge for ensidig vekt på individorientert forebygging. I den siste meldingen tillegges individer betydelig mer ansvar: Den enkelte skal stimuleres til å mosjonere mer, spise sunnere og røyke mindre. Tiltaket «grønn resept», en egen takst til bruk for leger som gir «livsstilsveiledning» til den enkelte, foreslås som virkemiddel.

I begge meldingene understrekes det at de økonomiske konsekvensene av forebygging er uklare. Tonen er likevel klart optimistisk, og begge gir en implisitt lovnad om ressursmessig gevinst. Dersom målet er å hindre for tidlig død, kan imidlertid forebyggingspolitikken gi økte kostnader til hjelp, pleie og trygd. Røyking kan for eksempel vurderes som samfunnsøkonomisk lønnsomt, ved at økte utgifter til røykerelaterte sykdommer mer enn oppveies av reduserte utgifter til pensjoner og eldreomsorg og av inntektene fra skatter og avgifter på tobakk. Det mulige dilemmaet mellom hensynet til liv og helse og hensynet til samfunnsøkonomiske konsekvenser problematiseres lite i begge meldingene.

Hvilke folkehelseproblemer er viktige?

Utredningen som lå til grunn for 1993-meldingen hadde som motto å legge liv

til årene, heller enn til å legge år til livet. Lenge ble livstruende helseproblemer som hjerte- og karsykdommer gitt størst oppmerksomhet. Nå skulle forebygging rettes mot problemer som angikk mange, kostet mye og hadde vært lavt prioritert, som psykososiale problemer, belastningslidelser og ulykker.

I 2003-meldingen oppsummeres folkehelsen i form av «diagnoser». Helsetilstanden i den norske befolkningen vurderes som god, men det vurderes som problematisk at bedringen går tregere enn i andre land. Det rettes videre et kritisk søkelys mot en foruroligende utvikling av kostholdet, fysisk aktivitet og røyking.

I begge meldingene omtales sosiale og geografiske ulikheter i helse, men tilnærmingene er ulike. I den første omtales det å redusere geografiske og sosiale forskjeller i helse som en utfordring, men det er lite oppmerksomhet om denne dimensjonen i diskusjonen av virkemidler. Den siste meldingen problematiserer i større grad forskjeller i helse mellom sosiale lag, etniske og kulturelle grupper og kjønn, og det varsles mer målrettede tiltak mot deler av befolkningen med en helsetilstand under gjennomsnittet. Dette skal skje både gjennom spesielle satsninger mot sosiale risikogrupper og gjennom universelle tiltak som vil komme dem med dårligst helse mest til gode (som kosttiltak i skolen og et godt barnehagetilbud).

Helseforskjeller mellom land er et fraværende tema i den første meldingen, og omhandles bare kort i 2003-meldingen i forbindelse med smittsomme sykdommer (det argumenteres der for at norske investeringer i helse i utviklingsland kan være nyttige for nordmenn). Mangelen på globalt helseperspektiv demonstrerer hvordan det nasjonalstatlige rammeverket strukturerer forebyggingsdiskursen, og står i kontrast til meldingenes etiske betraktninger om helseforskjeller som et rettferdighetsproblem.

Hvilke strategier velges?

Begge meldingene omtaler årsaksforholdene som komplekse, og argumenterer for at effektiv forebygging er vanskelig. Å motvirke sykdomsangst og medikalisering av «stadig flere av livets små og store problemer» vil i seg selv fremme helsen, heter det i 2003-meldingen. Samtidig understrekes det at økt oppmerksomhet om helse kan lette folkehelsearbeidet for myndighetene, hvis det fører til at den enkelte tar bedre vare på seg selv.

I 2003-meldingen brukes uttrykket «resept» om tiltak som foreslås. Reseptbegrepet hører hjemme i kurativ medisin, for å forordne medisiner til enkeltindivider. Bruken av begrepet impliserer at det finnes behandling for problemene. Samtidig er meldingen uttrykk for at det er mer legitimt med individrettede virkemidler i form av

informasjon og holdningskampanjer enn i begynnelsen av 1990-årene. Særlig gjelder dette for røyking, selv om det her også fortsatt satses på miljørettede tiltak, som røykeforbud i restauranter.

Fire «resepter for et sunnere Norge» lanseres. Den første er å skape gode forutsetninger for at den enkelte skal kunne ta ansvar for egen helse. Det skal stimuleres til at folk velger fysisk aktivitet, røykfritt miljø og sunn mat. Både individ- og miljørettede tiltak skal fremmes for å redusere sosiale forskjeller og negative miljøfaktorer som gjør det vanskelig å ta ansvar for egen helse. Det overordnede perspektivet fremstår likevel som individrettet, fordi det understrekes hvordan det er den enkelte som skal ha mulighet til å ta ansvar for egne helsemessige valg.

De andre tre reseptene er å bygge allianser for folkehelsen (på tvers av sektorer og skiller mellom det offentlige, markedet og frivillige organisasjoner), å dreie helse-tjenesten fra reparasjon til forebygging og å utvikle ny kunnskap om årsaker, risikoeer og virkemidler. Disse strategiene er også uttrykt i 1993-meldingen. Interessekonflikter som kan oppstå, mellom markedsinteresser og helseinteresser, mellom ulike grupper i helsevesenet, mellom fagfelter, mellom administrative nivåer, mellom sektorer og mellom sosiale grupper, problematiseres imidlertid ikke i meldingene. Slike konflikter er vel kjente. I ernæringspolitikken var for eksempel innsatsen for lavere fettinntak vanskelig forenlig med landbrukets ønske om stor omsetning av fete melketyper (14). Heller ikke forholdet mellom risikovurdering på befolkningsnivå og individnivå problematiseres (15).

1993-meldingen inneholder drøftinger av forebyggingsaktører og institusjoner, som helsestasjoner, skolehelsetjeneste og bedriftshelsetjeneste. I 2003-meldingen står det betydelig mindre om institusjonenes rolle i forebyggingsarbeidet. Vår tolking er at de lokale forebyggingsinstitusjonenes rolle er svekket, og at «resepten» handler mer om individrettede holdningskampanjer enn om institusjonsforankret helsearbeid. 1993-meldingen tematiserer i større grad bruken av virkemidler, særlig i forhold til hva som virker på hvem. Strukturelle virkemidler blir ansett for å kunne ha utjevne-effekt, og opplysning for best å nå dem som har relativt sunne vaner fra før. Sosiale forskjeller i helse kan således komme til å forsterkes gjennom opplysningstiltak. Strukturelle virkemidler, som sikrere lekeplasser, billigere frukt og bedre innelima, krever ikke selvdisciplin og egeninnsats på samme måte som å velge det sunne.

Diskusjon

Vår analyse omhandler to nasjonalpolitiske dokumenter som gir mål og rettferdiggjøring for politikken, men har ikke tatt opp faktiske endringer i forebyggingsarbeidet

i denne tiårsperioden. Stortingsmeldinger har en spesiell rolle som den til enhver tids sittende regjerings policyuttrykk. De brukes gjerne for å legge fram en helhetlig politikk på et felt, ofte som grunnlag for utforming av lovgivning, praktiske ordninger og regelverk. De kan således leses som viktige grunnlag for forebyggingsstrategier og -praksiser. 2003-meldingen er eksplisitt basert på et premiss om at den enkelte må ta ansvar for egen helse, og vurderes som mer individorientert enn 1993-meldingen, som i større grad refererer til institusjoner og strukturer. Den siste meldingen problematiserer i større grad enn den første sosiale forskjeller i helse.

Hvordan kan vi forstå at vi samtidig med økt individorientering finner økt problematisering av sosial ulikhet mellom grupper? Her må retorikken ses i bredere politisk sammenheng. Under behandlingen av 2003-meldingen var det enighet om å prioritere tiltak for svake grupper. Dette kan reflektere en genuin oppfatning av svake grupper, men det kan også skyldes at det vurderes som mer å hente i kollektiv helsegevinst og sparte ressurser ved å fremme de svakestes helse. Samtidig er tiltak mot gruppeforskjeller konsistent med individuell valgetorikk: Forskjellene tas som bevis på at det ikke er den enkeltes bevisste valg som ligger bak ulikheter i helse. Pragmatiske, økonomiske og moralske hensyn peker slik i samme retning. En annen tolking er at 2003-meldingen varsler større politisk aksept for selektive tiltak, til forskjell fra de universelle tiltakene som har preget norsk forebyggingspolitikk i etterkrigstiden (7).

I dagens Norge vil ingen ansvarlig politiker si at det er akseptabelt med forskjeller i helse langs sosiale skillelinjer. Det er likevel uklart om og eventuelt i hvilken grad vektleggingen av helseforskjeller i 2003-meldingen vil innebære reelle endringer i forebyggingspolitikken.

Konklusjon

Begge meldingene omhandler offentlig virksomhet i vid forstand, ikke bare helse- og sosialsektorens innsats. Innpakningen av prioriterte virkemidler er forskjellig. Vår konklusjon er at norsk forebyggingspolitikk, på linje med den svenske og den danske, går i retning av økt vektlegging av livsstil og individuelle valg. Det gjenstår å se hva oppmerksomheten om sosial ulikhet i helse vil medføre, og om den i praksis lar seg forene med individperspektivet.

Litteratur

1. St.meld. nr. 16 (2002–03). Resept for et sunnere Norge: Folkehelsepolitikken.
2. St.meld. nr. 37 (1992–93). Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid.
3. Innst. S. nr. 118 (1993–94) og S.tid. (1993–94): 3523–43.
4. Innst. S. nr. 230 (2002–03) og S.tid. (2002–03): 3075–88.

5. Andresen A. Helserådet – forebygging i epidemiens tid. I: Elvbakken KT, Riise G, red. Byen og helsearbeidet. Bergen: Fagbokforlaget, 2003: 31–54.
6. Elvbakken KT, Lindstrøm J. Hygieniske skolebygg. I: Elvbakken KT, Riise G, red. Byen og helsearbeidet. Bergen: Fagbokforlaget, 2003: 81–102.
7. Schiøtz A. Det offentlige helsevesenets historie – Folkets helse, landets styrke. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
8. Elvbakken KT, Fjær S, Jensen TØ. Mellom påbud og påvirkning. Tradisjoner, institusjoner og politikk for forebygging. Oslo: Ad Notam, 1994.
9. Palmblad E, Eriksson BR. Kropp och politik: Hälsouppllysning som samhällspegel från 30-tal till 90-tal. Stockholm: Carlsson, 1995.
10. Vallgård S. Folkesundhed som politik. Danmark og Sverige fra 1930 til i dag. Århus: Aarhus Universitetsforlag, 2003.
11. Norges offentlige utredninger. Flere gode leveår for alle: Forebyggingsstrategier. NOU 1991: 10. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1991.
12. Elvbakken KT. Korrekt vektkontroll – kampanjer i kampen mot overvekt. I: Elvbakken KT, Solvang P, red. Helsebilder, sunnhet og sykdom i kulturelt perspektiv. Bergen: Fagbokforlaget, 2002: 41–66.
13. Blom I. Tuberkulosearbeidet. I: Elvbakken KT, Riise G, red. Byen og helsearbeidet. Bergen: Fagbokforlaget, 2003: 187–98.
14. Kjærnes U. Ernæringspolitikk mellom helse og matforsyning. I: Elvbakken KT, Fjær S, Jensen TØ, red. Mellom påbud og påvirkning. Tradisjoner, institusjoner og politikk for forebygging. Oslo: Ad Notam, 1994: 137–48.
15. Næss Ø. Risikobegreper og folkehelse på to ulike måter – folkehelsemeldingen og WHO's årsrapport. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3245–7.